Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Студенческое научное общество
Совет молодых ученых



М а т е р и а л ы к о н ф е р е н ц и и
с т у д е н т о в и м о л о д ы х у ч е н ы х ,
п о с в я щ е н н о й п а м я т и п р о ф е с с о р а Г . В .
К у л а г о
11-13 апреля 2007 г.

Репозиторий ГрГМУ



Девиз СНО:
"Семена науки
всегда дают всходы"

Гродно 2007

Материалы конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора Г.В.Кулаго: / Ред. кол. Бушма М.И. (отв. ред.). - Гродно, 2007.

Сборник содержит материалы конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора Г.В.Кулаго, г. Гродно 11-13 апреля 2007 г.

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

Редакционная коллегия:
Гарелик П.В. – ректор, профессор;
Жук И.Г. – первый проректор, профессор;
Снежицкий В.А. – проректор по науке, доцент;
Воробьев В.В. – проректор по учебной работе, доцент;
Мармыш Г.Г. – декан, профессор;
Тищенко Е.М. – декан, профессор;
Карпюк В.А. – декан, доцент;
Гурин А.Л. – декан, доцент;
Бушма М.И. – научный руководитель СНО, профессор - ответственный редактор

Рецензенты:

зав. кафедрой, профессор Лис М.А.
зав. кафедрой, профессор Дубровщик О.И.
зав. кафедрой, профессор Цыркунов В.М.
зав. кафедрой, профессор Околокулак Е.С.
зав. кафедрой, профессор Зинчук В.В.
зав. кафедрой, профессор Хоров О.Г.

Репозиторий ГрГМУ

зав. кафедрой, профессор Макшанова Е.И.
зав. кафедрой, профессор Болтрукевич С.И.
зав. кафедрой, профессор Угляница К.Н.
зав. кафедрой, доцент Басинский В.А.
зав. кафедрой, доцент Бертель И.М.
зав. кафедрой, доцент Заборовский Г.И.
зав. кафедрой, доцент Парамонова Н.С.
зав. кафедрой, доцент Ситкевич С.А.
зав. кафедрой, доцент Егорова Т.Ю.
профессор Королева Е.Г.
доцент Мишонкова Н.А.
доцент Гущина Л.Н.

Содержание

1. **УЧЕБНАЯ, НАУЧНАЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА Г.В.КУЛАГО**
Лис М.А., Кежун Е.Н., Добродей М.А.

2. **МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**
Авдей С.А., Ольшевская Э.Г.

3. **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЕ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЗРЕНИЯ**
Авдей С.А., Кардис К.Н.

4. **ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МОЗГА, В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**
Авдей С.А., Редута Е.В.

5. **БЛАГОГОВЕНИЕ ПЕРЕД ЖИЗНЬЮ... БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?**
Аветисян Г. Д.

6. **ПСИХОДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА РОРШАХА**
Агапова Н.В.

7. **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТИ**
Азаров Е.Ю.

8. **ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ КОНЕЧНОГО ОТДЕЛА**

Репозиторий ГрГМУ

СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ
Акстилович И.Ч., Максимович Н.М.

9. РЕДКИЙ ВАРИАНТ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧЕЛОВЕКА
Акстилович И.Ч.

10. ГРОДНЕНСКАЯ КРЕПОСТЬ
Алейник А.В.

11. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЛАНОМ КОЖИ
Алексинский В.С, Голышко П.В.

12. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АЦЕТАМИНОФЕНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ И ТИМУСА
Амбрушкевич А.Ю.

13. ПРОБЛЕМА БЕЗОПАСНОСТИ ДАННЫХ В КОМПЬЮТЕРНЫХ РАСПРЕДЕЛЁННЫХ СИСТЕМАХ
Амбрушкевич А. Ю., Гукайло О.С.

14. ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ
Андреева А.С.

15. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИХРОМАТИЧЕСКОГО СВЕТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ
Андриевская О.Г., Широкая Е.Ю.

16. СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО ДАННЫМ ГРОДНЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА ЗА 2005 ГОД
Андрушкевич И.А., Субот А.В.

17. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Антанович Ю.В., Заяц О.А., Сидорик Е.И.

18. АКЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ ОРДЕНА ИЕЗУИТОВ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛОРУССИИ
Антонович О.А.

19. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ВИЛИОГЕПАТОПЕРФУЗИЯ ДИКЛОФЕНАКА-НАТРИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ
Антонович В.Ю.

20. СОСТОЯНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И УРОВЕНЬ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У ДЕТЕЙ С

Репозиторий ГрГМУ

ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Архипова Н.Н., Пашко А.Ю.

21. ВЛИЯНИЕ НИТРОСОРБИДА И ПИРИДОКСАЛЬФОСФАТА НА ПОКАЗАТЕЛИ КТФК У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ
Аршанинов К.С.

22. КОНФОРМАЦИОННАЯ ПОДВИЖНОСТЬ ОСТОВА ПОЛИПЕПТИДНОЙ ЦЕПИ 116-125 ОСТАТКОВ АЛКОГОЛЬДЕГИДРОГЕНАЗ КЛАССОВ 1С И 3 ЧЕЛОВЕКА
Ачинович О.В., Бутвиловский А.В., Климович Н.С.

23. ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
Базан Е.М., Циунчик А.И.

24. ЛИЧНОСТНЫЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЧЕЛОВЕКУ БИЗНЕСА
Байжуменова Т.С., Капитурко А.Ю., Павлюковец А.П.

25. ВЛИЯНИЕ АМИНОЗОЛЕЙ НА АКТИВНОСТЬ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
Байчук Е. А.

26. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ПЕРИТОНИТОМ
Бакунов В.В.

27. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОГЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Балахонцева И.Ю.

28. СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕИЯ ГИСТАМИНЕРГИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ ЯДРА Е2 ГИПОТАЛАМУСА КРЫС ПРИ 20-СУТОЧНОМ ПОДПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ УРСОФАЛЬКОМ
Барабан О.В.

29. МАНИПУЛЯТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕКЛАМЫ
Батырева О.А.

30. ГОСУДАРСТВЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ И ПРОГРАММА ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЁЖИ
Бегер Т.А., Кикичев А.В.

31. СТРУКТУРНО – МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИСТАМИНЕРГИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ МОЗГА КРЫСЫ ПОСЛЕ

Репозиторий ГрГМУ

ВВЕДЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ДОЗЫ ЭТАНОЛА
Бегер Т.А.

32. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Бедин П.Г., Заруба А.В., Якимович Д.Ф.

33. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ
Безмен И.А., Токунов В.А.

34. КАВИНТОН В ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ
Безмен И.А.

35. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА
Безмен И.А.

36. ПОРАЖЕНИЕ ТИМУСА КАК КЛЮЧЕВОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ВТОРИЧНЫХИММУНОДЕФИЦИТОВПРИВРОЖДЕННЫХВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ
Беловешкин А.Г.

37. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Белоус П. В.

38. ИНДУКЦИЯ РОДОВ ПРОСТИНОМ Е2
Белуга М.В., Салей А.С.

39. ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА НА ФОНЕ СЕПСИСА
Белюк Е.Н., Плашко Л.С., Круглая А.Ф.

40. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ В ПЕРИОД ВСПЫШЕК И В МЕЖЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД
Белюк Е.Н., Плашко Л.С., Круглая А.Ф.

41. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ И НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ
Белюк Е.Н., Плашко Л.С., Круглая А.Ф.

42. АРИТМИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА
Белюк Е.Н.

43. БОТАНИЧЕСКИЙ САД ГРОДНЕНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И ЕГО РОЛЬ В СОХРАНЕНИИ БИОРАЗНООБРАЗИЯ ФЛОРЫ, ФОРМИРОВАНИИ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У

Репозиторий ГрГМУ

СТУДЕНТОВ
Бирюкова А.В.

44. ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕКОНСТРУКЦИИ БЕЛОРУССКОЙ ЧАСТИ АВГУСТОВСКОГО КАНАЛА
Бобова А.А., Рапей И.С.

45. ОСОБЕННОСТИ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
Бобрик А.В.

46. ОСОБЕННОСТИ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
Бобрик А.В.

47. ОЦЕНКА ТЕРМОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ
Бобученко М.А., Куровская Ю.Г.

48. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Богдан М.А., Тимофеева Н.И., Гурин А.Л.

49. ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ
Божко Д.А.

50. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ
Божко Г.Г., Боярчик В.П.

51. СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ КОСТЕЙ И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН
Бойко О.С.

52. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН В ОБСЕРВАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
Бойко О.С.

53. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА КОЖНО-ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПО ДАННЫМ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
Болтач Р.И.

54. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРЕПАРАТОМ «КЛИМАДИНОН»
Борель (Корончик) Ю.В.

55. НЕКОТОРЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕЧЕНИ КРЫСВУСЛОВИЯХХРОНИЧЕСКОЙПРЕРЫВИСТОЙАЛКОГОЛЬНОЙ

Репозиторий ГрГМУ

ИНТОКСИКАЦИИ
Бородинская В.В.

56. ПРОФИЛАКТИКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ
Бравинская В.Ч.

57. РЕДКИЙ ВАРИАНТ ХОДА ЛЕВОЙ ЯИЧНИКОВОЙ АРТЕРИИ
Брикач А.В.

58. ПОСМЕРТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛИМИНАЦИИ ЭТАНОЛА В МОЗГЕ КРЫСЫ
Бубен А.Л.

59. ПЕРОКСИДАЦИОННЫЕ И АНТИОКСИДАНТНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
Буденис О.А.

60. ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАПРАВЛЕНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ ЛИХОРАДКЕ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ
Бузук Т.Г., Пранюк Ю.Е., Гусак Ю.В.

61. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКА И ДИНАМИКА ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Бузук Е.В.

62. СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ДЕПРЕССИВНЫХ БОЛЬНЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ
Бузук С.А.

63. ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Букач И.Н.

64. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ВИЧ \СПИДОМ
Буковская М. Ч.

65. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ
Булкина Н.А.

66. ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ КАК ПРИЧИНА ВЫЗОВОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ
Булыко О.Н.

67. ТРАВМАТИЗМ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ КАК ПРИЧИНА

Репозиторий ГрГМУ

ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Булыко О.Н.

68. ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ ПРИ АНЕМИЯХ У МАТЕРЕЙ
Бунь Т.В., Печенко Н.Д., Франковская Ю.В.

69. СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК ПОТОМСТВА БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Бурак О.В.

70. ПОКАЗАТЕЛИ СХОДСТВА АМИНОКИСЛОТНЫХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЕЙ АЛКОГОЛЬДЕГИДРОГЕНАЗ ЧЕЛОВЕКА И МНОГОКЛЕТОЧНЫХ БЕСПОЗВОНОЧНЫХ ЖИВОТНЫХ
Бутвиловский А.В.

71. ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА ВНУШАЕМОСТИ
Бут-Гусаим В.В., Штык С.В.

72. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РЕЗЕЦИРОВАННЫХ ЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ЕЕ ПАТОЛОГИИ
Бутолина К.М.

73. СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕДЕЗЫ ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА
Бутолина К.М., Лазаревич С.Н.

74. БЕЛАРУСКІЯ КАРАНІ АРЫНЫ РАДЗІВОНАЎНЫ
Бучацкая А.

75. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ И ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Вайчик А.М.

76. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА: ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
Васильев С. Ю.

77. РОЛЬ НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ
Васильев С. Ю.

78. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФИДЕРШПИЛЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПО ЛЕФОР III У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ
Васильев С. Ю., Яппаров А. М.

79. ПАРЕМИИ О ЗДОРОВЬЕ В СБОРНИКЕ В.В.ДАЛЯ «ПОСЛОВИЦЫ

Репозиторий ГрГМУ

РУССКОГО НАРОДА»
Вентикапати К. К.

80. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ХАРАКТЕРА ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ПЕРИОДЫ ДО И ПОСЛЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В
Веренич Н. И., Драгун М.Н.

81. АЮРВЕДА КАК ТЕРАПИЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ
Верма Прийанши

82. ВЛИЯНИЕ ФЛЕБЭКТОМИИ НА СИСТЕМНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Вертинский А. Д.

83. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Выговская А.А., Эликов А.В.

84. МАТРЁШКА – СИМВОЛ РУССКОЙ ДУШИ
Вэрна Паупамах

85. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ
Гаврилик А. А., Кизик Е. П., Шорец А.Р.

86. ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА
Гаврилик А.А.

87. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ
Гаврилик А.А.

88. ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ
Гаджиева Ф.Г., Краева М.С.

89. ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ
Гаджиева Ф.Г., Краева М.С.

90. ДИНАМИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Гаджиева Ф.Г., Гордюк И.В.

91. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ

Репозиторий ГрГМУ

ПОЛОСТИ
Гаджиева Ф.Г.

92. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ
Ган М. Н, Фурс В.В

93. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ
Гарбар Ю.А.

94. КАЛЯДНЫЯ ВЯЧОРКІ: АСАБЛІВАСЦІ ІХ ПРАВЯДЗЕННЯ НА ГРОДЗЕНШЧЫНЕ
Гарох В.М.

95. ЗАВИСТЬ В ВОСПРИЯТИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
Гаутам А. М., Картекиян В. К.

96. СТРЕСС И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРУДА
Германович О.В., Поплавская Ю.В.

97. ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У КРЫС ПРИ ХОЛОДОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ В УСЛОВИЯХ МОДИФИКАЦИИ L-АРГИНИН-NO СИСТЕМЫ
Глуткин С.В., Хайчынов Т.А., Глуткин А.В.

98. ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ
Глуткин А. В., Гричик Д.А.

99. НЕКОТОРЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОТХОЖДЕНИЯ АРТЕРИИ ГОЛЕНИ
Гнядо Е. Ю.

100. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ГОРОДА
Гойко И.И., Насевич Е.В., Ситько И.М., Курилина Т.А.

101. СУТОЧНОЕМОНИТОРИРОВАНИЕАРТЕРИАЛЬНОГОДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Головня А.Ю.

102. НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ ИБС
Головня А.Ю., Степенкова Д.В.

103. ФОРМИРОВАНИЕ ПОТОКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С

Репозиторий ГрГМУ

ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Головня А.Ю.

104. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА
Гоменюк В.В., Носко М.А.

105. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕРМЕНТНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКЗОКРИННОЙ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗЛИЧНЫЕ СТАДИИ ОНТОГЕНЕЗА ПОТОМСТВА, РОДИВШЕГОСЯ ОТ КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ
Гончар Н.В., Анисько Е.Л.

106. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Гончаревич Е.Е.

107. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЧЕОТТОКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ
Гончарук В.В.

108. НЕВЫНАШИВАНИЕБЕРЕМЕННОСТИВСВЯЗИСФИБРОМИОМОЙ МАТКИ
Горбач А.Е.

109. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРФЕРОНОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С
Горбич Ю.Л., Сыромятина О.А.

110. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕКСОЛОГИИ И СЕКСОПАТОЛОГИИ
Горбунова Э.А.

111. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА ЖЕНЩИНАМИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АБОРТА
Господарева С.Н.

112. ПРАВИЛЬНО ЛИ МЫ ГОВОРИМ?
Гохил Джайдипсингх Бхупатсингх

113. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
Гребень С.А., Литвинович С.Н.

114. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ
Гричик Д.А.

115. ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА ГОСПИТАЛИЗИРУЕМЫХ В РЕАНИМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
Гродская М.Л.

116. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Репозиторий ГрГМУ

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ КЛЕТОК СЕМЕННИКОВ 15-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОДИВШИХСЯ ОТ САМОК С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ, ВЫЗВАННЫМ В ПЕРИОД ФЕТОГЕНЕЗА
Груцан Е.С., Кизюкевич Д.Л.

117. УЧЕНЫЕ - ГИГИЕНИСТЫ И ОРГАНИЗАТОРЫ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ – ВОСПИТАННИКИ ГРОДНЕНСКОГО МЕДИНСТИТУТА
Гуминская Т.Б.

118. АЮРВЕДИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ МИРА
Гурджар Умеш

119. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ОСВОЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА КАФЕДРЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ И ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ
Гуща М.М.

120. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПО ДАННЫМ ВСКРЫТИЙ
Гущин А.М., Валеев С.В.

121. ДЕТСКАЯ РЕЧЬ
Данильчик Ю.О.

122. МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ УО «ГГМУ»
Дас А. А., Пател Н К.

123. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДАКТИЛОСКОПИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
Деева А.А., Дибиргаджиева Д.А.

124. ПИЩЕВАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ И ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ
Демидович Л.К.

125. ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ БИОГЕННЫХ АМИНОВ, ИХ ПРЕДШЕСТВЕННИКОВИМЕТАБОЛИТОВВПЕРФУЗАТЕВПРОЦЕССЕ ВЕНТРИКУЛО-ЦИСТЕРНАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫСЫ
Денисенко А.В.

126. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛОВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПО ХАРАКТЕРУ ИЗМЕНЕНИЯ ОКСИДА АЗОТА И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОМОТОРНОЙ РЕАКЦИИ
Дешко Е.С.

127. ХРОНИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ: МОДУЛЯЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Репозиторий ГрГМУ

КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ АУТОВАКЦИНОТЕРАПИИ
Дешко М.С.

128. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ХОРДАХ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Дешко М.С., Кейко О.И.

129. МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ О МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ
Диковицкая Т.Г.

130. КИСЛОРОДСВЯЗУЮЩИЕ СВОЙСТВА И ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА
Довнар Р.И., Довнар А.И.

131. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Дорошкевич Е.М., Грушевич М. О.

132. СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ И ИХ ПРОИЗВОДНЫЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ИХ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
Драгун М.Н., Гурневич Е.Б.

133. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ АНГИОМИОЛИПОМЕ ПОЧКИ
Дрогайцева Д.В., Войтехович В.И.

134. МЕТОДИКА КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЛЬФАКТОМЕТРИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ АНАТОМИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И НАРУШЕНИЕМ ОБОНЯНИЯ
Дубровская Е.В.

135. ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Дубровщик А.В., Янковская А.Г., Патонич В.А., Жимайло А.С.

136. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ
Дубровщик А.В.

137. ИЗМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МИНУТЫ КАК ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕСИНХРОНОЗА ПРИ ПЕРЕВОДЕ ЧАСОВ
Дудинский А.К.

138. НАРУШЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА ПРИ ОСТРОЙ

Репозиторий ГрГМУ

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
Дудук С.Л.

139. СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕОНАТИЦИДА (УБИЙСТВА МАТЕРЬЮ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА)
Дудук С.Л.

140. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА КАВИНТОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ОТМЕНЫ
Епитропова В.В.

141. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАКА ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ В 1 ОТДЕЛЕНИИ ГРОПБ С 1997 ПО 2001 И С 2002 ПО 2006ГГ.
Ефименко А.С., Красько Ю.П.

142. РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕРИФИКАЦИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ
Желудок М. А.

143. ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ РАКУРС
Жерносек О.Е.

144. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
Жерносек О.Е.

145. АСКАРИДОЗ НА ТЕРРИТОРИИ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Жмакин Д.А.

146. ОЦЕНКА КОЖНОЙ РЕАКЦИИ НА ТУБЕРКУЛИН У ДЕТЕЙ, ИНВАЗИРОВАННЫХ АСКАРИДАМИ
Жмакин Д.А.

147. КРОВОСНАБЖЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ
Журко А.И.

148. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ХОРД
Журов Е.М., Гуминская Т.Б.

149. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАЗНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Завадский П. Ч.

150. КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ В ХИРУРГИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ

Репозиторий ГрГМУ

АРТЕРИИ
Завадский П. Ч., Довнар А.И.

151. ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ
Зайцева Н.В.

152. АРТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Залепугин С.Д., Августинович И.А., Гарбар Ю.А.

153. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА
Звездина Н.В, Хомбак А.М.

154. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА
Зверко В.Л., Ахтерякова И.А., Богданович Е.Г.

155. НЕДОСТАТОЧНАЯ ПРОДУКЦИЯ ОКСИДА АЗОТА КАК ФАКТОР РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Зверко В.Л., Максимович Е.Н., Милош Т.С.

156. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИРАССТРОЙСТВАМИИЗЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНОВ РБ
Зиматкина О.С.

157. МЕХАНИЗМЫ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА КРОВЬЮ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Зинчук Н.В., Янушко Т.В.

158. КИСЛОРОДТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Зинчук Н.В., Янковская Л.В.

159. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ
Зубель Д.С., Гаджиева Ф.Г.

160. РАК ЖЕЛУДКА КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
Зусько А.Н.

161. УГРОЖАЮЩИЕНАРУШЕНИЯСЕРДЕЧНОГОРИТМАУБОЛЬНЫХ СХРОНИЧЕСКОЙСЕРДЕЧНОЙНЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.ВНЕЗАПНАЯ АРИТМИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ
Зуховицкая Е.В.

162. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НОРМОДИПИНОМ И ДИРОТОНОМ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АД В

Репозиторий ГрГМУ

УТРЕННИЕ ЧАСЫ
Иваницкая С.С.

163. **РЕНТГЕНАНАТОМИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**
Иванцов А.В., Лещук С.С.

164. **ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКОРА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**
Изобов М.А.

165. **ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**
Илюкевич Н.Н., Бондарчук Е.В.

166. **КОНЦЕПТ СТАРОСТЬ (НА МАТЕРИАЛЕ ПАРЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ФОНДА РУССКОГО ЯЗЫКА)**
Йандра П. Р., Алекс С. С.

167. **О СВЯЗИ РУССКОЙ ФРАЗЕОЛОГИИ С ИСТОРИЕЙ И КУЛЬТУРОЙ РУССКОГО НАРОДА**
Кавита Бандхоа

168. **ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМОСТИ ФРАГМЕНТОВ ИСКУССТВЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА С НАНЕСЕННЫМИ ПОКРЫТИЯМИ НА ОСНОВЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО УГЛЕРОДА**
Казбанов В.В., Савченко А.А., Августинович И.А., Сергиевич С.И.

169. **ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА КОЖИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФАКТОРЫ ПЕРСИСТЕНЦИИ ВЫДЕЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ**
Кандлен К.В.

170. **ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**
Каретко В.В, Шейко Е.В.

171. **СОЦИАЛЬНЫЙПОРТРЕТСТАЦИОНАРНЫХНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**
Каретко В.В., Шейко Е.В.

172. **ДЕТЕКТИРОВАНИЕ ОКИСИ УГЛЕРОДА В АТМОСФЕРЕ С**

Репозиторий ГрГМУ

ПОМОЩЬЮ СО2-ЛАЗЕРА
Карпович Е. Ю., Клинцевич А. С.

173. ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ОБОРОТЫ РУССКОГО ЯЗЫКА
Катарийа Анкиткумар

174. ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Качук М.В., Стребкова Т.Н., Орехова Л.В.

175. ЯЗЫК И ОБЩЕСТВО
Кйада Навнит Гордханбхай

176. УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВВОДА АНАЛОГОВЫХ СИГНАЛОВ ИНФРАНИЗКИХ ЧАСТОТ ЧЕРЕЗ АЦП ЗВУКОВОЙ КАРТЫ КОМПЬЮТЕРА
Клинцевич А.С., Дубицкая Н.А., Молитвик Т.Я.

177. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ЗАКОНЧИЛАСЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ
Ковалевич Н.К., Саляхова Л.Р.

178. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ ИТОГОВОГО БАЛЛА ПРИ КОМПЬЮТЕРНОМ ТЕСТИРОВАНИИ
Кожевникова А. А., Придыбайло О. И., Клинцевич А. С.

179. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛАТЕРАЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
Козодой Р.П., Волосюк А.Н.

180. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП СОЦИАЛЬНОГО РИСКА
Кондратов А.В.

181. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АСИММЕТРИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
Кононов Е.В., Лопато Т.В.

182. РУССКИЙ ЯЗЫК В ПРОБЛЕМЕ АДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ГрГМУ
Константинов Э. Е, Журавль И. М.

183. АФОРИЗМЫ В ДРЕВНЕРУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ
Константинов Э.Е., Журавль И.М.

184. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ АОРТАЛЬНОГО СЕНИЛЬНОГО СТЕНОЗА
Константинов Э.Е.

185. АОРТАЛЬНЫЙ СЕНИЛЬНЫЙ СТЕНОЗ – ИСТОРИЧЕСКИЕ

Репозиторий ГрГМУ

ЭТАПЫ ИЗУЧЕНИЯ СЕРЬЕЗНОЙ ПРОБЛЕМЫ
Константинов Э.Е.

186. АКТИВНОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ИЗОЛИРОВАННЫХ ЭНТЕРОЦИТАХ ТОЩЕЙ КИШКИ КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ
Королева – Гвоздева О.Д., Пилецкая Е.И.

187. РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫХ НАУК В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТА-МЕДИКА
Короткая А.С.

188. ОТГРАНИЧЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ
Корпан С.А., Чечетт Г.А.

189. РАННЯЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ СТОП
Кошман Г.А.

190. НОВЫЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ИЗДЕЛИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
Кошман Г.А.

191. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ
Кравцевич Л.А

192. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА
Кравцевич Л.А., Хоров Г.О.

193. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВУХМЕРНОЙ ГРАФИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЛИЦЕВОЙ АСИММЕТРИИ
Кравчук Е.В.

194. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА
Кравчук Е.В.

195. ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЕПАРХИИ
Крупский С.А.

196. ПРОБЛЕМА ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ
Кудян Е. И.

197. ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ И ПРИМЕНЕНИИ

Репозиторий ГрГМУ

ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК
Кузнецов О.Е., Патонич В.А.

198. ПРИЧИНЫ «ВЫСОКИХ» АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ.
Кузнецов А.Г. Ситчук Н. К.

199. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКРЕНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
Кузьмицкая Ю.С.

200. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РАНЕНЫМ В КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ В ОТДЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОТРЯДАХ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ
Куксенко М.Н.

201. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС ПАЦИЕНТОВ – КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
Кунда М.Ф.

202. ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ГРУДНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ АНГИОТРОФОНЕВРОЗА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Купреева Л.Н.

203. СЕРОСОДЕРЖАЩИЕ АМИНОКИСЛОТЫ В ТАЛАМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ КРЫС В ДИНАМИКЕ МОРФИНОВОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА
Курбат М.Н.

204. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБМЕНА СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЕ
Курбат М.Н.

205. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ
Курбат М.Н.

206. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ТРЕТЬЕГО ТРИМЕСТРА
Кухарчик О.В.

207. ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ТРЕТЬЕГО ТРИМЕСТРА КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
Кухарчик О.В.

208. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ

Репозиторий ГрГМУ

БЕРЕМЕННЫХ
Кухарчик Ю.В.

209. МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Кухарчик Ю.В.

210. ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 5-НИТРОТИАЗОЛА
Кучко С.Ю., Соколов Н.К., Ярещенко Н.Ю.

211. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ЖИВОТНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ АЦЕТАМИНОФЕН
Лаган И.П.

212. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В
Лагун Т.Л.

213. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОЙ ЭМИГРАЦИИ В ОЧАГ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Лакотко Т.Г., Микша Е.Е.

214. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
Латыш И.В.

215. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАДЕРЖКУ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ В СТАЦИОНАР
Лежава А.А., Кардаш Е.И.

216. АКТИВНОСТЬ КЛЮЧЕВЫХ ФЕРМЕНТОВ ГЛИКОЛИЗА В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВВЕДЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ЭТАНОЛА
Лелевич С.В.

217. СРОДСТВО ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПРИ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ
Лелевич А. В.

218. НАСЛЕДИЕ АНТИЧНОЙ МИФОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ
Леонова И.Ф.

219. ЕСЛИ БУДУЩАЯ МАМА - ТОЛСТУШКА?
Леонтьева А.В., Шарко А.В.

220. ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СТРАТЕГИИ ОТВЕТСТВЕННОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН

Репозиторий ГрГМУ

РАННЕЙ ГРУППЫ РЕЗЕРВА РОДОВ
Леонтьева А.В.

221. БЕРЕМЕННОСТЬ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ
Леонтьева А.В.

222. МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ КАК ОДНА ИЗ ПРОБЛЕМ ДЕМОГРАФИИ
Линник А.И., Савченко В.В., Скоробогатых А.Г.

223. ДИАГНОСТИКА МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ
Линник А.И., Савченко В.В.

224. СИСТЕМА ВЕНЕЧНОГО СИНУСА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА
Линник Ю.И., Линник А.И.

225. НАСЫЩЕННОСТЬ ГУАНИНОМ И ЦИТОЗИНОМ ИРНК, КОДИРУЮЩИХФЕРМЕНТЫПЕРВОГОКОМПЛЕКСАДЫХАТЕЛЬНОЙ ЦЕПИ СВОБОДНОЖИВУЩИХ И ПАРАЗИТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ТИПА КРУГЛЫЕ ЧЕРВИ
Линник Ю.И., Линник А.И.

226. УРОВЕНЬ 3,4-ДИОКСИФЕНИЛАЛАНИНА И ПОДУКТОВ ЕГО РЕАКЦИИ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОИНФЕКЦИЯМИ
Лиопо Т.В., Парфенчик И.В.

227. ОСОБЕННОСТИ ДОППЛЕРОМЕТРИИ В СОСУДАХ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Липская О.А., Данилович М.Э.

228. ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНОГО β1-БЛОКАТОРА НЕБИВОЛОЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Лисовская И.А.

229. ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ В РУССКОЙ ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЕ МИРА
Лодхи А., Чолети С. Р.

230. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В ХИРУРГИИ
Лосицкая А.Г.

231. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ
Лукашевич Т.В.

232. СТРУКТУРА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
Лукашевич Т.В., Готовчиц Н.Ф.

233. ПРОЧНОСТЬЗНАНИЙСТУДЕНТОВ4КУРСАПЕДИАТРИЧЕСКОГО

Репозиторий ГГМУ

ФАКУЛЬТЕТА ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
Лукашевич Т.В., Юшкевич О.Е.

234. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИДЕПРЕССАНТОВ
Лукьянюк Т.Н., Сонец О.Л.

235. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
Макеева Т.Н.

236. ПОДАГРИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ
Макей А. Г., Сокол С. И., Пицко Д. В.

237. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
Максимович Е.Н.

238. ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ДОЗИРОВАННУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА
Максимчик Н.И.

239. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
Малуха А.А., Буйницкая А.С., Шундрик В.С.

240. ФЕНОМЕН ЛИДЕРСТВА В СОВРЕМЕННОЙ ПОЛИТИКЕ
Маньковская А.А.

241. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА
Мардас Е.И., Белюк Н.С.

242. КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
Марина Т.П., Чижевская Н.В.

243. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ
Мармыш В.Г.

244. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ
Мармыш В.Г.

245. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ, ПРОЖИВАЮЩИМИ ВОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ И СЕЛЬСКИХ РЕГИОНАХ

Репозиторий ГрГМУ

ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Мартинович Ю., Кардис К., Часной А., Лискович И.

246. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ
Мартинович Ю.В.

247. ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛУБОКОЙ АРТЕРИИ БЕДРА
Марцуль И. А.

248. АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИЙ БЕДРА
Марцуль И. А.

249. ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ДТЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ И СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Матвеенко Е.А.

250. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК
Матусевич О.В.

251. ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОЛОВЫ И ЛИЦА ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА
Матусевич О.В.

252. К 160-ЛЕТИЮ ПЕРВОГО ТРУДА ПО ПЕДИАТРИИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ
Меленец Е.Н.

253. ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ
Мельникова Ю.А., Козич Т.В.

254. ВЛИЯНИЕ ПИРОГЕНАЛА НА ЭМИГРАЦИЮ ЛЕЙКОЦИТОВ В ОЧАГ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Микша Е.Е., Жук С.А., Лакотко Т.Г.

255. ФИЗИЧЕСКЕ РАЗВИТИЕ И ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПОТОМСТВА КРЫС, ПОЛУЧАВШИХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЛИПОПОЛИСАХАРИД И ТАУРИН
Милош Т. С.

256. ФОРМИРОВАНИЕ СЕНСОРНО–ДВИГАТЕЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОТОМСТВА КРЫС, ПОЛУЧАВШИХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЛИПОПОЛИСАХАРИД

Репозиторий ГрГМУ

И ТАУРИН
Милош Т.С.

257. **ТАУРИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕМОЛИЗА ЭРИТРОЦИТОВ У КРЫС С ЭНДОТОКСИНЕМИЕЙ**
Милош Т. С., Максимович Е.Н.

258. **АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИОЗНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**
Минаева Е.Г.

259. **ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКИХ ДОЗ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**
Минец А.А.

260. **95 ЛЕТ ВЫСШЕЙ СЕСТРИНСКОЙ НАГРАДЕ**
Мирук Т.С.

261. **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИМЕСИЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**
Михалевич Е. И.

262. **СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**
Михеев К.А., Орловец А.Г.

263. **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ**
Михеев К. А., Штык С. В.

264. **ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ЖКБ) ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**
Могилевец Э.В., Мороз В.Л.

265. **ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**
Могилевец Э.В., Матусевич О.В., Борисовец А.О., Гриневич Д.А., Высоцкий А.Ю.

266. **ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**
Могилевец Э.В., Дубровская Е.В., Ранжева О.А., Шишулина Е.А.

267. **СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ У РАБОТАЮЩИХ В КОНТАКТЕ С АРОМАТИЧЕСКИМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ**
Могилевец О.Н.

268. **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПУЛА СВОБОДНЫХ**

Репозиторий ГрГМУ

АМИНОКИСЛОТ ПЛАЗМЫ КРОВИ У РАБОТАЮЩИХ В КОНТАКТЕ С АРОМАТИЧЕСКИМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ
Могилевец О.Н., Овчинников А.Н.

269. ИСТОРИЧЕСКИЕ ХРОНИКИ ДРЕВНЕЙ СЛУЧЧИНЫ
Налетова Е.В.

270. АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ, УМЕРШИХ В 2005 ГОДУ
Настаева Н.А., Салмин Р.М.

271. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ЖИВОТА И ГРУДИ
Настаева Н.А., Васильчук О.А.

272. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН – АКТУАЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА
Настаева Н.А., Белая И.В.

273. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПО ВОПРОСАМ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ
Николайчик Е.И., Шерешик Т.С.

274. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ
Новик О.В., Михович Т.И.

275. ИНФОРМАЦИОННО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ
Новикова Е.Н.

276. ВЛИЯНИЕ МОРФИНА IN VITRO НА АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ГЛИКОЛИЗА В ПЕЧЕНИ КРЫС
Обухович Н.В.

277. СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНЕГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА
Олейник А.О.

278. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ ПЕРВОЙ ОЧЕРЕДИ ВЫБОРА
Онегин Е.Е.

279. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВЯЗОК ТЮЛЛЕ-ГРАС ПРИ АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ
Осипенко Д.А., Гриц А.Н., Зеневич А.И., Шульга Е.Р.

280. ОСТРЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА
Ославский А.И.

281. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ДВС В

Репозиторий ГрГМУ

ГРУППЕ ПАЦИЕНТОК АКУШЕРСКОГО ПРОФИЛЯ
Павлюкевич А.В.

282. УСТОЙЧИВОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ СТУДЕНТОВ III КУРСА К ВОЗДЕЙСТВИЮ УЛЬТРАЗВУКА
Паднюк Е.В., Алещик М.И.

283. ИЗ ОПЫТА БЛОГГИНГА НА ХОСТИНГЕ INF.BY
Паламарчук Л. А., Песняк О. В., Чернышевич Ю. Н.

284. СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОНЦЕПТА СТРАХ В РУССКОЙ И АНГЛИЙСКОЙ КОНЦЕПТОСФЕРАХ
Панчоре Д. Д., Гит П. П.

285. ИНТЕЛЛЕКТ-КАРТЫ КАК СПОСОБ ОТОБРАЖЕНИЯ МЫСЛЕЙ
Пац Ю. А.

286. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ: ВАЖНЕЙШИЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА
Пелеса Е.С.

287. АНАЛИЗ БЛОГОСФЕРЫ НА БАЗЕ ХОСТИНГА INF.BY
Песняк О. В., Паламарчук Л. А., Чернышевич Ю. Н.

288. РАК ШЕЙКИ МАТКИ КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА И ВОЗРАСТА
Пигалкина О.Е., Яковчик Н.Г.

289. МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ЦИФРОВОЙ ФИЛЬТАЦИИ БИОПОТЕНЦИАЛОВ
Пигалкова Л. Е., Рубец М. И., *Клинцевич А. С.

290. ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПОВ ГЕМОДИНАМИКИ У УЧАЩИХСЯ-ЮНОШЕЙ
Пикиреня В.И., Епифанов М.И.

291. РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ
Пицко Д. В.

292. ПОДАГРА В СТРУКТУРЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ АРТРИТОВ
Пицко Д. В., Василевская Т. А., Моргис Я. С.

293. ВОЗМОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ПО КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ
Плашко Л.С., Белюк Е.Н.

294. ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИРУСНОЙ ПАТОЛОГИИ НА

Репозиторий ГГМУ

ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА
Плашко Л.С., Белюк Е.Н., Круглая А.Ф.

295. СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
Плеханов Н.А., Жук С.А.

296. МИКРОБНЫЙПЕЙЗАЖРОТОГЛОТКИУДЕТЕЙСВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА
Позднякова О.В.

297. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ
Покалюк А.Н., Снитко В.Н.

298. КОЛО- И ЭНТЕРОСТОМАМИЯ У ДЕТЕЙ
Полойко А.В.

299. УРОВЕНЬ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 25 ЛЕТ
Полюхович Ю.И.

300. СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ СЕРОТОНИНА И ТРИПТОФАНА В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
Попечиц Т.В.

301. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ХРОНИЗАЦИИ БОЛЕЗНИ
Похомчик Т.Н., Гаврилик А.А.

302. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР С ДИАГНОЗОМ «ЛИХОРАДКА НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ»
Пранюк Ю.Е., Бузук Т.Г., Гусак Ю.В.

303. ДИАГНОСТИКА АГ И НЦД У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА
Предко О. С.

304. МОДЕЛИРОВАНИЕ ИМПЕДАНСА БИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ
Приходько Е.С., Бурбицкая Т.А.

305. ФИЛИПП ПИНЕЛЬ (1745–1826) – РЕФОРМАТОР ПСИХИАТРИИ
Прус С.В., Кириенко Н.П.

306. СОСТОЯНИЕ ГОМОЦИСТЕИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У

Репозиторий БГМУ

БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Пырочкин А.В., Лис М.А.

307. МОРАЛЬ И ПОЛИТИКА
Раевская М.Д.

308. ОЦЕНКАЗАБОЛЕВАЕМОСТИЖЕНЩИНВОВТОРОМТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Редкая И. В.

309. ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХФАКТОРОВ,СПОСОБСТВУЮЩИХРАЗВИТИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА
Редкая И.В.

310. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТКАЗА БОЛЬНЫХ ОТ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
Решетник О.С.

311. ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО МАТЕРИАЛАМ БСМП Г.ГРОДНО
Руссу В.Л., Данилик В.К.

312. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
Рыбак П.Р., Милошевский П.В.

313. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ
Рыбак П.Р., Милошевский П.В.

314. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ МЫШЦ ПРИ ЦЕРВИКАЛГИЯХ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ
Рымко Л.А.

315. ХАРАКТЕРИСТИКИ СТРУКТУРЫ ТЕМПЕРАМЕНТА И УЧЕБНЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ
Савицкий И.С.

316. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОСЛОЖНЕННОГО РАЗРЫВОМ СЕРДЦА
Савицкий А.Л.

317. УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ СИФИЛИСА
Савицкий В.В.

318. ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГОНОРЕИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-СПОРТСМЕНОВ
Савицкий В.В., Савицкий С.В.

319. ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛО-АППАРАТА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ШЕЙНОГО

Репозиторий ГрГМУ

ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
Савошинский Е.М.

320. **ОЦЕНКА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ СИНУСИТОМ**
Савченко В.В., Линник А.И.

321. **ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСОВ СДВИГА ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ, ЛИМФОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА И ЭОЗИНОФИЛЬНО – ЛИМФОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СИНУСИТЕ**
Савченко В.В., Линник А.И.

322. **АНАЛИЗ МЕТОДИК ОБСЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИЗЫВНИКОВ**
Салей А.С.

323. **АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ ШКОЛЬНИКОВ В КВАРТИРЕ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОБЛАСТНОМ И РАЙОННОМ ЦЕНТРАХ**
Салей А.С., Болейко Е., Лискович И.В., Козич Д.В.

324. ***КОНЦЕПТ ИЗМЕНА В КОНЦЕПТОСФЕРЕ ЛЮБОВЬ***
Салей А.С.

325. **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА**
Салей А.С.

326. **ХАРАКТЕРИСТИКА СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**
Салмин Р. М.

327. **АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВОЗНИКШИХ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И г.ГРОДНО**
Саросек В.Г.

328. **СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГИСТЕРЭКТОМИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ**
Сахарчук Е.Ю., Черноокая Т.В.

329. **УТВЕРЖДЕНИЕ ВРЕДА АЛКОГОЛЯ В ПАРЕМИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА**
Сахоре А. А., Канде С. К., Вентикапати К. К.

330. **ПРИЧИНЫ ДИСБАКТЕРИОЗА ГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ**
Светова Н.Н., Алещик М.И.

331. **СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ УЧАЩЕГОСЯ**

Репозиторий ГрГМУ

МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА
Седляр И.М., Спила Л.Г.

332. СТРУКТУРА НЕФРОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ВЫЯВЛЯЕМОЙ С ПОМОЩЬЮ ЦИСТОГРАФИИИ
Семинская И.П., Шерешик Т.С.

333. РОЛЬ КОНСТИТУЦИонАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА
Сенько В.И.

334. ДЕРМАТОГЛИФИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ
Сенько В.И.

335. СТРОЕНИЕМИОКАРДАЖЕЛУДОЧКОВИХФУНКЦИОНИРОВАНИЕ КАК ОСНОВА В ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА
Серафинович Ю.И.

336. РАЗМЫШЛЕНИЯ О «ЧУВСТВЕ СЛОВА»
Серафинович Ю.И.

337. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ ЗА 10 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ
Сергиевич С.И., Казбанов В.В.

338. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТКА И ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ДЕТЕЙ ГОРОДА ГРОДНО (СШ №3 И Д/С №57)
Сергиевич А.М., Шульга Е.Р., Кастелей Н.Н., Лисовская И.Н., Трафимович И.М.

339. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОДАГРЕ
Сидорик Е. И., Заяц О. А., Пицко Д. В.

340. ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ТЕЛА КОЛЕННОГО СУСТАВА (КЛИНИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ)
Сидорович И.А.

341. ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЛЕМЫ
Ситчук Н. К. Кузнецов А. Г.

342. ЗНАЧЕНИЕУРОВНЯПРОГЕСТЕРОНАПРИУГРОЗЕПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННЕМ СРОКЕ КАК КРИТЕРИЙ ПРОГНОЗА

Репозиторий ГрГМУ

ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Скокова Е.В., Щерженя М.П., Капустина Л.С.

343. ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
Скорбинская О.В., Леоненко С.В., Шор А.И.

344. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОМАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
Скоробогатов Е.М.

345. ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ
Скоробогатых А. Г., Щеберяко Е. Н., Линник А.И.

346. ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО МЕДУНИВЕРСИТЕТА
Скорова Г.С., Пирогоедова М.В.

347. СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
Слабко В.В., Марушко П.Н.

348. АББРЕВИАТУРЫ-ОМОНИМЫ
Слабко В.В.

349. МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Слабко В.В.

350. ГЕСТОЗ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ГИПОГАЛАКТИИ
Смолей Н.А.

351. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
Смотрин И.С.

352. ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ ЭЛАСТИЧЕСКИХ ОБТУРАТОРОВ ИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ
Смотрин И.С.

353. ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ L-АРГИНИНА
Соколов Н.К., Кучко С.Ю., Ярещенко Н.Ю.

354. СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ НА ГРОДНЕНЩИНЕ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XIX В.
Соловчук Е.Н.

355. БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ В ПИТАНИИ

Репозиторий ГрГМУ

ЧЕЛОВЕКА – ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ИСТОЧНИК ВИТАМИНОВ
Софищенко М.В.

356. ОСОБЕННОСТИ ЯЗЫКА МЕДИЦИНЫ
Старостенко У.А.

357. ЭТИМОЛОГИЯ НАЗВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ НАИМЕНОВАНИЙ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ
Стельмах С. В., Стельмах Э. В.

358. ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА
Стенько А.А., Санько А.К., Маркевич Е.В.

359. ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПАНКРЕАТИТЕ
Стенько А.А., Санько А.К., Савошинский Е.М.

360. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМЛОДИПИНА И ЭНАЛАПРИЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АГ И ИБС
Степенкова Д.В.

361. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ГРУППОВЫХ ТРЕНИНГОВЫХ ЗАНЯТИЙ СРЕДИ СЛЕПЫХ И СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ
Сторожева Е.В.

362. АНАЛИЗТЕСТОВЫХЗАДАНИЙКОРПОРАТИВНОГОWEB-РЕСУРСА TEST.GRSMU.BY
Страпко Н. В., Качановская А.А., Гончарук Е. С.

363. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАКА ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ В Г. ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2002 ПО 2006 ГГ.
Стребкова Т. Н., Орехова Л. В.

364. МИР ЗАПАХОВ В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ПРОЗЕ А.П.ЧЕХОВА
Сушкевич Э.С.

365. СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИСТАМИНЕРГИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ МОЗГА КРЫСЫ ПРИ БЛОКАДЕ Н1 И Н2 РЕЦЕПТОРОВ
Таранцей М.С.

366. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛОГРАММ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ

Репозиторий ГрГМУ

ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ
Тарасик А.О.

367. БЕТАКСАЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Тарасов В.Ю.

368. ИНТЕРНЕТ КАК ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ И ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ КИБЕР-ЗАВИСИМОСТИ
Тариков А.В.

369. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ
Татун Т.В.

370. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ
Твердая Г.В.

371. ТОКСИКОМАНИЯ – ЛОВУШКА ДЛЯ МОЛОДЕЖИ
Тимофеева Н.И.

372. СЦИНТИГРАФИЯ МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ^{99m}Tc-ПИРОФОСФАТА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Титова Л.С., Титова Т.С., Нестеров Д.В.

373. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ У ЖЕНЩИН
Титок О.В., Корончик Ю.В., Сидорчук О.Г.

374. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДЕТРУЗИТОЛ» У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРРЕАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ
Титок О.В., Корончик Ю.В.

375. ЛЕЧЕНИЕ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ МЕДИКАМЕНТОЗНО-ЛАЗЕРНЫМ МЕТОДОМ.
Тишин А.В.

376. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ АРТЕРИЙ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА
Токунов В.А.

377. ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЕ КОНФЛИКТЫ И ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ БОЛЬНЫХ

Репозиторий ГрГМУ

СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ
Толкач Е.А.

378. КАКИЕ ДЕТИ БОЛЕЮТ ОРВИ, ПНЕВМОНИЕЙ И КАК ИХ ЛЕЧАТ?
Толкина В.Ю.

379. ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Томащик Т.Е.

380. АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УМЕРШИХ В 2005 ГОДУ
Трещейко Т.В., Латыш И.В.

381. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
Турченко М.А., Габриельчик О.И.

382. КЛИНИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
Уколова А.М., Калейчик Ю.И.

383. ГИППОКРАТ – ФИЛОСОФ И ВРАЧ
Усович А.П.

384. РОЛЬ ОКСИДА В ПАТОГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНДОТЕЛИЙ -ЗАВИСИМОЙВАЗОДИЛАТАЦИИУДЕТЕЙСНЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ, ОТЯГОЩЕННОЙ ФАКТОРАМИ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА
Устемчук Д.В, Максимович Е.Н.

385. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТЕГРАДНОЙ МОШОНОЧНОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ И ОПЕРАЦИИ ИВАНИСЕВИЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЦЕЛЕ
Филиппович И.В., Гнядо Ю.В.

386. РОЛЬ ЗАИМСТВОВАНИЙ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ
Фридман К. М.

387. УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА В КРОВИ МАТЕРИ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Фурс В.В. Шулика В.Р.

388. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ КУЛЬТУРАХ
Хаетхам Алюссеен

389. ВАЛЕОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ

Репозиторий ГрГМУ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ
Ханевич Т.Г.

390. АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ХАРАКТЕРА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ СРЕДИ СТУДЕНТОК ГрГМУ
Харлинская А.Ю.

391. МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРИДИНА.
Хильмончик Т.И., Яцкевич Е.С.

392. ВЛИЯНИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ У КРОЛИКОВ
Ходосовский М.Н., Зинчук Н.В., Нагорный А.В.

393. ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ГИСТОГЕМАТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА У СТУДЕНТОВ III КУРСА ГрГМУ В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД
Ходосовский М.Н., Ярмущик А.В., Нагорный А.В.

394. НЕРАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПИТАНИЯ КАК ОДИН ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ДИСТРОФИЙ СЕТЧАТКИ
Холупко Т. Г.

395. ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ПРЕПОДАВАНИЮ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
Цедрова В.В.

396. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХВЕНТРАЛЬНЫХГРЫЖПОСЛЕОПЕРАЦИИ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМПАНКРЕАТИТЕ
Циунчик А.И. Базан Е.М.

397. ГЕОФИЗИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ КАК ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ
Черник Г.Л.

398. СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ АНГЛИЙСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ В ОБЛАСТИ УРОЛОГИИ
Черняк А.С.

399. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В и С В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
Черняк С.А.

400. АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ КАК ПРОБЛЕМА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ АРТЕРИАЛЬНЫХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННЫХ ОККЛЮЗИЙ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ

Репозиторий ГрГМУ

АТЕРОСКЛЕРОЗЕ
Чмель В.

401. АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АСИММЕТРИЙ У СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА ИСКУССТВ
Шаблина О.В., Головацкая Ю.В.

402. ДИАГНОСТИКАГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОЙСТАДИИСИНДРОМА ДВС В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛЫМИ ГЕСТОЗАМИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ
Шадрина И. Ю.

403. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ РАБОТНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
Шаповалова Ю.М., Горегляд Т.М.

404. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Шедь О.Б., Казбанов В.В., Сергиевич С.И.

405. ХИРУРГИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ
Шейфер Ю.А.

406. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Шило Е.В.

407. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНЫХ МЕТАЭПИФИЗОВ БЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ
Шило Р.С., Вакулич Е.Л.

408. ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ПОКОЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ХОРДАМИ
Шишко В.И., Кропа О.М., Хакало Ж.К.

409. СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ХОРДАМИ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ
Шишко В.И.

410. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
Шишко В.И.

411. ТОПОГРАФИЯ АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ХОРД В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО

Репозиторий ГрГМУ

ВОЗРАСТА
Шишко В.И.

412. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ
Шишулина Е.А.

413. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ БРАДИ-ТАХИКАРДИИ
Шпак Н.В.

414. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ УХОДА ЗА ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ
Шпак Р.Н.

415. ВОЗМОЖНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
Шпак Н.В.

416. НОВЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ ДЕКАГИДРОХИНОЛИНА ПРИ ОСТРОЙ НИКОТИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
Штабинская Т.Т., Пирогова А.М.

417. АУДИОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ ДО И ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ
Штык С.В., Михеев К.А

418. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖИТЕЛЯМИ г.ГРОДНО, ПЕРЕНЕСШИМИ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ
Штык С.В.

419. УРОВЕНЬ НИТРАТОВ И НИТРИТОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У СТУДЕНТОВ С ГИПОТОНИЕЙ
Штык С.В.

420. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ОСЛОЖНИВШИХСЯ ОЖОГОВЫМ ШОКОМ
Шундрик В.С., Стацкевич С.И., Буйницкая А.С., Салкевич Е.Я.

421. ВЫБОРКОНСЕРВАТИВНОГОИЛИХИРУРГИЧЕСКОГОСПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ
Щеберяко Е. Н., Скоробогатых А. Г.

422. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Юргель Е.О.

423. НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Репозиторий ГрГМУ

ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
Юрина Е.В., Мордасевич И.В., Насевич Е.В.

424. К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)
Юрина Е.В., Антонович В.Ю., Ярмущик А.В.

425. ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ
Юровский П.Н.

426. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА
Юруц И.В., Болтрукевич И.Г.

427. ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ
Якимович О.Н.

428. УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ КОЖНОЙ РАНЫ У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ
Якимович Д.Ф., Ушкевич А.Л., Бедин П.Г., Заруба А.В.

429. АНАТОМИЯПЛЕЧЕВОЙАРТЕРИИУПЛОДОВИНОВОРОЖДЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ
Янушко Д.И., Мурадян А.С.

430. СОСТОЯНИЕ ГИСТО-ГЕМАТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ОРГАНИЗМА ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ
Ярмущик А.В., Герасимчик Е.В., Юрина Е.В.

431. РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ
Ярмущик А.В., Семенюк А.С., Гриц А.Н., Шестак О.Д.

432. РАННЯЯ НЕКРЭКТОМИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ
Ярмущик А.В., Семенюк А.С., Гриц А.Н., Шестак О.Д.

433. STRUCTURAL AND METABOLIC CHANGES IN RAT BRAIN HISTAMINERGIC NEURONS UNDER R-α- METHYL HISTAMINE ACTION
Saad Albaag

УЧЕБНАЯ, НАУЧНАЯ И ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА Г.В.КУЛАГО

Лис М.А., Кежун Е.Н., Добродей М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Репозиторий ГрГМУ

Кулаго Георгий Викентьевич родился в 1919г. в д. Блягин Клецкого р-на Минской области в семье крестьян. Благодаря своим незаурядным способностям и целеустремленности, несмотря на материальные затруднения в тяжелых условиях буржуазно-помещичьего национального режима Польши, Г.В. Кулаго окончил гимназию в г. Барановичи и поступил в физико-математический лицей. Но долго заниматься там ему не пришлось. В конце 1938г. за участие в подпольной революционной деятельности он был исключен из лицея и приговорен к полутора годам тюремного заключения. После освобождения Западной Белоруссии в 1939г. поступил в 10 класс Несвижской средней школы, которую окончил в 1940г. В октябре 1940г. был призван на действительную службу в Красную Армию.

Во время Великой Отечественной войны Г.В. Кулаго участвовал в боях под Ленинградом. В июне 1942г. был послан в распоряжение Белорусского штаба партизанского движения, а в январе 1944г. направлен в Барановичское партизанское соединение, где был заместителем комиссара партизанской бригады им. А.В. Суворова. С июля 1944г. в течение года работал первым секретарем Новомышского РК ЛКСМБ Барановичской области, затем в сельской школе учителем физики и математики.

В 1946г. Георгий Викентьевич поступил в Минский государственный медицинский институт, который окончил с отличием в 1951г. После окончания института продолжил учебу в клинической ординатуре при кафедре факультетской терапии Минского мединститута. Позже работал преподавателем в Барановичской фельдшерско-акушерской школе, заведующим терапевтическим отделением Барановичской центральной больницы. С 1954 по 1957 год он учился в аспирантуре при кафедре пропедевтики внутренних болезней, затем работал ассистентом кафедры госпитальной терапии Минского мединститута. В 1959г. защитил кандидатскую диссертацию

Репозиторий ГрГМУ

на тему: «Сравнительная оценка эффективности лечебного действия АКТГ и салицилатов при ревматизме».

В 1961г. Георгий Викентьевич Кулаго избирается по конкурсу на должность ассистента кафедры пропедевтики внутренних болезней Гродненского государственного медицинского института, где в 1961г. ему присваивается ученое звание доцента. С 1963г. Г.В. Кулаго возглавил эту кафедру и руководил ею до 1986г. Здесь во всей полноте раскрылись его большие организаторские способности. За короткий срок был сформирован преподавательский коллектив, в который входили доценты В.М. Борец, И.С. Гельберг, ставшие в последующем докторами медицинских наук, заведующими кафедрами Гродненского государственного медицинского института. В последующем на кафедре работали доценты, кандидаты медицинских наук Д.Ф.Кулеш, Д.Е. Борейшо, М.А. Добродей, Е.Н. Кежун, И.Ф. Мирончик, В.Н. Коваленко, Е.Н. Хотим, В.И. Дедуль, ассистенты Г.А. Авер, Т.Н. Якубчик, А.И. Шевчук, С.И. Лукашик, В.И. Илькевич и др.

Во вновь открывшемся Гродненском государственном медицинском институте это была одна из первых клинических кафедр, оснащенная всем необходимым оборудованием. Г.В. Кулаго, коллектив кафедры особое внимание уделяли развитию и совершенствованию учебно-воспитательной работы со студентами, методически правильной постановке педагогического процесса. Г.В. Кулаго всегда подчеркивал, что основной целью работы профессорско-преподавательского состава института является подготовка высококвалифицированных врачей. Поэтому главной задачей учебного процесса на кафедре являлась выработка у студентов практических навыков по обследованию больных, диагностике основных заболеваний внутренних органов.

Исходя из этого, основное время на практических занятиях отводилось для непосредственного обследования больных, т.е. самостоятельной работе в больничных палатах под контролем и

Репозиторий ГрГМУ

руководством преподавателя.

Перед каждой новой темой занятий (еженедельно в течение учебного года) на кафедре проводились методические совещания, на которых рассматривалась методика проведения конкретного практического занятия с учетом имеющихся тематических больных, наглядных пособий, новейших достижений медицины.

Кулаго Г.В. являлся инициатором применения на клинических кафедрах института безмашинного программированного метода проверки и закрепления знания студентов. Под его руководством сотрудниками кафедры были составлены и изданы в 1976г. карты-задачи для студентов по диагностике терапевтических заболеваний. Созданы методические разработки по всем программным вопросам пропедевтики внутренних болезней. Во время лекций Георгий Викентьевич много внимания уделял формированию у студентов комплексного и диалектического подхода к обследованию больного и постановке диагноза. На лекциях систематически проводилась демонстрация тематических больных. Профессор Г.В. Кулаго постоянно и настойчиво требовал от всех преподавателей точности, четкости, правильности изложения учебного материала в соответствии с классическими традициями отечественной медицины.

В течение 5 лет на кафедре проводились «олимпиады» по пропедевтике внутренних болезней, что также способствовало более глубокому усвоению студентами программного материала.

Основным направлением научно-исследовательской работы кафедры, руководимой Г.В. Кулаго, было изучение патологии сердечно-сосудистой системы. Так, Г.В. Кулаго изучались вопросы этиологии, патогенеза артериальной гипертензии, изучены и уточнены вопросы распространенности, клинических проявлений артериальных гипотензий, в том числе и среди студентов Гродненского мединститута. В последующем им исследованы параметры центральной гемодинамики, эффективности лечебного действия фетанола,

Репозиторий ГрГМУ

обосновано его применение в лечении нейроциркуляторной гипотонии. Эти работы проводились совместно с академиками Н.С. Молчановым и Н.И. Аринчиным и легли в основу докторской диссертации, успешно защищенной Г.В. Кулаго в 1978г. после чего ему было присвоено ученое звание профессора.

Одновременно на кафедре по кардиологической тематике были выполнены и защищены кандидатские диссертации преподавателями: Д.Е. Борейшо «К характеристике гемодинамики у больных гипертонической болезнью (анализ по стадиям, вариантам и в процессе лечения димекарбином)», 1966г.; И.Ф. Мирончиком «Влияние витаминов Е, А, никотиновой кислоты диетического стола № 10 на некоторые показатели липидного обмена и белкового обмена у больных атеросклерозом», 1967г.; В.И. Дедулем «Клиническое значение векторкардиографических и баллистокардиографических исследований при ревматизме», 1969г.; Е.Н. Кежун «Изменение электролитного обмена у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца в зависимости от характера течения заболеваний и их динамика под влиянием пиридоксина, биотинина, верошпирона», 1978г. Одновременно с этим по тематике заболеваний органов дыхания выполнили и успешно защитили кандидатские диссертации ассистент Г.М. Авер «Медь, цинк и активность карбоангидразы крови у больных хронической пневмонией», 1971г.; аспирант П.Н. Ковальчук «Применение унитиола и контрикала в комплексном лечении больных бронхиальной астмой», 1985г. Ассистент Е.Н. Хотим защитил кандидатскую диссертацию «Динамика активности некоторых ферментов крови и функций печени в процессе лечения больных с осложнениями после болезни Боткина» (1968г.).

В 1970-1985г.г. доцент В.И. Дедуль активно разрабатывал вопросы иммунологических нарушений и их коррекции у больных ИБС, а ассистент М.А. Добродей совместно с сотрудниками лаборатории транспорта кислорода, руководимой профессором М.В. Борисюком,

Репозиторий ГрГМУ

начали исследование патогенетической роли кислород-транспортной функции крови у больных ИБС, артериальной гипертензией, явившимся в последующем фрагментом выполненной ею и успешно защищенной кандидатской диссертации.

В 1980-1985г.г. преподаватели кафедры принимали активное участие во Всесоюзном кооперативном исследовании, проводившемся под руководством Всесоюзного кардиологического научного центра «Медицинская и социально-экономическая эффективность действующей в СССР государственной системы реабилитации больных инфарктом миокарда». Результатом исследования явилось создание в стране трехэтапной системы реабилитации больных инфарктом миокарда (стационар-кардиологический санаторий-поликлиника), что позволило повысить эффективность вторичной профилактики ИБС у лиц, перенесших инфаркт миокарда.

Под руководством профессора Г.В. Кулаго сотрудники кафедры по предложению Всесоюзного научно-исследовательского химико-фармацевтического института им. С. Орджоникидзе принимали участие в клинической апробации ряда лекарственных средств, в том числе фентанола и димекарбина. Ими, в частности, были выявлены отдаленные проявления побочного действия димекарбина, внесенные в инструкцию по его применению.

Г. В. Кулаго постоянно уделял большое внимание совершенствованию методов подготовки молодых специалистов. Им подготовлено более 20 клинических ординаторов. На кафедре постоянно активно работал научный студенческий кружок. На его заседаниях помимо докладов студентами собственных исследований, проводимых в лаборатории кафедры, демонстрировались больные, проводился их клинический разбор. Дважды в месяц со студентами-кружковцами профессором Г.В. Кулаго, доцентами кафедры проводились тематические обходы больных в отделениях. Ежегодно 6-7 научных студенческих работ направлялось на Республиканский смотр

Репозиторий ГрГМУ

и 2-3 - на Всесоюзный.

Профессор Г.В. Кулаго постоянно вел и большую лечебную работу. Им систематически проводились обходы в стационарах терапевтического профиля с последующим разбором случаев, представляющих интерес и врачам, и студентам, участвовал в консилиумах в клиниках города, консультировал поликлинических больных.

Г.В. Кулаго автор более 90 научных работ, монографии «Гипертоническая болезнь как нарушение саморегуляции кровообращения», изобретений, более 30 рационализаторских предложений.

Много лет Г.В. Кулаго являлся председателем Гродненского областного научного общества кардиологов, членом правления Республиканских научных обществ терапевтов и кардиологов, председателем бюро секции городского отделения Педагогического общества БССР.

Правительство высоко оценило заслуги профессора Кулаго Г.В. Он был награжден орденом Октябрьской революции, семью медалями, в т.ч. медалью «Партизану Отечественной войны II ст.». Почетной грамотой Верховного Совета БССР, значком «Отличник здравоохранения СССР».

Светлая память о Георгии Викентьевиче у сотрудников кафедры пропедевтики внутренних болезней, сотрудников Гродненского государственного медицинского университета, всех его учеников, коллег и многочисленных пациентов останется навсегда.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Авдей С.А., Ольшевская Э.Г.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

Кафедра медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Л.А.Пирогова

Мозговой инсульт (МИ) является одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности в странах, различающихся по экономическому и культурному уровню, расовому и этническому составу населения, климатическим зонам. Они поражают людей разного возраста, но чаще встречаются у лиц старше 50 лет. По данным ВОЗ, в разных странах мира ежегодно регистрируется 150 - 300 случаев МИ на 100 тысяч населения.

По данным европейских исследований на каждые 100 тысяч населения приходится 600 больных с последствиями инсульта, из них 60 процентов являются инвалидами. В первый месяц от начала возникновения инсульта погибает 30-35% больных, а в течение года 48-50%, и только 10-12% больных, перенесших МИ, возвращаются к труду.

Встречающиеся у одного человека и обладающие свойством взаимоусиления сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия и дислипидемия объединены в рамках метаболического синдрома (МС). В современном представлении под МС следует понимать клинико-лабораторный симптомокомплекс, являющийся следствием возникновения и прогрессирования инсулинорезистентности как первичного нарушения метаболизма (Беляков Н.А. и соавт., 2000). МС является широко распространённым заболеванием. По данным многочисленных исследований, наличие данного синдрома ведёт к ранней инвалидизации, что в значительной мере влияет на качество жизни пациентов.

В последние годы резко возросло число лиц с избыточной массой тела в сочетании с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа. Получены убедительные доказательства роли

Репозиторий ГрГМУ

инсулинорезистентности и гиперинсулинемии в формировании тяжёлых осложнений, связанных с МС: мозговой инсульт, ИБС, инфаркт миокарда, атеросклероз сосудов и др. (Благосклонная Я.В. и соавт., 2001).

Нами изучался процесс восстановления двигательных функций у больных МИ с сопутствующим МС. Обследовано 29 больных в раннем периоде реабилитации, из них 10 женщин (средний возраст 57,6 ± 2,3 лет) и 19 мужчин (средний возраст 52 ± 1,8 лет). Это больные работоспособного возраста.

Исследования включали: определение массы тела, артериального давления (АД), уровня сахара крови, окружности грудной клетки, живота и конечностей, объём активных и пассивных движений, силу мышц, оценку ходьбы по 6- балльной системе, оценку функционального класса (ФК).

В результате обследования больных, находящихся на стационарном этапе реабилитации в городской клинической больнице № 1 г. Гродно в течение двух недель, установлено: нормализация уровня сахара в крови; достоверное снижение АД на 14,2 %; достоверное увеличение силы мышц кисти паретичной конечности на 24 %; увеличение активных движений в конечностях на 3 -5°; увеличение окружности бедра парализованной конечности на 1-1,5 см; улучшение оценки ходьбы на 1 – 1,5 балла; масса тела, окружность груди и живота достоверно не изменялась. ФК, как правило, улучшался в пределах класса.

Таким образом, включение в комплекс реабилитационных мероприятий: ступень двигательной активности, кинезотерапию, лечебную ходьбу, лечение положением, эрготерапию, массаж паретических конечностей, физиотерапевтических процедур (магнитотерапия, дарсонвализация, электростимуляция, фототерапия), психотерапию, занятия с логопедом, назначение медикаментов – позволили в течение двух недель пребывания в реабилитационном

Репозиторий ГрГМУ

отделении улучшить функциональные показатели, качество жизни и наметить план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЕ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЗРЕНИЯ

Авдей С.А., Кардис К.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В. Пац

В последнее время отмечается увеличение количества детей с ослабленным зрением в дошкольном возрасте. Для детей с ослабленным зрением созданы обучающие программы в специализированных дошкольных учреждениях [2], однако часть таких детей организованы в неспециализированных детских садах или вообще не посещают дошкольных учреждений.

В тифлопсихологических работах установлены нарушения зрительного восприятия, которые оказывают влияние на формирование представлений, памяти и мышления слабовидящих младших школьников, отставание в развитии познавательной деятельности [1]. Выявление степени психологической готовности их к школе помогает правильно организовать учебно-воспитательный процесс и реализовать имеющийся интеллектуальный потенциал каждого ребёнка без вреда для здоровья.

В зависимости от степени психологической готовности к школе детей делят на 3 группы:

1) с повышенным (высоким) уровнем развития умственных способностей, которую составляют дети, имеющие интерес к работе, самостоятельно усваивающие учебный материал, без посторонней помощи, активные, коммуникабельные. Им свойственна любознательность, высокий уровень логического мышления,

Репозиторий ГрГМУ

способность к рассуждениям, умозаключениям;

2) со средним уровнем развития - дети с хорошей работоспособностью, но усваивающие учебный материал при постоянном контроле взрослых и учителей, коммуникабельные, активные. У них высокий уровень познавательных способностей (память, внимание, мышление), но им не хватает мотивационных и волевых качеств, свойственна недостаточная старательность;

3) с низким уровнем развития - дети пассивные, не имеют близких и друзей, с безразличным отношением к школе, с множеством жалоб на здоровье, быстро утомляющиеся.

Цель работы: оценить степень психологической готовности к школе детей с различным уровнем зрения.

Материалы и методы. Обследовано 127 детей в возрасте 6 лет. Все дети были разделены на 3 группы: первую группу составили дети с остротой зрения на оба глаза менее 0,3; вторую группу - с остротой зрения 0,7 – 0,8, а в третью группу вошли дети со зрением 0,9 -1,0. Использована диагностическая программа психофизиологического обследования, направленная на выявление степени готовности детей к школе[3]. Острота зрения оценивалась по таблице Головина-Сивцева.

Результаты и обсуждение. У 78 % детей с остротой зрения менее 0,3 отмечен средний уровень психологической готовности к школе, в то же время высокий и низкий уровни готовности составили по 11% соответственно. Средний уровень готовности выявлен у 65% детей второй группы, у 14% - низкий. У детей с ослабленным зрением 0,7 – 0,8 высокий уровень готовности преобладает по сравнению с другими группами и составляет 21%, что объясняется усидчивостью, желанием учиться, высокой работоспособностью.

В третьей группе 62% составили дети со средним уровнем психологической готовности, 14% - с высоким и 24% - с низким. У детей со зрением второй и третьей группы низкий уровень психологической готовности к школе отмечен в основном у неорганизованных детей в

Репозиторий ГрГМУ

дошкольном возрасте - у них снижена усидчивость, концентрация внимания и слабо развиты волевые качества, то есть низкий уровень готовности в третьей группе детей обусловлен низкой интенсивностью учебной деятельности. У детей со зрением менее 0,3 преобладает средний уровень психологической готовности, что связано с обучением их в специализированных детских садах, низкий же уровень психологической готовности отмечен у детей педагогически запущенных, имеющих неблагоприятные социально-педагогические условия, то есть с низкой эффективностью учебной деятельности. Такие дети могут себя реализовать лишь в том случае, если педагог уделит им внимание.

Низкий процент высокого уровня готовности (11%) у детей со зрением менее 0,3 связан с неспособностью на высоком уровне самостоятельно усваивать изучаемый материал даже при высоких интеллектуальных способностях.

Выводы. Независимо от остроты зрения, у обследованных детей шестилетнего возраста отмечено преобладание средней степени психологической готовности к школе. Группу с низким уровнем психологической готовности к школе и остротой зрения 0,7-1,0 составили “неорганизованные дети” и дети с отсутствием устойчивых мотивов обучения в школе. Низкий уровень психологической готовности к школе у детей с остротой зрения менее 0,3 обусловлен неблагоприятными социально-педагогическими условиями в дошкольном возрасте, что определяет их низкую эффективность учебной деятельности и требует дополнительного участия педагогов в реализации их потенциальных возможностей. Поэтому детям дошкольного возраста с низкой остротой зрения необходимо обязательное воспитание в специализированных дошкольных учреждениях.

Литература:

1. Базарный В.Ф. Научная основа массовой диспансеризации и

Репозиторий ГрГМУ

управляемого развития зрения у детей в условиях дошкольно-школьного воспитания и обучения / Под. ред. К.В. Орехова. - Красноярск,1984.- 73 с.

2. Григорьева Л.П. Психофизиологические исследования зрительных функций нормальновидящих и слабовидящих школьников / НИИ дефектологии. Акад. Пед. Наук СССР. – М.: Педагогика,1983. – 152 с.

3. Определение степени функциональной готовности детей к поступлению в школу: метод. рекомендации / Под ред. Подневич А.И..- Гродно,1998. - 32 с.

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МОЗГА, В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Авдей С.А., Редута Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

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

Головная боль (ГБ) представляет собой своеобразный психофизиологический феномен в виде хронического стрессового состояния, способствующего формированию эмоциональных и вегетативных расстройств. Цель исследования: проанализировать частоту и интенсивность головной боли, частоту психических и вегетативных нарушений у больных, перенесших инфаркт мозга, в зависимости от латерализации очага поражения.

Материал и методы исследования. Обследовано 60 больных (средний возраст 60 лет), перенесших инфаркт мозга (ИМ), в восстановительном периоде (до 1 года). Оценивали интенсивность ГБ с помощью визуально аналоговой шкалы (ВАШ), частоту ГБ по двум градациям – «частая» – боли чаще 2 раз в неделю и «редкая» – реже 2 раз в неделю, выраженность синдрома вегетативной дистонии -

Репозиторий ГрГМУ

количественно с помощью анкетного метода, разработанного во Всероссийском центре вегетативной патологии. Особенности симптома ГБ сопоставляли со степенью сохранности способности больного к самообслуживанию – по шкале Бартеля. Психологическое состояние больного анализировали с помощью тестов для определения уровня депрессии (по Т.И. Балашовой), астении (по Л.Д. Малковой – Т.Г. Чертовой), личностной склонности к сниженному настроению и неуправляемой эмоциональной возбудимости (по В.В. Бойко). Психологические изменения у больных сопоставлялись с полушарной латерализацией патологического очага. Проводилась статистическая обработка материала.

Результаты исследования и обсуждение. После развития инсульта ГБ различной интенсивности и частоты имела место у 37 (62%) больных: 15 (40,5%) мужчин и 22 (55%) женщин, перенесших мозговой инсульт. Наиболее сильная ГБ (средний балл – 7,6) была присуща женщинам, перенесшим ИМ в вертебро-базиллярном бассейне (ВББ), а умеренная (средний балл – 5,3) и слабая (средний балл – 1,8) ГБ – мужчинам с ИМ в правом каротидном бассейне (ПКБ) в восстановительном периоде. Вне зависимости от латерализации очага поражения, 42% больных, перенесших ИМ, имели частую ГБ (более 2 раз в неделю). При обширном инфаркте мозга, независимо от его локализации, наблюдалась легкая депрессия (средний балл – 55,0), преимущественно у лиц мужского пола. Слабая (средний балл - 63,0) и умеренная (средний балл – 77,0) астения, повышенная эмоциональная возбудимость (средний балл – 6,2) были присущи больным с ИМ в каротидных бассейнах (правом и левом). Повышенная тревожность (средний балл – 6,8) установлена у лиц женского пола с ИМ в ВББ, а необоснованная тревога (средний балл – 10,0) – у пациентов с ИМ в ПКБ. Склонность к сниженному настроению (средний балл – 6,5), выраженный синдром вегетативной дистонии (средний балл – 45,2) у женщин, были присущи больным с ИМ в ВББ и в ПКБ. Отмечено, что

Репозиторий ГрГМУ

сильная и частая ГБ у больных с ИМ в ВББ и в ПКБ сопровождалась астенизацией, повышенной тревожностью, эмоциональной возбудимостью и низким настроением. Только 4 (6,7%) больных с ИМ нуждались в посторонней помощи. Сопоставление особенностей симптома ГБ со степенью сохранности способности больного к самообслуживанию показало, что у этих больных ГБ была сильной и частой, больные были астенизированы, испытывали повышенную тревожность, эмоциональную возбудимость и склонность к сниженному настроению, была большая выраженность синдрома вегетативной дистонии. Полученные данные позволяют считать, что синдром ГБ – важный клинический индикатор тяжести мозгового инсульта и дополнительный психовегетативный феномен, осложняющий реабилитационный период у больных, перенесших инсульт.

БЛАГОГОВЕНИЕ ПЕРЕД ЖИЗНЬЮ... БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?

Аветисян Г. Д.

Смоленская государственная медицинская академия, Россия

Кафедра философии

Научный руководитель – к. м. н., доцент В.Н.Яковлев

" Правдивость есть фундамент духовной жизни".

А. Швейцер

Цель. Показать значение универсальной этики Альберта Швейцера «благоговения перед жизнью» в жизни любого человека, в решении глобальных проблем человечества.

Задачи. Для понимания цели, необходимо выяснить:

Каковы проблемы?

Есть два момента в определении проблем в обществе. Во-первых, всем известные глобальные проблемы человечества, Во-вторых, наше общество находится в критической точке своего развития, когда «естественный иммунитет» природы снижен, следовательно, любая малейшая проблема может стать базой для возникновения более

Репозиторий ГрГМУ

весомой проблемы и негативно повлиять на будущее человека.

Каковы причины?

Дело в том, что в современном обществе культуротворящая энергия иссякла. Философия не задумывалась над тем, что мировоззрение, основанное на истории и естественных наук и лишенная этичности и оптимизма, никогда не сможет породить энергию, необходимую для обоснования и поддержания идеалов культуры. Нет идеалов культуры, не будет духовности.

Каково решение? (Каково лечение?)

«Я жизнь, которая хочет жить, я – жизнь среди жизни, которая хочет жить»

А. Швейцер

Чтобы увести человека из струи выживания в социуме в струю нормальной гуманной жизни, следует изменить общество в духовно-нравственном плане и найти наиболее подходящую этику, которая обладала бы культуротворящей энергией.

Заключение. Мое понимание этики «Благоговения перед жизнью» я попытаюсь выразить в следующих положениях, которые явились результатом анализа опыта из собственной жизни и, конечно же, знаний о жизни Альберта Швейцера.

1. Этика заключается в том, что человек испытывает побуждение выказывать равное благоговение перед жизнью как по отношению к себе, так и – другим. В этом и состоит основной принцип нравственности.

2. Благоговение перед жизнью возникает тогда, когда всякое истинное познание переходит в переживание, когда «знание о мире становится переживанием мира»

3. Благоговение перед жизнью основывается на мышлении.

4. Действия человека, которые направлены на уничтожение даже одной жизни ради другой, должны быть осуществлены по необходимости.

Репозиторий ГрГМУ

5. Всех людей, независимо от их положения, этика побуждает проявлять интерес ко всем людям и их судьбам и отдавать свою человеческую теплоту тем, кто в этом нуждается. Она не разрешает ученому жить только своей наукой, даже если он в ней приносит пользу.

6. Этика благоговения перед жизнью призывает к самоуважению. Человек не должен поступить по отношению к другим так, как не хотел, чтобы поступили другие по отношению к себе. Как говорит Швейцер: "Я вообще не прощаю, я вообще не довожу дело до этого".

7. Самое ценное, что должно быть у человека, к чему призывает этика - это правдивость, чистота перед самим собой. И прежде чем обсуждать недостатки других людей, следует сначала смотреть на себя со стороны. Приведу еще одну из великих мыслей Швейцера: "Борьба с самым собой и собственная правдивость - вот средства, которыми мы воздействуем на других".

ПСИХОДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА РОРШАХА

Агапова Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.А.Ассанович

Рассеянный склероз представляет собой серьезное инвалидизирующее заболевание, неврологический аспект которого относительно хорошо изучен. Однако психологические аспекты этого заболевания исследованы крайне недостаточно. Особенно это касается исследования больных данной патологией с помощью метода Роршаха. Учитывая то, что этот метод является наиболее информативной системой психодиагностики, использование его в исследовании личности больных рассеянным склерозом представляет особую актуальность.

Репозиторий ГрГМУ

В настоящем исследовании нами применялся адаптированный вариант Интегративной системы психодиагностики методом Роршаха [1,2]. Данная система психодиагностики позволяет на единой концептуальной основе оценить все сферы психологического функционирования и установить между ними системные взаимосвязи.

Целью исследования является выявление индивидуально-психологических особенностей больных рассеянным склерозом.

Экспериментальную группу составили 30 больных в возрасте от 20 до 45 лет, среди них 16мужчин и14женщин.

В результате проведенного исследования были выявлены следующие психологические особенности больных рассеянным склерозом:

в когнитивной сфере: выраженные нарушения ясности мышления, обстоятельность и чрезмерная детализация образа, высокий уровень искажений в восприятии и пессимистическое мышление;

в эмоциональной сфере: сниженный аффективный контроль, склонность к эмоциональной импульсивности, а также наличие негативных переживаний, которые укладываются в рамки депрессивного синдрома;

в сфере самовосприятия: выраженное негативное самоотношение, тенденция к соматизации негативных переживаний, конфликтные взаимоотношения между нарцистическими особенностями и негативным самовосприятием;

в межличностной сфере: выраженная тенденция к установлению эмоционально теплых зависимых отношений.

Выявленные особенности могут рассматриваться в контексте двух синдромов: психоорганического и депрессивного, при этом последний замаскирован когнитивными нарушениями и эмоциональной расторможенностью.

Литература:

1. Ассанович М.А. Оценка некоторых поведенческих характеристик у

Репозиторий ГрГМУ

больных невротическими расстройствами методом Роршаха (на основе Интегративной Системы): Автореф. дис. канд. мед. наук. Гродно, 2002.
2. Exner J.E.,Jr. The Rorschach: A comprehensive system: in 3 vol. – New York: Wiley, 1991 – 1993. – vol 1: Basic foundations.- 3rd ed. – 1993. – 450 p.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ КИСТИ

Азаров Е.Ю.
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
Научный руководитель – к.м.н. доцент И.П. Богданович

Перелом ладьевидной кости кисти встречается в 1,5-4% всех переломов костей скелета. Лечение пациентов с переломами ладьевидной кости кисти остается актуальной проблемой в связи с большим процентом несросшихся переломов и ложных суставов. Это объясняется особенностью анатомического строения и кровоснабжения. Сращение возможно при полной и длительной адаптации костных фрагментов. В связи с этим разрабатываются различные способы оперативного лечения несросшихся переломов и ложных суставов. Несрощение кости, асептический некроз приводят к ранней инвалидизации пациентов, среди которых, в основном, лица трудоспособного возраста.

В клинике травматологии и ортопедии ГрГМУ проанализированы результаты лечения пациентов с несросшимися переломами и ложными суставами ладьевидной кости кисти после внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова. Под наблюдением находилось 32 пациента в возрасте от 16 до 44 лет. Среди них 29 мужчин и 3 женщины. После получения острой травмы у 60% пострадавших отмечались поперечные линии перелома, у 35% -

Репозиторий ГрГМУ

косо-горизонтальные, и у 5% - вертикальные. Ложные суставы были диагностированы у 26 пациентов и у 6 – несросшиеся переломы. Учитывая, что, согласно литературным данным, у 35% пациентов с переломами ладьевидной кости кисти отмечается выраженное нарушение кровоснабжения фрагментов (13% -1/2 объема кровоснабжения, 20% - 2/3), пациентам выполнялось вмешательство, направленное на репозицию и стабильную фиксацию с предварительным сжатием – растяжением патологической зоны, дополнительной «прицельной» остеоперфорацией, и, таким образом, стимуляцию формирования микрососудистого русла в зоне нарушения консолидации перелома.

После завершения стадии дистракция-компрессия фиксация аппаратом осуществлялась в течение 1,5-2 месяцев. Демонтаж аппарата Илизарова осуществляли после рентгенологического контроля. При сращении назначали ЛФК, тепловые процедуры, направленные на восстановление функции.

Результаты лечения изучены в отдаленные сроки до 3 лет. Положительные исходы получены у 95% пациентов.

Учитывая малую травматичность и высокую эффективность, по нашим наблюдениям, способ оперативного лечения аппаратом внешней фиксации на ряду с остеосинтезом и костной пластикой при несросшихся переломах и ложных суставах ладьевидной кости кисти может быть рекомендован для более широкого применения в лечении данной патологии.

Литература:

1. А.И. Ашкенази. Хирургия кистевого сустава. – М. «Медицина». – 1990. – С. 352

2. Травматология и ортопедия / под редакцией В.М. Шаповалова, А.И. Грицанова.

3. Ю.Г.Шапошников. Травматология и ортопедия 2том. – М. «Медицина». – 1997. – С. 239

Репозиторий ГрГМУ

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ КОНЕЧНОГО ОТДЕЛА СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Акстилович И.Ч., Максимович Н.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Научный руководитель - д.м.н., профессор И.Г. Жук

Бурное развитие и широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных (видеолапароскопических, эндоваскулярных) хирургических технологий при лечении заболеваний и повреждений поджелудочной железы и селезенки требует детализированных и уточненных данных об анатомии этих органов.

Цель исследования: установить особенности анатомии конечного отдела селезеночной артерии человека.

Материал и методы: работа выполнена путем изучения и анализа 17 рентгенангиограмм органов верхнего этажа брюшной полости трупов людей в возрасте 40-60 лет.

Полученные результаты: селезеночная артерия в 100% случаев отходила от чревного ствола. Ход селезеночной артерии отмечался выраженной изменчивостью. Прямолинейный ход селезеночная артерия имела в 8 случаях, что составило 47,1% от всех исследованных рентгенангиограмм, волнообразный – 6 случаев (35,3%), спиралевидный – 3 случая (17,6%). В среднем длина селезеночной артерии составила 12,2 ± 1,32 см, диаметр её начального отдела 1,15 ± 0,5 см, диаметр её конечного отдела 0,87 ± 0,4 см.

Практически важен вопрос о вариантах деления селезеночной артерии на ветви I порядка. Установлено, что в 82,4% случаев селезеночная артерия делится на ветви I порядка на уровне хвоста поджелудочной железы и в 17,6% на середине расстояния между хвостом поджелудочной железы и воротами селезенки. Число ветвей I порядка варьирует от 1 до 3, одна ветвь встретилась в одном случае

Репозиторий ГрГМУ

(5,9% от всех ветвей I порядка), наибольшую частоту встречаемости имеет деление селезеночной артерии на 2 ветви I порядка – 13 случаев (76,5%), на 3 ветви - в 3 случаях (17,6%). Поскольку наиболее часто встретилось деление ветви I порядка селезеночной артерии на 2 ветви, поэтому было произведено измерение диаметра и длины экстраорганной части этих ветвей. Диаметр верхних артерий I порядка составил 0,66 ± 0,06 см, нижних 0,65 ± 0,04 см. Длина верхних артерий I порядка 2,06 ± 0,43 см, длина нижних 1,92 ± 0,31см.

В трех случаях, когда селезеночная артерия делилась на 2 ветви I порядка, нами обнаружена добавочная артерия, которая отходила от среднего отдела селезеночной артерии и кровоснабжала верхний полюс селезенки.

На 12 – ти рентгенангиограммах (70,6%) наблюдали деление ветвей I порядка еще до вступления в орган. В этих случаях ветви I порядка селезеночной артерии делились на 2 ветви в 5 случаях (29,4%), на 4 ветви – 3 случая (17,6%), на 5-, 6-,7-,8- ветвей в одном случае по отдельности, где на каждый приходится по 5,9%. Диаметр и длина экстраорганной части артерий II порядка составили, соответственно, 0,31 ± 0,02 см, 1,13 ± 0.11см.

Таким образом, анатомия конечного отдела селезеночной артерии имеет выраженную индивидуальную изменчивость, знание и учет которой необходимы при выполнении хирургических вмешательств на поджелудочной железе и селезенке.

РЕДКИЙ ВАРИАНТ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧЕЛОВЕКА

Акстилович И.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

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

Знание вариантной анатомии является одним из важнейших

Репозиторий ГрГМУ

факторов, позволяющих предупредить развитие интра- и послеоперационных осложнений при оперативных вмешательствах на любом органе.

Известно, что при «классическом» варианте кровоснабжения поджелудочной железы человека тело и хвост органа кровоснабжается ветвями селезеночной артерии, количество которых может варьировать от 2 до 10. Нами, при изучении ангиограмм органов верхнего этажа брюшной полости человека, обнаружен редкий вариант кровоснабжения поджелудочной железы, не описанный в доступной литературе.

Приводим это наблюдение: на снимке железа имеет булавообразную форму, от чревного ствола отходит общая печеночная артерия, левая желудочная, селезеночная артерия, которая имеет прямолинейный ход и на всем протяжении от нее отходит только одна ветвь к хвосту поджелудочной железы. От верхней брыжеечной артерии, помимо нижней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии, берет начало общий ствол (диаметр 0,3 см, длина 0,5 см.), который входит в ткань железы со стороны ее нижнего края в области перешейка и разделяется на две ветви. Одна направляется в поперечном направлении по отношению к поджелудочной железе и кровоснабжает головку и перешеек органа. Вторая имеет продольное направление и делится в области тела органа на две крупные артерии. Одна из них идет вправо и кверху, кровоснобжая преимущественно верхний край поджелудочной железы, другая направляется вправо и книзу, кровоснабжая нижний край поджелудочной железы. Таким образом, данные артерии являются основными в кровоснабжении тела и хвоста органа. На всем своем протяжении артерии отдают более мелкие ветви к поджелудочной железе, при этом образуют сеть анастомозов между собой. В области хвоста поджелудочной железы данные артерии анастомозируют с хвостовой артерией. В результате в области хвоста поджелудочнаой железы образуются две

Репозиторий ГрГМУ

анастомотические дуги, которые условно можно назвать «верхняя» и «нижняя».

ГРОДНЕНСКАЯ КРЕПОСТЬ

Алейник А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., доцент Н.П.Стасевич

История Гродненской крепости прослеживается еще с 1795 года, то есть с того времени, когда Гродненщина вошла в состав Российской империи. Пик ее печальной известности приходится как раз на конец 1914 г. – начало Первой мировой войны.

На протяжении XIX-го - начала XX вв. появилось немало укрепленных мест, именуемых крепостями. Они возводились с целью защититься от ненадежного Запада, а также с целью убедить местный люд в непобедимой мощи империи. Идея Николая I укрепить западные рубежи появилась в связи с агрессивными планами Наполеона еще в начале XIX в., но недостаток денег в царской казне привел к срыву строительства крепости на берегах Немана.

Лишь в 1887 году в течение двух лет были возведены первые 5 фортов Гродненской крепости, с современной точки зрения примитивные: построенные из сосновых бревен, они быстро пришли в негодность.

После русско-японской войны правящая верхушка империи во главе с Николаем II не могла не сделать выводы в плане защиты западных рубежей. Была откорректирована вся система крепостей на границах империи: устаревшие было решено модернизировать, а Гродненскую крепость, по сути, пришлось возводить заново. В итоге к 1913 году вокруг Гродно было возведено 13 фортов на расстоянии 8-15 верст от города и 24 опорных пункта. Во время Первой мировой войны,

Репозиторий ГрГМУ

летом 1915 года, главное командование приняло решение защищать город Гродно как обычный населенный пункт. 19 августа поступил приказ об эвакуации почти всей артиллерии крепости, а также военного и прочего имущества. Наступление войск противника сорвало эти планы. Эвакуация была прекращена, то, что не успели вывезти, безжалостно уничтожили, чтобы не оставить врагу. Цифры, на мой взгляд, шокирующие: было уничтожено 8800 тонн муки и крупы, 960 тонн гороха, а также около 640 тонн овса и ячменя.[1]

На рассвете 1 сентября 1915 г. противник напал на III форт (деревня Любно-Огородники). К вечеру немцы открыли ураганный артиллерийский огонь, частота выстрелов доходила до 55 выстрелов в минуту. Защитникам отвечать было нечем, ведь крепостная артиллерия была уже глубоко в тылу. В полночь 2 сентября поступил приказ об отступлении и подрыве форта. В это же время были взорваны первый и второй форты. Путь на Гродно был свободен, и к вечеру того же дня немцы захватили наш город. [2]

Почти все форты сохранились до наших дней. Совсем нетронутым остался IV форт, так как при отступлении отданный приказ о подрыве форта не был выполнен: в подвалах крепости находилось 150 раненых солдат. Как с ними поступили немцы, до сих пор неизвестно.

Печальна известность II форта. В годы Второй мировой войны фашисты у его развалин расстреливали мирных жителей Гродно: то евреев, то интеллигенцию. Это единственный форт, возле которого установлен памятник.

К сожалению, Гродненская крепость мало известна и заброшена. А стоило бы, на мой взгляд, отнестись к ней с уважением и с должным вниманием. Хотя бы ради тех людей, которые погибли, защищая наш город в те далекие годы.

Литература:

1. В.Ивановский «Долгое эхо умолкнувшей крепости». «Перспектива» - №43, 1994.

Репозиторий ГрГМУ

2. А.Петров «Форты» - Гродненская правда – 20 сентября 2003г.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЛАНОМ КОЖИ

Алексинский В.С, Голышко П.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Областная клиническая больница

Научные руководители - д.м.н., доцент В.А.Басинский;

к.м.н., доцент С.Э.Савицкий

Меланома представляет собой злокачественную опухоль из пигментобразующих клеток, для которой характерно крайне неблагоприятное течение и высокие показатели летальности даже при проведении адекватной химиолучевой терапии, что, собственно, и обусловливает необходимость детального изучения особенностей морфологии данного новообразования и их прогностического значения.

Целью исследования явилась морфологическая характеристика меланом кожи с оценкой ее инвазивного потенциала, степени дифференцировки, морфологических особенностей и прогноза новообразования. Материалом для исследования стали 18 меланом кожи резецированных у больных в Гродненской областной клинической больнице в 2000 г. Указанный срок был необходим для оценки влияния некоторых клинико-морфологических параметров новообразования на выживаемость больных.

Проведенный анализ материала показал, что в 8 наблюдениях меланома выявлена у мужчин и в 10 - у женщин. Опухоль была обнаружена в возрасте от 29 до 79 лет, но чаще встречалась в возрастном интервале от 40 до 69 лет. В 47% случаев имело место поражение кожных покровов туловища, в 35% - конечностей, в 18% - головы. Во всех случаях наблюдалась узловая форма роста опухоли с

Репозиторий ГрГМУ

изъязвлением поверхности узла. При оценке глубины инвазии меланомы кожи по Кларку было обнаружено, что более чем в половине случаев (52,9%) имела место 3-я стадия инвазивного роста, 4-я стадия - в 11,8% , 5-я - в 23,5% случаев. В то же время доля опухолей, находившихся в 1-й и 2-й стадии инвазии составила 0% и 11,8% соответственно, т.е. новообразование выявлялось на поздних этапах своего развития. Наличие корреляции между возрастом больных и стадией инвазивного роста опухоли по Кларку на имеющемся материале, не обнаружено. Вместе с тем, глубина инвазии опухоли оказывала несомненное влияние на продолжительность жизни больных в послеоперационном периоде. Так, пятилетняя выживаемость больных меланомой 2-й стадии по Кларку составила 100%, 3-й стадии - 44,4%. Среди больных с 4-й и 5-й стадией инвазии меланомы по Кларку ни один больной не прожил более 5 лет. Данный факт определяет необходимость и важность ранней морфологической диагностики меланомы кожи, источником которой нередко является пигментный невус. Следует отметить, что не всегда стадия инвазивного роста коррелировала с наличием метастазов опухоли. К ведущим критериям малигнизации невуса относятся лимфоидноклеточная инфильтрация дермы и клеточный атипизм. В наших наблюдениях во всех рассматриваемых случаях имели место местные иммунные реакции на опухоль в виде лимфогистиоцитарной и сегментоядерной инфильтрации. Первая, как правило, располагалась в виде вала по периферии опухоли с проникновением лимфоидных элементов в соединительнотканные прослойки между меланобластами на большую или меньшую глубину. В среднем, толщина лимфогистиоцитарного вала была равна 0,2 - 0,3 мм. Лейкоцитарная реакция особенно была выражена в зонах инвазии в эпидермис, где идут процессы изъязвления и некротизации с образованием гнойно-некротического детрита. Клеточный состав злокачественной меланомы был весьма разнообразен, включал в себя, как правило, комбинации

Репозиторий ГрГМУ

разных типов клеток.

Таким образом, клинико-анатомический анализ меланом свидетельствует о выявлении опухоли на поздних этапах развития и низкой продолжительности жизни больных в послеоперационном периоде. Данные факты свидетельствуют о необходимости внедрения новых методов ранней диагностики и учета факторов, влияющих на резистентность опухоли к проводимому комбинированному лечению. Важнейшим среди таких методов, с нашей точки зрения, является иммуногистохимическое исследование новообразования.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АЦЕТАМИНОФЕНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ И ТИМУСА

Амбрушкевич А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской биологии и общей генетики

Научный руководитель – профессор В.П.Андреев

Одним из самых безопасных и эффективных анальгетиков в настоящее время признан ацетаминофен. Достаточно часто он используется в комбинации с другими лекарственными средствами, что позволяет получить выраженный болеутоляющий и противовоспалительный эффект. Тем не менее, этот препарат необходимо использовать в строго терапевтических дозах. При передозировке он может вызывать тяжелое поражение печени у экспериментальных животных и человека. Основной причиной гепатотоксического действия ацетаминофена считается образование в печени системой цитохрома Р450 его метаболитов. Однако в последнее время появились сообщения о токсическом действии ацетаминофена на другие ткани. Одной из возможных причин может быть активация апоптоза, особенно в активно пролиферирующих тканях – кишечнике, тканях тимуса и селезенки.

Целью работы явилось сопоставление морфофункционального

Репозиторий ГрГМУ

состояния печени и тимуса после введения животным токсической дозы ацетаминофена.

Опыты проведены на крысах-самках, которые получали ацетаминофен или 2% раствор крахмала. Ацетаминофен вводили внутрижелудочно в дозе 750 мг/кг один раз в сутки в течение 5 дней.

Электронно-микроскопическое исследование образцов печени показало, что после введения ацетаминофена наблюдается поражение печеночной ткани. В центролобулярной зоне выявлялись деструктивные изменения в отдельных гепатоцитах, вплоть до некротических, происходит активация гладкой цитоплазматической сети, регистрируется слабо или умеренно выраженная жировая дистрофия. В клетках печени наблюдается увеличение количества ядрышек в ядрах, с преобладанием в них гранулярного компонента, гиперплазия митохондрий, активация гранулярной цитоплазматической сети. Наблюдаемые изменения более отчетливо выражены в перипортальной области дольки печени.

Проведенный морфофункциональный анализ срезов тимуса у опытных животных выявил не только изменение соотношения кора/ мозговое вещество, но у большинства имело место в целом увеличение объема мозгового вещества, сопровождающееся повышением в нем численной плотности лимфоцитов. Ширина коркового вещества в дольках тимуса, наоборот, уменьшается. Часто наблюдается расширение просвета сосудов в дольке (как в мозговом, так и в корковом веществе), сопровождающееся незначительной отечностью (разрыхленностью) мозгового и (в меньшей степени) коркового вещества. В корковом веществе отечность наблюдалась в основном в перисосудистом пространстве, однако каких-либо отклонений в структуре тимогематического барьера не отмечалось. Изредка встречаются лимфоциты между эпителиоцитами в стенке гемотимусного барьера. Одновременно в корковом веществе с достаточно высокой частотой встречаются лимфоциты в состоянии

Репозиторий ГрГМУ

апоптоза.

Таким образом, независимо от характера поражения печени, в которой в качестве механизма поражения гепатоцитов преобладает жировая дистрофия и последующий некроз, для тимуса, вероятно, более характерны функциональные изменения со стороны гемотимусного барьера, в качестве ведущего механизма гибели клеток следует считать апоптоз лимфоцитов. Очевидно, что в механизме токсического действия ацетаминофена следует учитывать не только его влияние на печень, но и на систему общего иммунитета организма.

ПРОБЛЕМА БЕЗОПАСНОСТИ ДАННЫХ В КОМПЬЮТЕРНЫХ РАСПРЕДЕЛЁННЫХ СИСТЕМАХ

Амбрушкевич А. Ю., Гукайло О.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – преподаватель И.А. Демяшкевич

Internet и информационная безопасность несовместны по самой природе Internet. Всемирная Паутина родилась как чисто корпоративная сеть, однако в настоящее время с помощью единого стека протоколов TCP/IP и единого адресного пространства объединяет не только корпоративные и ведомственные сети (образовательные, государственные, коммерческие, военные и т.д.), являющиеся, по определению, сетями с ограниченным доступом, но и рядовых пользователей, которые имеют возможность получить прямой доступ в Internet со своих домашних компьютеров с помощью модемов и телефонной сети общего пользования.

Как известно, чем проще доступ в Сеть, тем хуже ее информационная безопасность, поэтому с полным основанием можно сказать, что изначальная простота доступа в Internet - хуже воровства, так как пользователь может даже и не узнать, что у него были скопированы - файлы и программы, не говоря уже о возможности их

Репозиторий ГрГМУ

порчи и корректировки.

Безопасность данных является одной из главных проблем в Internet. Появляются все новые и новые страшные истории о том, как компьютерные взломщики, использующие все более изощренные приемы, проникают в чужие базы данных. Подключаясь к Internet, следует заново провести анализ риска и составить план защиты информационной системы, а также конкретный план ликвидации последствий, возникающих в случае тех или иных нарушений конфиденциальности, сохранности и доступности информации.

В настоящее время вопросам безопасности данных в распределенных компьютерных системах уделяется очень большое внимание. Разработано множество средств для обеспечения информационной безопасности, предназначенных для использования на различных компьютерах с разными ОС. В качестве одного из направлений выделим межсетевые экраны (firewalls), призванные контролировать доступ к информации со стороны пользователей внешних сетей.

Межсетевой экран - это полупроницаемая мембрана, которая располагается между защищаемой (внутренней) сетью и внешней средой (внешними сетями или другими сегментами корпоративной сети) и контролирует все информационные потоки во внутреннюю сеть и из нее. Контроль информационных потоков состоит в их фильтрации, то есть в выборочном пропускании через экран, возможно, с выполнением некоторых преобразований и извещением отправителя о том, что его данным в пропуске отказано. Фильтрация осуществляется на основе набора правил, предварительно загруженных в экран и являющихся выражением сетевых аспектов политики безопасности организации.

Литература:

1. Браун С. “Мозаика” и “Всемирная паутина” для доступа к Internet: Пер. с англ. - М.: Мир: Малип: СК Пресс, 2004. - 167с.

Репозиторий ГрГМУ

2. Гайкович В., Першин А. Безопасность электронных банковских систем. - М.: "Единая Европа", 2002. - 264 с.

3. Гилстер П. Новый навигатор Internet: Пер с англ. -Киев: Диалектика, 2004. - 495 с.

4. Игер Б. Работа в Internet / Под ред. А. Тихонова; Пер. с англ. - М.: БИНОМ, 2000. - 313 с.

5. Кент П. Internet / Пер. с англ. В.Л. Григорьева. - М.: Компьютер, ЮНИТИ, 2001. - 267 с.

ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬ ХЛАМИДИОЗОМ

Андреева А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии с курсом общей психологии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Э.П.Станько

Проблема аффективной патологии, особенно депрессивных состояний, возникающих под влиянием патогенных факторов у больных с половыми инфекциями, имеет первостепенную важность как для клинической психиатрии, так и для практического здравоохранения в целом. Это обусловлено, прежде всего, ростом среди населения числа депрессивных расстройств и увеличивающейся распространенностью инфекционных заболеваний, передающихся половым путем. Целью исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей формирования депрессивных расстройств у больных с урогенитальным хламидиозом для совершенствования диагностики и лечения.

Материалы и методы. Материалом исследования являлись данные комплексного изучения депрессивных расстройств у 80 женщин репродуктивного возраста, обратившихся в женские консультации г. Гродно. Возраст больных составлял от 17 до 49 лет. Средний возраст – 28,0±5,86 лет. Клинико-психопатологическое исследование сочеталось

Репозиторий ГрГМУ

с клинико-психологическим и статистическим методами исследований. Для психопатологической оценки состояния использовалась разработанная на кафедре психиатрии клинико-психопатологическая карта, включающая 256 квалифицированных симптомов и признаков, ранжированных по выраженности от 0 до 2-х баллов. Для оценки выраженности и терапевтической динамики депрессивных расстройств применялись опросник депрессии Бека и шкала депрессии Гамильтона (21). Клинико-психологическое исследование оценки личностной структуры больных включало использование Фрайбургского личностного опросника (модифицированная форма В). Статистическую обработку полученных данных осуществляли по общепринятым методам вариационной статистики с использованием пакета компьютерных программ STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. Наследственность у большинства больных (85%) психопатологически не отягощена. В 10% случаев у родственников наблюдались аффективные нарушения, представленные преимущественно депрессивными расстройствами, в 5% случаев – алкогольной зависимостью. Анализ распределения больных в зависимости от диагноза основного психического расстройства позволил выделить следующие диагностические рубрики: депрессивный эпизод легкой и средней степени выраженности (54,7%); рекуррентное депрессивное расстройство, повторный эпизод легкой, средней степени (5,2%); хронические депрессивные состояния (дистимия - 8,6%); смешанное тревожное и депрессивное расстройство (6,9%); расстройство адаптации с кратковременной депрессивной реакцией, со смешанной тревожной и депрессивной реакцией, смешанного расстройства эмоций и поведения (24,3%).

Выводы. У больных урогенитальным хламидиозом имеются психические расстройства, представленные различными расстройствами депрессивного спектра, проявляющиеся в аффективных и некоторых когнитивных особенностях, определяющих

Репозиторий ГрГМУ

формирование психопатологических характеристик депрессии и специфику личностного восприятия психотравмирующей ситуации. Выявленные особенности депрессивных расстройств у больных с урогенитальным хламидиозом могут быть их диагностическими критериями и должны учитываться при проведении лечения.

Литература:

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. - М., 2000.

2. Барановская Е.И. Хламидийная инфекция и репродуктивная функция женщин / Е.И. Барановская, С.В. Жаворонок, Л.Н. Мельникова. – Мозырь: ООД ИД «Белый ветер», 2002. – 128с.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИХРОМАТИЧЕСКОГО СВЕТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Андриевская О.Г., Широкая Е.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии

Научный руководитель - ассистент С.И.Черняк

Применение наряду с фармако- и психотерапией методов немедикаментозной терапии доказывает свою эффективность при некоторых заболеваниях ЦНС. Полихроматический свет (Биоптрон-терапия) оказывает воздействие не только на пораженные участки тела, но и на биологически активные точки. Достойными преимуществами применения прибора «Биоптрон» перед другими физиотерапевтическими методами являются: возможность использования и при острых, и при хронических заболеваниях, также как дополнение к классическим методам лечения при широком диапазоне показаний, возможность отмены в любое время и, что наиболее важно, пациент может сам проводить сеансы (даже в домашних условиях) после первичного контроля врача.

Репозиторий ГрГМУ

Распространенность депрессивных расстройств в целом составляет около 4-6%, а в амбулаторной практике - 10-20%. Тяжелое течение с дезадаптацией в социальном и профессиональном планах обуславливают значимость своевременной диагностики и эффективного лечения этой группы неврозов.

Все вышеизложенное послужило основанием для проведения настоящего исследования, целью которого явилось определение динамики психических процессов и депрессивного состояния при применении курсовых процедур Биоптрон-терапии у больных с диагнозом по МКБ-10: F 41.1. Наблюдение пациентов проводилось в отделении пограничных состояний ГОКЦ "Психиатрия-Наркология" и 1-й ГКБ г. Гродно.

Все пациенты получали комплексное лечение в соответствии с Протоколами лечения психических и поведенческих расстройств. Контрольная группа – 6 пациентов (4 женщины и 2 мужчин). Группа исследуемых 14 пациентов, из них 8 женщин, средний возраст - 38.6 лет и 6 мужчин, средний возраст - 40 лет. Все пациенты впервые госпитализированы в стационар с соответствующей депрессивной симптоматикой. Клинической группе в план лечения включались сеансы воздействия на сегментарные зоны с помощью прибора "Биоптрон" на область солнечного сплетения и на лицо с расстояния 60 см (по инструкции к применению). Результат оценивался с помощью следующих методик: таблицы Шульте - для исследования внимания, методика оценки депрессивных состояний Зунга (адаптация Т.И. Балашовой), методика диагностики уровня тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, методика заучивания 10 слов - для исследования памяти. Диагностика проводилась в два этапа: при госпитализации до применения Биоптрон-терапии и перед выпиской по окончанию курса терапии.

Таким образом, во всех случаях диагностирована легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, которая после

Репозиторий ГрГМУ

психофармакотерапии в комплексе с воздействием "Биоптроном" редуцируется. У мужчин показатели памяти и внимания приходили в рамки нормы после комплексного (с применением «Биоптрона») лечения. У женщин в 100% наблюдений восстанавливались процессы внимания и памяти независимо от этапа лечения. Показатели личностной и реактивной тревожности улучшились у 84% пациентов из клинической группы. Все исследуемые показатели памяти, внимания, уровня тревожности и депрессии также улучшились у пациентов контрольной группы перед выпиской из стационара.

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО ДАННЫМ ГРОДНЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА ЗА 2005 ГОД

Андрушкевич И.А., Субот А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

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

В дородовой диагностике и профилактике врожденных пороков развития (ВПР) за последние 3 десятилетия достигнуты большие успехи. Однако статистические данные о частоте врожденных пороков крайне неутешительны. По материалам ВОЗ 4-5% всех детей появляются на свет с тем или иным ВПР [1].

Целью данного исследования, проводимого на базе Гродненского областного клинического родильного дома в течение года, является анализ частоты и характера выявленных ВПР в г. Гродно и Гродненской области за 2005-2006 год.

Нами проанализирована медицинская документация 63 случая рождения детей с ВПР, 51 случая прерывания беременности по медико-генетическим показаниям и 4 смертельных исхода от ВПР за 2005 год.

Возраст обследованных женщин, родивших детей с ВПР, составил

Репозиторий ГрГМУ

от 16 до 40 лет: до 20 лет – 17%; от 21 до 25 – 38%; от 26 до 30 – 29% и старше 31 года – 24%. Из них в браке состояло 79,6% женщин. По социальному положению женщины распределились следующим образом: служащие – 43; рабочие – 32%; состоящие на учете в Центре занятости – 20%; студенток среди них было 4%.

Женщины, проживающие в городе, составили 76%, из сельской местности – 24%. Из 118 исследуемых женщин первая беременность наблюдалась у 53, вторая – у 26, третья - у 17, четвертая - у 16, пятая - у 5, восьмая - у 1. Распределение по районным центрам следующее: г. Гродно – 47 случаев, Лидский район – 10, Волковысский район – 8, Щучинский район – 7, по 3 случая в Кореличском, Зельвенском, Ивьевском, Слонимском районах; по 2 случая – в Островецком, Новоргудском, Свислочским, Мостовском, Сморгонском районах.

С пороками развития в УЗ «ГОКРД» в 2005 году родилось 3,1% детей от всех живорожденных. Удельный вес множественных ВПР составил 16%, а доля системных и изолированных пороков составила 84%: сердечно-сосудистая система – 25%; ЦНС – 23%; опорно-двигательная – 14%; мочевая – 15%; лицо и мозговой череп – 5%; дыхательная – 5%; половая – 5%; пищеварительная – 4; ихтиоз – 1%. Частота рождения детей с синдромом Дауна составила 3,1% от всех детей, родившихся с ВПР.

ВПР, не совместимые с жизнью, явились основной причиной ранней неонатальной смертности новорожденных в 2005 году в УЗ «ГОКРД».

Анализ причин рождения детей с пороками показал, что большинство из них явились следствием мультифакториального воздействия. Немаловажную роль в формировании пороков у плода явилась внутриутробно перенесенная инфекция.

Своевременная антенатальная диагностика ВПР, не совместимых с жизнью у плода, позволила на ранних сроках прервать беременность по медико-генетическим показаниям, с последующим обследованием

Репозиторий ГрГМУ

данной супружеской пары в медико-генетическом центре, определением риска рождения детей с пороками, а также профилактикой ВПР.

Таким образом, активное сотрудничество акушер-гинекологической, генетической и неонатальной служб позволит снизить число рождения детей с пороками, а также повысит возможности своевременной коррекции ВПР, совместимых с жизнью.

Литература:

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

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Антанович Ю.В., Заяц О.А., Сидорик Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – д.м.н., профессор В.П.Водоевич

Лечение АГ в настоящее время производится стандартно: назначаются 4 группы препаратов - β-адреноблокаторы, мочегонные, антагонисты Са и ингибиторы АПФ. Не учитывается состояние ЦНС, на что еще указывал академик И.П.Павлов, который выделял 4 типа нервной системы. Американские ученые Фридман и Розенман предлагают делить людей в зависимости от психических особенностей личности на тип «А» и «В». У типа «А» количество адреналина в крови выше и они в 3,5 раза чаще заболевают АГ, чем тип «В».

Нами поставлена цель – определить психическое состояние больных АГ в зависимости от видов гипертонических кризов.

С этой целью нами обследовано 46 больных (22 женщины и 24 мужчины) с АГ II-III ст., которые поступили в кардиологическое отделение 2-й городской клинической больницы г. Гродно с гипертоническими кризами I и II типа (нейро-вегетативные и водно-солевые). Вид криза определялся клинически и изучалась центральная

Репозиторий ГрГМУ

гемодинамика. Нейро-вегетативные (гиперадреналовые) кризы наблюдались чаще у женщин, а водно-солевые – у мужчин. Последнее обстоятельство, вероятнее всего, связано с тем, что мужчины злоупотребляли алкоголем, который задерживает воду в организме, что ведет к отеку артериол и повышению преимущественно диастолического АД.

Психическое состояние больных определялось по цветовому тесту Люшера. Считается, что при нормальном психическом состоянии испытуемого основные цвета (синий, зеленый, красный, желтый) должны выбираться первыми, а дополнительные (фиолетовый, коричневый, черный, серый) – последними.

Из обследованных ни один больной не выбрал первыми основные цвета. Первыми выбирались как основные, так и дополнительные цвета. Причем, при нейро-вегетативных кризах расположение цветов в основном указывало на страх, тревожную настороженность у больных, а при водно-солевых кризах – на пассивность, депрессию, разочарование.

Полученные данные позволяют подойти к лечению АГ более дифференцированно. При АГ с гиперадреналовыми кризами наряду с гипотензивной терапией (предпочтение - β-адреноблокаторам) необходимо назначать транквилизаторы, а больным с водно-солевыми кризами, наряду с мочегонными, назначать антидепрессанты.

АКЦИИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ ОРДЕНА ИЕЗУИТОВ НА ТЕРРИТОРИИ БЕЛОРУССИИ

Антонович О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

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

Цель работы – рассмотреть основные направления деятельности ордена иезуитов, выяснить истинные задачи, которые решались

Репозиторий ГрГМУ

ячейками ордена, разбросанными по всей территории Белоруссии.

Первый «визит» Общества Иисуса в Белоруссию состоялся в 1573 году [1]. Опутав сетью коллегий резиденций и миссий территорию Белоруссии, иезуиты все делали для того, чтобы насадить католицизм, искоренить идеи Реформации, свободомыслия и атеизма. В этом им деятельно помогали королевская власть и представители господствующих классов. Идеологическая деятельность иезуитов стала возможной благодаря тому, что в сравнительно короткие сроки феодально-аристократические круги, интерес которых отражали игнатианцы, щедро обеспечили их материальное существование.

Иезуиты воздействовали на население не только проповедями, но и оказанием медицинской помощи. Как правило, они строили около коллегий аптеки и госпитали. Орден имел их в Полоцке, Гродно, Слуцке, Пинске, Несвиже, Витебске и других городах. Старейшей аптекой Белоруссии является гродненская. Она была основана иезуитами в 1678 году. Медикаменты закупались в Вильно, Крулевце и других местах. Торговля медикаментами приносила определенный доход коллегиям. Иезуиты стремились систематически пополнять свои знания, много внимания уделять и наукам.

Отдельные иезуитские коллегии, например, в Слуцке и Гродно, располагали богатейшими библиотеками, где немало книг по медицине, в том числе и передовых ученых Запада. Медицинская помощь в первую очередь оказывалась представителям господствующего класса, зажиточным горожанам, так как стоимость лекарств была достаточно высокой.

Помимо аптек и госпиталей при коллегиях располагались приюты для разорившейся шляхты и бедняков из народа. Во время эпидемий, которым белорусские земли подвергались часто, в «богодельни» стекался люд. «Многие здесь умирали, но многие, благодаря уходу иезуитов, выздоравливали» [2]. Борясь за репутацию ордена, расширяя зоны своего господства, иезуиты активно применяли такой метод

Репозиторий ГрГМУ

благотворительности, как раздача питания голодающим в период массовых стихийных бедствий. По признанию самих членов Ордена Иисуса, «благотворительность… была… самым действенным средством привлекать к себе иноверцев и делать их латинянами» [1].

В выгодном свете оказались иезуиты благодаря своей просветительской деятельности – созданию школ. Но образование в заведениях Общества Иисуса было подчинено основной цели: вырастить новое поколение, способное отстаивать интересы католической церкви, а, следовательно, и ордена, ставить их выше личных, национальных, государственных.

Проведя черту под всем вышесказанным, нужно отметить, что орден иезуитов не являлся благотворительной организацией, а был создан как солидная опора католической церкви, гвардия римских пап.

Литература:

1. Блинова Т. Б. Иезуиты в Белоруссии. Мн., 1990.

2. Демьянович А. Иезуиты в Западной России, 1569-1772, Спб., 1872. С.47.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ БИЛИОГЕПАТОПЕРФУЗИЯ ДИКЛОФЕНАКА-НАТРИЯ ПР МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Антонович В.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – ассистент М.И.Милешко

Быстрая одномоментная дезобструкция желчных путей приводит к перераспределению крови внутри печени, в результате чего происходит расстройство экстрасинусоидального кровообращения - портальная кровь по внутрипеченочным и портопеченочным анастомозам сбрасывается в нижнюю полую вену, минуя синусоиды и не подвергается детоксикации в печеночных дольках.

Для уменьшения негативных последствий «синдрома отмены», в

Репозиторий ГрГМУ

группе больных (58 человек) с желчнокаменной болезнью, осложнившейся внепеченочным холестазом (холедохолитиаз - у 25 (43,1%); у 21 (36,2%) он сочетался со стенозом большого дуоденального сосочка (БДС); изолированный стеноз БДС - у 3 (5,2%) больных; холангит - у 27 (48,3%) больных; стриктура дистального отдела холедоха - у 2 (3,4%) больных; перихоледохеальный лимфаденит - у 1 (1,7%) больного), на фоне традиционного лечения проводилась дозированная декомпрессия желчных ходов (давление в холедохе 140-180мм водного столба) совместно с введением в желчные пути лекарственной смеси в виде раствора диклофенака-натрия 3 мл (ампулированного фармокопейного препарата «Диклофенак») и новокаина 0,25%-50мл (общим количеством 53мл) в течение 7 дней.

На фоне проводимой билиогепатоперфузии в более короткие сроки (на 3-5 сутки) восстанавливается холерез и суточное количество экскретируемой желчи достигает 800,0-1000,0мл. У пациентов контрольной группы в эти же сроки наблюдения выделилась застойная желчь в количестве, не превышающем 300,0-500,0мл в сутки. После наложения холецистостомы в течение первых 5-7дней выделялась густая, концентрированная желчь с хлопьями фибрина, не пригодная для приема ее внутрь. У пациентов, которым проводилась эндобилиарная медикаментозная терапия с включением в нее диклофенака-натрия, физико-химические свойства желчи восстановились в первые 2-3 дня, что давало возможность ее раннего энтерального использования. Нормализовались основные биохимические показатели крови, что свидетельствовало о купировании острой печеночной недостаточности.

Применяя метод контролируемой дозированной декомпрессии в сочетании с холангиоперфузией диклофенака-натрия удалось сократить сроки подготовки ко второму этапу операции и тем самым уменьшить желчепотерю с 10-17суток в контрольной группе до 7-9суток

Репозиторий ГрГМУ

в основной группе больных.

Данный метод лечения способствовал коррекции метаболического дисбаланса и значительному уменьшению проявлений печеночной недостаточности.

СОСТОЯНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И УРОВЕНЬ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Архипова Н.Н., Пашко А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – ассистент Т.В.Мацюк

При хронических воспалительных заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в патологический процесс часто вовлекаются сопряженные органы, в первую очередь поджелудочная железа [1]. Экспериментально показано, что одним из механизмов повреждения слизистой оболочки при воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта является гиперпродукция оксида азота (NO) в результате активации индуцибельной NO-синтазы, индуцирующая апоптотическую гибель клеток слизистой [2]. В последние годы рядом исследователей отмечена важная роль NO в регуляции экзокринной функции поджелудочной железы [3].

Цель настоящего исследования - выявить взаимосвязь между состоянием поджелудочной железы и уровнем активных метаболитов оксида азота у детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП).

Обследовано 65 детей с хроническими воспалительными заболеваниями желудка и ДПК в фазе обострения, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении детской областной клинической больницы г. Гродно. Возраст пациентов составил 7 - 15 лет. Состояние ПЖ у обследованных детей оценивали

Репозиторий ГрГМУ

на основании жалоб, анамнестических и объективных данных, результатов УЗИ органов брюшной полости, всем больным определяли уровень α-амилазы в крови и моче (метод Каравея). Количество активных метаболитов NO (нитритов и нитратов) в плазме крови обследованных детей оценивали с помощью реактива Грисса [Schulz K. et al., 1999].

В зависимости от наличия признаков поражения ПЖ все больные были разделены на две группы. I группа (60% больных) - дети без признаков вовлечения в патологический процесс ПЖ, II группа (40%) - дети с вовлечением в патологический процесс ПЖ. В I группе уровень амилазы крови составил 23,1±1,0 г/ч.л, во II группе - 28,1±2,1 г/ч.л ($p<0,05$). Определен уровень активных метаболитов NO в группах обследованных детей. Анализ полученных данных показал, что при сопутствующем вовлечении в патологический процесс ПЖ уровень нитратов и нитритов в плазме крови был достоверно выше, чем у больных без признаков ее поражения - 65,9±5,2 мкмоль/л и 53,0±3,2 мкмоль/л соответственно ($p<0,05$). Выявлена положительная корреляционная зависимость между концентрацией NO_x в плазме крови и сопутствующим поражением ПЖ у обследованных детей ($r= 0,26$, $p<0,05$), а также между NO_x и амилазой крови, как маркером функционального напряжения поджелудочной железы ($r= 0,35$, $p< 0,05$).

Таким образом, анализ полученных данных выявил сопутствующее вовлечение в патологический процесс поджелудочной железы у 40% больных с хроническими воспалительными заболеваниями желудка и ДПК, что объясняется их тесной анатомо-функциональной связью. Установлена взаимосвязь между уровнем амилазы крови и концентрацией активных метаболитов оксида азота у детей этой группы, что свидетельствует о роли оксида азота в развитии патологического процесса в поджелудочной железе. Полученные данные необходимо учитывать в реабилитации больных с

Репозиторий ГрГМУ

воспалительными заболеваниями желудка и ДПК.

Литература:

1. Мазурин А.В., Цветкова Л.Н. и др. // Педиатрия. - 2000. - № 5. - С. 19 - 21.
2. Поленов С.А. // РЖГГК. - 1998. - №1. - С.53-60.
3. Vaquero E., Molero X., Puig-Divi V., Malagelada J-R.// Gut. - 1998. - 43 - P. 684-691.

ВЛИЯНИЕ НИТРОСОРБИДА И ПИРИДОКСАЛЬФОСФАТА НА ПОКАЗАТЕЛИ КТФК У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Аршанинов К.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.А. Добродей

В патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС) помимо нарушения коронарного кровотока и развития ишемии миокарда важное значение имеет и изменение кислород-транспортной функции крови (КТФК) (М.А. Добродей, 1988, А.П. Голиков и соавт., 1989г.). Так, при повышении сродства гемоглобина к кислороду уменьшается доставка кислорода к органам и тканям, в том числе и к миокарду, что может усугубить гипоксию. Однако при лечении больных ИБС практически не учитываются показатели КТФК.

Ранее нами было показано, что лечение нитросорбидом не полностью компенсирует кислородную недостаточность у больных ИБС, т.к. приводит к повышению сродства гемоглобина к кислороду (P_{50} до лечения 28,04±0,83 мм.рт.ст., после лечения – 25,14±0,74) ($P<0,01$) (М.А. Лис, М.А. Добродей, 1989). Для улучшения терапевтической эффективности нитросорбида мы применили пиридоксальфосфат – метаболически активный препарат, повышающий переносимость миокарда к гипоксии (Н.В. Кузько, 1981).

Репозиторий ГрГМУ

Целью исследования явилось изучение влияния на КТФК комплексного лечения нитросорбидом и пиридоксальфосфатом больных стенокардией.

Обследовано 29 больных стабильной стенокардией напряжения II ФК в возрасте от 45 до 70 лет. В венозной крови на газоанализаторе ABL-330 «Radiometer» (Дания) определяли напряжение кислорода (PvO_2), напряжение углекислого газа, pH, содержание кислорода (CvO_2) и содержание оксигемоглобина (SvO_2), показатель сродства гемоглобина к кислороду – P_{50}. Помимо этого, неферментативным методом Dyce, Bessman (1973) в модификации И.Л. Виноградовой и соавт., 1976 г. находили 2,3 дифосфоглицериновую кислоту (2,3 ДФГ).

После лечения нитросорбидом (40 мг в сутки внутрь) в сочетании с пиридоксальфосфатом (50 мг в сутки в/мышечно) P_{50} увеличилось с 25,5±0,51 мм рт. ст. до 29,5±0,51 мм рт. ст., ($P<0,001$), что указывает на снижение сродства гемоглобина к кислороду. Помимо этого, увеличилось pH крови ($P<0,05$), SvO_2 ($P<0,05$), имелась тенденция к повышению PvO_2 и CvO_2. Снижение сродства гемоглобина к кислороду по-видимому было обусловлено изменением активности ферментов гликолиза (Э. Ньюсхолм, К. Старт, 1978), а также способностью пиридоксальфосфата увеличивать отдачу кислорода гемоглобином (G. Raloft, 1996), обеспечивая более высокую оксигенацию миокарда. Несмотря на то, что концентрация 2,3 ДФГ в эритроцитах после лечения не изменилась ($P>0,05$), известно, что пиридоксальфосфат вызывает освобождение 2,3 ДФГ из мембран клеток, что также способствует снижению сродства гемоглобина к кислороду. Наиболее выраженные изменения КТФК наблюдались у больных ИБС, протекавшей без факторов риска (гипертоническая болезнь, курение, гиперхолестеринемия), где значение P_{50} увеличивалось на 3,8 – 4,1 мм рт. ст. Положительное влияние сочетанного применения нитросорбида и пиридоксальфосфата подтверждалось и динамикой клинического

Репозиторий ГрГМУ

течения заболевания (уменьшилась частота и продолжительность боли за грудиной, одышка, увеличилась толерантность к физической нагрузке, уменьшилось количество таблеток нитроглицерина для купирования стенокардитической боли, нормализовалась электрокардиограмма).

Таким образом, лечение пиридоксальфосфатом в сочетании с нитросорбидом оказывает благоприятное влияние на КТФК у больных ИБС, нивелируя нежелательное действие нитросорбида – повышение сродства гемоглобина к кислороду.

Комплексное применение этих препаратов показано в лечении больных ИБС, особенно при низких значениях $P_{50.}$

КОНФОРМАЦИОННАЯ ПОДВИЖНОСТЬ ОСТОВА ПОЛИПЕПТИДНОЙ ЦЕПИ 116-125 ОСТАТКОВ АЛКОГОЛЬДЕГИДРОГЕНАЗ КЛАССОВ 1С И 3 ЧЕЛОВЕКА

Ачинович О.В., Бутвиловский А.В., Климович Н.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей химии

Научный руководитель - д.б.н., профессор Е.В. Барковский

В предварительно проведенных исследованиях нами установлены достоверные различия профилей ГЦ и ГЦ3-содержания в соответствующих пятым экзонам участкам мРНК, кодирующих алкогольдегидрогеназы (АДГ) классов 1С и 3 человека. Пристальное внимание к N-терминальной части данного участка (аминокислотные остатки 116-125) обусловлено ее высокой вариабельностью.

Цель исследования: определить конформационную подвижность остова полипептидной цепи 116-125 аминокислотных остатков последовательностей АДГ классов 1С и 3 человека.

Материалы и методы. Проанализированы аминокислотные последовательности алкогольдегидрогеназ классов 1С и 3 человека.

Репозиторий ГрГМУ

Выравнивание последовательностей проведено с помощью программы ClustalW [2]. Конформационная подвижность остова полипептидной цепи для остатков, занимающих 116-125 положения (нумерация по АДГ 1С), определена путем вычисления средней энтропии по методу Поройкова В.В. и соавт. [1]. Работа выполнена в рамках гранта БРФФИ №06М-060.

Результаты и обсуждение. Средняя энтропия в расчете на 116-й аминокислотный остаток последовательности АДГ 1С составила 5,74, АДГЗ - 4,96; 117-й - 6,81 и 5,40, соответственно; 118-й - 6,81 и 5.40; 119-й - 6.45 и 6,89; 120-й - 5,39 и 6.89; 121-й 6,45 и 7,95; 122-й-6.89 и 6,81; 123-й-6.81 и 6.81; 124-й 5.75 и 5,31; 125-й-5.75 и 5.39, соответственно.

Установлено, что замены аминокислот в положениях 116-118 последовательности АДГ 1С привели к росту средней энтропии, а, следовательно, увеличению гибкости остова основной цепи. Появление остатка лейцина в 116-м положении (в результате замены Вал → Лей) позволило дифференцировать доступ и ретенцию различных по размеру субстратов в активный центр АДГ (благодаря наличию его двух конформационных состояний). Важно, что занимающие 116-е и 117-е положения остатки участвуют в формировании входа в субстрат-связывающий пакет, часто сравниваемый с горлышком бутылки из-за его малого диаметра [3]. Большая подвижность данных остатков, по-видимому, обеспечивает его расширение, что способствует окислению больших по объему субстратов. Вместе с тем объем бокового радикала остатка Лей (0,1134 нм^3) больше такового остатка Вал (0,0863 hm^3), что привело бы к стерическим помехам его с С и D кольцами стероида. Однако данные помехи не возникают, поскольку в результате замен в 115-м (Арг → Асп) и 117-м положениях (Тре → Гли) происходит уменьшение объемов боковых радикалов взаимозаменяемых аминокислотных остатков. Так, объем бокового радикала остатка аспарагиновой кислоты (0,0584 hm^3)

Репозиторий ГрГМУ

меньше такового остатка аргинина (0,1257 hm^3), а остатка глицина (0,0051 hm^3) - такового треонина (0,0631 $нм^3$).

Таким образом, увеличение конформационной подвижности остова полипептидной цепи 116-118 аминокислотных остатков, сопряженное с уменьшением объема их боковых радикалов, привело к возникновению выраженной способности АДГ 1С окислять стероиды.

Литература:

1. Особенности распределения триплетов аминокислот в первичной структуре глобулярных белков в связи с их конформационными свойствами / В.В. Поройков. Н.Е.Есипова, В. Е. Туманян // Биофизика. - 1980. - Т. 25 (4). - С. 730-732.

2. Clustal W: improving the sensitivity of progressive multiple sequence alignment through sequence weighting, positions - specific gap penalties and weight matrix choice / J.D. Tompson. D.G. Higgins. T.J. Gibson//Nucl. Acids Res.. - 1994. -Vol. 22. -P. 4673-4680.

3. Three-dimensional structures of three human class I alcohol dehydrogenases / M.S. Niederhut [et al] //Protein Sci.-2001.-Vol. 10.-P. 697-706.

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Базан Е.М., Циунчик А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель - доцент Н.Д.Маслакова

Цели исследования: изучить отдаленные результаты после резекции поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите.

Актуальность проблемы: острый панкреатит занимает третье место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости - это около 12% поступивших в хирургические стационары. У 30-60% наблюдаются деструктивные формы острого панкреатита.

Репозиторий ГрГМУ

Поэтому результаты лечения и осложнений при лечении данной патологии имеют огромное значение.

Материалами работы послужили истории болезни поступивших больных с острым деструктивным панкреатитом и прооперированных по экстренным показаниям (панкеатэктомии или субтотальной резекции поджелудочной железы), истории болезни этих же больных, повторно поступивших в стационар.

Полученные результаты. За период с 2001 по 2007 год наблюдалось 8 случаев с острым деструктивным панкреатитом, при которых была проведена субтотальная резекция поджелудочной железы с дренированием забрюшинных клетчаточных пространств. Один случай - с летальным исходом. Количество койко-дней составило от 50 до 146, с летальным исходом - 9 дней. Повторно поступили на стационарное лечение четверо больных из ранее прооперированных. После консультации терапевта и эндокринолога больным был выставлен диагноз: сахарный диабет I типа у 4 больных. У двух из них уровень сахара в крови в течение суток колеблется в пределах 5.5-8.6 ммоль/л, у одного - 8.3-12.0 ммоль/л, у одного - 14.0-19.7 ммоль/л. Трое из них корригируют уровень сахара при помощи диеты, один использует инсулин (уровень сахара у него не превышает 7.0 ммоль/л).

Основными жалобами у больных при поступлении были: неинтенсивные боли в поясничной области, стул со склонностью к диарее.

Выводы. Из результатов проведенной работы следует, что является обоснованным выполнение у больных острым деструктивным панкреатитом панкеатэктомии или субтотальной резекции поджелудочной железы сразу же после выставления диагноза. Не следует ожидать 3-5 недель для четкого ограничения нежизнеспособных тканей, их отторжения и осумковывания для дальнейшего проведения панкреатонекрсеквестрэктомии. Следует

Репозиторий ГрГМУ

согласиться с тем, что при проведении панкеатэктомии или субтотальной резекции поджелудочной железы отдаленными результатами будут являться: синдромы мальабсорбции, мальдегестии, склонности к диарее, вторичный сахарный диабет. При проведении соответствующей заместительной терапии препаратами ферментов поджелудочной железы, соблюдении диеты проявления недостаточной экскреторной функции поджелудочной железы исчезают, больные чувствуют себя удовлетворительно. Чаще всего больные сами подбирают себе ту дозировку препарата, которая им подходит, и соблюдают определенную диету, исключая некоторые продукты. После консультации эндокринолога больные используют инсулин с учетом уровня глюкозы крови либо соблюдают диету с использованием пероральных противодиабетических препаратов. Тем самым компенсируют эндокринные нарушения.

ЛИЧНОСТНЫЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЧЕЛОВЕКУ БИЗНЕСА

Байжуменова Т.С., Капитурко А.Ю., Павлюковец А.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – ст. преподаватель О.Н.Рындова

В наше время особенно актуальной становится проблема правильной организации бизнеса с точки зрения психологии, а также определение качеств, необходимых бизнесмену для эффективного ведения своего дела. В своей работе мы определили понятие бизнеса, привели основные психологические проблемы предпринимательства, возникающие в конкретных социально-экономических условиях и определили изменения, возникающие на каждом последующем этапе развития бизнеса.

Мы обозначили такие психологические качества человека бизнеса как: активность, готовность действовать в условиях неопределённости;

Репозиторий ГрГМУ

неординарность мышления; маркетинговая ориентация и умение управлять людьми. Личностные и профессиональные требования к человеку бизнеса включают в себя: глубокие и широкие специальные познания и навыки в вопросах маркетинга, управления и права, бухгалтерского учёта, финансирования и налогообложения; готовность рисковать и брать на себя за это ответственность; высокие духовные и физические качества; дружелюбное отношение к людям; лидерство и харизматичность; организаторские способности; решительность, быстрота и точность; упорство и целеустремлённость.

Кроме этого, любой бизнесмен должен овладеть навыками профессионального поведения, следуя этикету делового человека, который включает: правила представления и знакомства; правила ведения деловых бесед; правила деловой переписки и телефонных переговоров; требования к внешнему облику, манерам, деловой одежде; требования к речи; знание делового протокола и т. п.

Большая часть рабочего времени предпринимателя приходится на проведение деловых переговоров и деловую переписку в отношении различных коммерческих сделок, поэтому важно точно обдумать, что говорить, прежде чем начать переговоры. Необходимо создать атмосферу, способствующую заключению сделок. Надо помнить, что легче вести переговоры, имея в голове или на бумаге различные варианты. Бывает, что переговоры заходят в тупик. В этом случае нужно рассмотреть проблему с другой стороны, но не упускать из виду свою цель. После переговоров целесообразно письменно подтвердить их содержание, например, оформить протокол или заключить договор. Независимо от того, были ли переговоры успешными или безрезультатными, их итоги должны быть обсуждены в фирме и проанализированы.

Переговоры могут базироваться на принципах полной искренности, честности, открытости, уважения к другой стороне, а могут основываться на принципах скрытости, попыток достижения своих

Репозиторий ГрГМУ

целей за счёт другой стороны, в том числе путём обмана. Такие переговоры приводят к конфликтным ситуациям, которые, как и варианты реагирования на них, рассматриваются в нашей работе.

Можно сделать вывод, что у человека бизнеса присутствуют такие качества и в таком сочетании, которых нет у представителей других профессий. Это достаточно уникальные сплавы установок, убеждений и антитюдов, способов восприятия и принятия решений, действий и навыков, которые формируются на определённых стадиях жизни в бизнесе, видоизменяются вместе с изменением и развитием самого бизнеса и постоянно переходят из одного качественного состояния в другое.

ВЛИЯНИЕ АМИНОЗОЛЕЙ НА АКТИВНОСТЬ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Байчук Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.б.н., доцент И.О.Леднёва

Хроническая алкогольная интоксикация сопровождается значительными нарушениями метаболизма в различных органах и тканях. Наиболее выражены метаболические нарушения в печени, и в значительной степени они определяются длительностью алкоголизации. В настоящее время для лечения и реабилитации больных алкоголизмом успешно применяются биологически активные соединения, которые являются естественными метаболитами организма человека. В частности, предпринимаются попытки использования аминокислот и их производных в качестве препаратов, снижающих токсичность этанола и нормализующих метаболические нарушения, вызванные его потреблением.

Целью данной работы явилось исследование активности щелочной фосфатазы (ЩФ) в печени крыс при хронической алкогольной

Репозиторий ГрГМУ

интоксикации (в течение 14 и 29 суток), а также исследовалась возможность коррекции выявленных изменений активности фермента различными аминозолями. ЩФ является ферментом клеточных мембран и служит достоверным индикатором функционального состояния клеток печени.

Эксперименты были выполнены на белых беспородных крысах-самцах массой 140-180 г. Животные находились на стандартном рационе вивария. Внутрижелудочно (в/ж) крысам вводили 25 %-ный раствор этанола в суммарной дозе 7 г/кг массы тела 2 раза в сутки (по 3,5 г/кг) с интервалом 12 часов в течение 14 и 29 суток. Контрольные животные получали в/ж равные по объему количества физиологического раствора. На фоне хронической алкогольной интоксикации (в течение 29 суток) экспериментальным крысам на 19-29 сутки вводили смеси аминокислот: «Тавамин» (валин, лейцин, изолейцин) в суммарной дозе 500 мг/кг; «Тривамин» (валин, лейцин, изолейцин, триптофан) - 600 мг/кг; «Талерин»- 125 мг/кг через 30 минут после иньекции этанола в/ж 2 раза в сутки. Обоснованием для применения аминокислот явились литературные данные о том, что при хронической алкогольной интоксикации использование диеты, обогащенной аминокислотами с разветвленной углеводородной цепью, частично предупреждает структурные и морфологические изменения в печени. Активность ЩФ определяли биотестом НТПК «Анализ Х» (г. Минск) по количеству освобожденного п-нитрофенола, количество общего белка – по методу Лоури.

Потребление крысами этанола в течение 14 суток не оказывало заметного влияния на активность ЩФ в печени (107 % по сравнению с контролем). Более длительное введение этанола опытной группе крыс сопровождалось достоверным повышением активности фермента на 32 %. Выявленные изменения активности ЩФ, вероятно, являются адаптивной реакцией, направленной на поддержание функциональной активности гепатоцитов. Дополнительное введение

Репозиторий ГрГМУ

экспериментальным крысам композиций аминокислот приводило к нормализации активности ЩФ. Наиболее эффективными оказались композиции «Тривамин» (активность ЩФ в экспериментальной группе составила 99 % по сравнению с контролем) и «Талерин» (101 % по сравнению с контролем). При введении «Тавамина» активность ЩФ составила 114 % по сравнению с контрольными значениями.

Полученные нами данные свидетельствуют о перспективности дальнейшего изучения аминозолей с целью коррекции метаболических процессов в печени при алкогольной интоксикации.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

Бакунов В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н.Д.Маслакова

В настоящее время стабильно высоким остаётся количество больных, поступающих в хирургический стационар с симптомами “острого живота”. Актуальной остаётся проблема поздней госпитализации больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) и подозрением на неё, вследствие чего возрастает риск возникновения перитонита. Эндогенная интоксикация вследствие нарушения барьерной функции кишечной стенки вначале компенсируется детоксикационной функцией печени. Но, по мере прогрессирования процесса, возникают явления перитонита, даже без явной деструкции стенки кишечника. По литературным данным, послеоперационная летальность при кишечной непроходимости колеблется от1,7% до 13%, а при осложнении её перитонитом доходит до 40%. На этом фоне профилактика и лечение гнойно-септических осложнений в процессе лечения больных с ОКН, осложнённой перитонитом, остаётся сложной.

За последние 5 лет в хирургическом отделении УЗ “Узловой

Репозиторий ГрГМУ

клинической больницы города Гродно” по поводу ОКН было произведено 80 хирургических операций. Объём и длительность хирургического вмешательства в каждом конкретном случае выбирались в зависимости от вида и причины, вызвавшей заболевание.

Возраст больных варьировал от 18 до 89 лет. Согласно этому, средний возраст – 57,35 лет. Мужчин было прооперировано 37, что составило 46,25%; женщин-43, (соответственно 53,75%).

Данные случаи острой кишечной непроходимости вызывались различными причинами. Наибольшую группу составила спаечная кишечная непроходимость (43 больных), что составило 53,75%. Опухоли были причиной заболевания в 23 случаях (28,75%). Заворот был выявлен у 5 человек (6,25%). Внутреннее ущемление присутствовало у 4 больных (5,0%). В 3 случаях (3,75%) причиной была инвагинация. Явления желчекаменной обтурации найдены у 2 человек (2,5%).

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

Были произведены следующие операционные вмешательства: висцеролиз 38(47,5%), резекция участка тонкой кишки 18(22,5%), резекция участка толстой кишки 16(20,0%), энтеростомия 9(11,25%), сигмостомия 5(6,25%). Релапаротомия произведена у 22 больных (27,5%).

В приведённых случаях течение острой кишечной непроходимости осложнялось перитонитом в 13 случаях, что составило 16,25% от всех случаев. Из них перитонит присутствовал у 9 мужчин (69,23%) и у 4 женщин (30,77%). Возраст в данной группе варьировал от 37 до 89 лет,

Репозиторий ГрГМУ

причём в возрастной группе 37-47 лет было 6 случаев (46,15%). В возрастную группу 77-89 лет попало 2 человека, оба из которых – женщины.

Литература:

1.Патогенетические механизмы развития перитонита при острой тонкокишечной непроходимости. В.Е.Милюков, М.Р.Сапин.- Хирургия. 7,2005. С.40-45

2.Декабрьские чтения по неотложной хирургии.Т.5.Острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза.2000.-328с.

3.Koperna T.H., Schulz F. Prognosis and treatment of peritonitis//Arch. Surg.-1996.P.180-185.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЕЧЕНИЯ АДЕНОГЕННОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Балахонцева И.Ю.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ю.Е.Демидчик

Цель работы заключалась в выявлении прогностической роли ряда клинико-морфологических факторов у больных аденокарциномой шейки матки (АШМ). Материалом послужили результаты наблюдения за 40 больными, подвергнутыми специальному лечению в Минском городском онкодиспансере за период с 2000 по 2006 гг.. Статистическая оценка полученных данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS 12.0.

Установлено, что АШМ характеризуется преимущественно инфильтративным ростом (46,1%), частым бессимптомным течением (12,5%), распространением на эндометрий (33,3%), инфильтрацией параметральной клетчатки (62,5%), метастазированием в яичники (10%), легкие (12,5%) и печень (7,5%). Общая 5-летняя выживаемость в изучаемой выборке составила 57,5%. Переход опухоли на

Репозиторий ГрГМУ

параметральную клетчатку существенно ухудшает прогноз, особенно при двустороннем характере поражения. Неблагоприятный прогноз (по критерию 5-летней выживаемости) отмечается в случаях распространения опухоли на шейку матки (34,4%) и влагалище (35,1%). У больных с локализацией опухоли только в цервикальном канале этот показатель составил 100%. Показано, что у неоперируемых больных АШМ продолжительность жизни достоверно ниже, чем в тех случаях, когда проводилось комбинированное лечение.

Во всех потенциально операбельных случаях предпочтительным вариантом лечения следует считать комбинированное лечение.

Литература:

1.Факторы прогноза в онкологии. Пер с англ. A. Fyles and P. Kirkbridge, 2000.-стр 218-225

2. Cervical Cancer: Prevention, Diagnosis, and Therapeutics Mike F. Janicek, MD and Hervy E. Averette, MD // CA Cancer J Clin 2001; 51:92-114

3.D. Max Parkin, MD, Freddie Bray, J. Ferlay and Paola Pisani, PhD Global Cancer Statistics, 2002 /CA Cancer J Clin 2005; 55:74-108/

4.Поляков С.М. Злокачественные новообразования в Беларуси 1995-2004 ,2005. – 179 с.

СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕИЯ ГИСТАМИНЕРГИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ ЯДРА Е2 ГИПОТАЛАМУСА КРЫС ПРИ 20-СУТОЧНОМ ПОДПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ УРСОФАЛЬКОМ

Барабан О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Цель исследования: установить изменения размеров и формы, а также активности ферментов в гистаминергических нейронах ядра Е2 гипоталамуса крысы на 20 сутки холестаза и влияние на них

Репозиторий ГрГМУ

урсофалька.

Исследование проведено на 21 крысах самцах породы Вистар, массой 250 ± 50 г. Моделирование холестаза у опытных животных осуществляли путем перевязки общего желчного протока. Для изучения возможной коррекции состояния, вызванного холестазом части опытных крыс ежедневно, в течение двадцати суток вводили урсофальк (урсодезоксихолиевую кислоту) вместе с пищей в концентрации 10 - 15 мг/кг веса животного. Животным контрольной группы проводили ложную операцию (лапаротомия без перевязки общего желчного протока). Крыс забивали декапитацией через 20 суток после начала эксперимента. Кусочки гипоталамуса замораживали в жидком азоте. Серийные фронтальные криостатные срезы, толщиной 20 мкм, проходящие через ядро Е2 гипоталамуса, окрашивали по Нисслю и обрабатывали на выявление активности моноаминооксидазы типа Б (МАО Б), сукцинатдегидрогеназы (СДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), НАДН-дегидрогеназы (НАДН-ДГ) и НАДФН-дегидрогеназы (НАДФН-ДГ), глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы (Г-6-Ф-ДГ) и кислой фосфатазы (КФ). Морфометрические показатели (максимальный и минимальный диаметры, площадь, периметр, объем, форм-фактор и фактор элонгации) и оптическую плотность цитоплазмы гистминергических нейронов ядра Е2 гипоталамуса оценивали при помощи компьютерного анализатора изображения «Bioscan NT» 2.0. Полученные цифровые данные обрабатывали статистически с помощью программы Statistica 6.0 для Windows.

Результаты исследований показали, что в течение 20 суток холестаз приводит к статистически достоверному увеличению максимального диаметра и периметра гистаминергических нейронов гипоталамуса (на 5,96% и 3,29% соответственно). Наблюдается нарушение активности изученных ферментов в цитоплазме этих нейронов: активность МАО Б и СДГ статистически достоверно снижена (на 15,4% и 13,5% соответственно), а активность остальных ферментов

Репозиторий ГрГМУ

повышена (Г-6-Ф-ДГ – на 8,9%, НАДФН-ДГ – на 9,4%, НАДН-ДГ – на 7,9%, КФ – на 20,2%).

Введение урсофалька частично предупреждает нарушения размеров и формы, а также активности ферментов гистаминергических нейронов, вызываемые холестазом. При этом активность МАО Б и СДГ несколько увеличилась, по сравнению с опытной группой без урсофалька, но осталась ниже относительно контрольных животных; значение активности Г-6-Ф-ДГ, НАДФН-ДГ, НАДН-ДГ и КФ наоборот снизилось по сравнению с нелеченными животными.

Таким образом, 20-суточный холестаз приводит к изменению размеров и формы гистаминергических нейронов ядра Е2 гипоталамуса, а также изменения разнонаправленной активности ряда ключевых ферментов в их цитоплазме, отражающих приспособительные изменения метаболизма этих нейронах. Введение урсофалька предупреждает развитие выраженных структурно-метаболических нарушений в гистаминергических нейронах при подпеченочном холестазе.

МАНИПУЛЯТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕКЛАМЫ

Батырева О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – профессор Л.И. Лукьянова

Сегодня огромное влияние на формирование массового сознания оказывает реклама. Специфика рекламы, как и мифа, заключается в том, что там осуществляется тождество идеи и вещи.

Реклама способна произвести неолитическую революцию и создать субстрат современной цивилизации.

Стремление рекламы к превращению в миф тесно связано с ее глобальной задачей – созданием потребностей. В этом ей помогают СМИ, которые действуют «не логикой тезиса и доказательств, но

Репозиторий ГрГМУ

логикой легенды и вовлеченности в нее. Мы в нее не верим, и, однако, она нам дорога»[1, с.137]. Реклама создает в общественном сознании идеальную и вполне мифологическую модель существования, к которой стоит стремиться.

Реклама рассчитана на восприятие, где слиты воедино рациональное осознание информации о товаре, эмоциональная реакция на него и немедленный посыл к действию. Как пишет У. Эко, «реклама не объясняет, почему надо вести себя так, а не этак, но всего лишь «выбрасывает флаг», совершая действия, на которое полагается отвечать одним-единственным способом» [2, с.202] - покупать.

В основе технологий манипуляций лежит совсем немного штампов и приемов, которые бесконечно обыгрываются и повторяются. К ним относятся:

- наведение психоза «нехватки времени» под лозунгом: «Спешите! Только сегодня действуют сумасшедшие скидки»;
- апелляция к прогрессу по принципу: «новый вкус», «новый дизайн», «новая упаковка» и т.п.;
- подмена понятий, когда, например, рекламируют зубную пасту с прополисом, демонстрируя соты и мед, которых, впрочем, нет среди ингредиентов пасты;
- комплекс превосходства по принципу: «Верный секрет женских побед», «Вы неотразимы» и т.п.;
- «бесплатный сыр из мышеловки», когда внимание потребителя акцентируют на возможности получить «бесплатно», «в подарок» какую-либо вещь, подсовывая предметы, не пользующиеся спросом и заставляя потребителя оплатить дополнительную вещь;
- авторитет науки, когда прибегают к слоганам: «Эксперты рекомендуют», «Доказано клиническими испытаниями» и т. п.;
- наведение ужаса, когда потребителю внушают: «Вы ведь не хотите заболеть? Тогда купите витамины», «Шок это по-нашему» и т. п.

Репозиторий ГрГМУ

Перечисленные здесь и другие приемы являются идейным каркасом манипулятивных технологий рекламы. Скелет со временем обрастает шаблонными образами: красотками, «продвинутой молодежью», предупредительным доктором, доброй бабушкой, мачо, веселыми детишками и т.п. Скрытая таким образом информация незаметно попадает в подсознание, минуя психологические барьеры, оказывая разрушающее влияние на психику людей.

По прогнозам ученых, деструктивные манипуляции человеком, общественным мнением и массовым сознанием могут, наряду с национальными конфликтами, экологическими катастрофами и демографическими бедствиями, превратиться в глобальную мировую проблему XXI века [3, с.12].

Литература:

1. Бодрийяр Ж. Система вещей. М., 1955.

2. Эко У. Отсутствующая структура. Введение в семиологию. СПб, 1998.

3. Герасимов В.М. Исследование общественного мнения с позиции акмеологии и политической психологии. М., 1994.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ И ПРОГРАММА ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ МОЛОДЁЖИ

Бегер Т.А., Кикичев А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.М. Ивашин

Сила государства во многом зависит от духовно-нравственного потенциала общества.

Сложность, новизна, масштабность задач современного этапа формирования государственности Беларуси предъявляют все более высокие требования к воспитанию молодежи.

Что же значит воспитать гражданина? Это значит подготовить

Репозиторий ГрГМУ

человека к участию в решении текущих и перспективных задач нашего государства, участию в сознательной и активной деятельности.

Задача государства – помочь молодым людям, содействовать формированию у них таких качеств, как гражданственность и патриотизм, трудолюбие, сознательность, гуманизм.

Президент Республики Беларусь А.Г. Лукашенко всегда поддерживает молодежь, создал специальный фонд по социальной поддержке одаренных учащихся и студентов.

С 1996/1997 учебного года учреждаются стипендии президента Республики Беларусь для студентов ВУЗов, выдаются премии победителям олимпиад. Ежегодно растет число награжденных по разным номинациям.

Поощрение и поддержка со стороны государства оказывают благоприятное действие на молодежь, подталкивают граждан к активной деятельности.

За последнее пятилетие в нашей республике сформировалась определенная система в организации и проведении молодежных праздников и фестивалей. Обеспечиваются условия для развития способностей одаренных детей и через развитие системы внешкольного образования.

Еще одно из важных направлений государственной молодежной политики – развитие системы учреждений по организации работы с детьми, подростками и молодежью по месту жительства, создание условий для их эффективного функционирования и т.д.

Все это способствовало формированию нравственно-правовой культуры, предупреждению правонарушений среди молодежи, развитию массового спорта среди молодежи.

14 апреля 2004 г. А.Г. Лукашенко в ежегодном выступлении перед народом подчеркнул мысль о том, что идеология должна пронизывать все сферы жизнедеятельности общества, внедряться в сознание подрастающего поколения, руководить поступками граждан.

Репозиторий ГрГМУ

Департамент по делам молодежи Министерства образования, структуры по работе с молодежью местных исполнительных и распорядительных органов совместно с молодежными и детскими общественными объединениями проводят работу по увековечиванию памяти погибших, приведению в надлежащее состояние мемориальных комплексов, памятников и обелисков погибшим в годы Великой Отечественной войны, а также братских могил, отдельных захоронений воинов, партизан и подпольщиков.

Поддержаны инициативы и работа государственных структур и молодежных общественных объединений по созданию центров подготовки допризывной молодежи, военно-патриотических клубов.

Таким образом, молодежь – основной ресурс развития страны.

Понимание того, что молодежь – не только потенциальный потребитель результатов социально-экономических реформ, но и непосредственный их участник, и в какой-то мере их продукт, способствуют дальнейшему развитию общества. Именно поэтому, несмотря на сложность социально-экономической ситуации, государственная политика в Беларуси ориентирована на создание подрастающему поколению необходимых условий для наиболее полной реализации трудового, творческого и интеллектуального потенциала.

СТРУКТУРНО – МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИСТАМИНЕРГИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ МОЗГА КРЫСЫ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ДОЗЫ ЭТАНОЛА

Бегер Т.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – д.б.н., профессор С.М.Зиматкин

Известно, что большие дозы алкоголя оказывают наркотическое, гипнотическое действие на животных, а гистаминергическая система

Репозиторий ГрГМУ

мозга участвует в регуляции процессов сна и бодрствования. Поэтому целью настоящего исследования явилось выяснение влияния гипнотической дозы алкоголя на морфо – функциональное состояние гистаминергических нейронов ядра Е2 гипоталамуса – самого крупного скопления нейронов мозга, использующих гистамин в качестве нейромедиатора.

Исследования проведены на 15 белых крысах – самцах линии Вистар, массой 180 – 220 г. Опытным животным однократно внутрибрюшинно вводили 15% раствор этанола в дозе 3,5 г/кг. Контрольным животным вводили эквиобъёмное количество 0,9% раствора NaCl. Через 1 час их забивали декапитацией. Быстро вскрывали черепную коробку, извлекали головной мозг и выделяли из него гипоталамус, который замораживали путём погружения в жидкий азот. Криостатные срезы толщиной 20 μ окрашивали 0,1 % раствором толуидинового синего по Нисслю (для оценки размеров и формы перикарионов нейронов), а также гистохимически на выявление активности ферментов в цитоплазме перикарионов гистаминергических нейронов ядра Е2 гипоталамуса крыс. Выявляли активность дегидрогеназ сукцината, лактата, глюкозо-6-фосфата, восстановленных НАД и НАДФ, а также кислой фосфатазы и ключевого фермента метаболизма гистамина в мозге моноаминооксидазы типа Б (МАО Б). Полученные гистохимические препараты изучали и фотографировали с помощью микроскопа «Axioskop 2 plus» и цифровой видеокамеры высокого разрешения «AxioCam MRc 5» (Carl Zeiss, Германия). Количественную оценку изучаемых показателей производили с помощью Компьютерного анализатора изображения «Биоскан» (Беларусь). Полученные цифровые данные обрабатывали методами непараметрической статистики с использованием компьютерной программы « Statistica 6.0».

Результаты исследования показали, что через 1 час после введения алкоголя, когда все животные находились в состоянии

Репозиторий ГрГМУ

глубокого алкогольного сна, перикарионы гистаминергических нейронов несколько увеличились в размерах и стали более округлыми. Это подтверждается достоверным увеличением форм – фактора и снижением фактора элонгации перикарионов этих нейронов, по сравнению с контролем. При этом в цитоплазме нейронов усиливаются процессы окислительного дезаминирования гистамина, т.к. в перикарионах гистаминергических нейронов повышается активность МАО Б. В ней увеличивается активность лактатдегидрогеназы (фермента поздних этапов гликолиза, протекающего в анаэробных условиях). Наблюдаются признаки повреждения нейронов и усиления процессов аутофагии, о чём свидетельствует активация ключевого фермента лизосом - кислой фосфатазы, в этих нейронах ослабевают внемитохондриальные энергетические процессы – снижается активность НАДФ ДГ. При этом активность НАДН ДГ и СДГ в цитоплазме гистаминергических нейронов статистически достоверно не изменяется.

На основании этих данных можно полагать, что этанол оказывает на гистаминергические нейроны повреждающее действие. В то же время этанол, вероятно, их активирует, ускоряет в них кругооборот гистамина. Выявленные изменения могут быть связаны с механизмами гипнотического действия алкоголя.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Бедин П.Г., Заруба А.В., Якимович Д.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

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

Введение: одним из условий, составляющих успех операции, является адекватная анестезия. В доступной нам литературе

Репозиторий ГрГМУ

приводятся описания внутримышечной, внутривенной и даже спинномозговой анестезий, являющихся технически сложными, требующими значительных затрат времени и использования медикаментов строгой отчетности, что значительно ограничивает применение предлагаемых методик.

Цель работы: создание доступной и надежной методики анестезии в экспериментальной хирургии.

Материалы и методы: в качестве лабораторных животных нами использовались 5 – 6- месячные самки белых крыс линии «Wyster» массой 140 – 160г в условиях вивария Гродненского государственного медицинского университета. Для анестезии избрали эфирный наркоз. В стеклянную емкость объемом 3л вводилось 3мл эфира, куда помещалась крыса. Сверху емкость закрывалась стеклянной крышкой. Экспозиция нахождения крысы - 5 минут, после чего животное извлекалось, помещалось на операционный стол и фиксировалось. На голову крысы надевался свободный конец кондома, а дистальная часть его отрезалась и фиксировалась к горлышку стеклянной емкости объемом 400мл, куда предварительно вводился 1мл эфира.

Результаты и обсуждение: как наиболее рациональный, нами был избран принцип подачи наркозного вещества по закрытому контуру, учитывая чрезвычайно высокую летучесть эфира. Это позволяет минимизировать затраты эфира, его потери, а, следовательно, и его неблагоприятное влияние на организм экспериментатора, которое при другом способе подачи эфира будет неизбежным. Критериями нахождения крысы в наркозе мы считали отсутствие реакции на прикосновение, болевой раздражитель, отрицательный рефлекс, усугубление и участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

Использование кондома в качестве маски позволяет также контролировать наличие дыхания.

Нахождение животного в 3-литровой емкости в течение 5 минут обусловлено тем, что эфирный наркоз протекает через ряд стадий,

Репозиторий ГрГМУ

которые мы и наблюдали.

Общая продолжительность наркоза – до 30 минут, что было достаточно для выполнения поставленной задачи.

Затраты эфира на 1 животное составили 4 мл. В известных нам источниках не нашли количественных нормативов при расходовании эфира в эксперименте на лабораторных крысах.

Ограничением данной методики анестезии является невозможность использования ее при проведении операций в области головы.

Было проведено 50 операций, из них 48 завершились успешно, 2 крысы погибли. Целью 32 операций было моделирование полнослойного кожного дефекта, 18 – лапаротомия с последующим моделированием послеоперационных вентральных грыж передней брюшной стенки. Погибшие крысы входили в последнюю группу, причем до операции вели себя агрессивно. Работа на шокогенной зоне и предшествовавший стресс, по-видимому, привели к неблагоприятному результату. В таких случаях целесообразным является дополнительное использование 0,25% раствора новокаина. В послеоперационном периоде ни одна крыса не погибла.

Выводы: использование эфирного наркоза по разработанной нами методике является простым, надежным, эффективным, удобным, быстрым, дешевым и безопасным методом в экспериментальной хирургии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ РАКЕ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Безмен И.А., Токунов В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – доцент В.А. Овчинников

Среди важнейших аспектов диагностики злокачественных

Репозиторий ГрГМУ

опухолей, в том числе рака гортани и гортаноглотки, является определение компонентов опухолевого роста: Т – распространение первичной опухоли; N – отсутствие или наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и степень их поражения; М – отсутствие или наличие отдаленных метастазов. Известно, что рентгеновская компьютерная томография в силу высокой чувствительности к изменениям плотности исследуемых структур, устранения суммационного характера изображений, является ценным диагностическим методом при изучении сложных в анатомическом строении областей. Однако ее роль для диагностики распространения первичных опухолей гортани и глотки нуждается в уточнении [1].

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

Материал и методы исследования. Выполнен анализ результатов диагностических исследований у 52 больных раком гортани и гортаноглотки. Все пациенты мужчины. Во всех случаях морфологически верифицирован плоскоклеточный рак. У 31 больного выявлен рак гортани, у 20 – гортаноглотки. Метастазы в шейные лимфатические узлы диагностированы у 26 больных (50%). Преобладала распространенность опухоли Т3 и Т4 – 63,2%. Всем больным выполнены ларингоскопия, рентгеновская компьютерная томография (КТ), ультразвуковое исследование шеи. КТ выполнялась в соответствии с общепринятой методикой, без искусственного контрастирования [2].

Результаты и обсуждение.

Установлена инфильтрация (не выявленная при ларингоскопии) опухоли в окружающие структуры при помощи КТ у 23 пациентов (44,2%). В том числе неопластическое поражение хрящей гортани в 5,8%. Поражение хрящей гортани повышает стадию опухоли (Т4). Распространение опухоли на хрящи гортани ухудшает результаты

Репозиторий ГрГМУ

лучевого лечения и связано с повышением риска лучевого некроза. Опухолевая инвазия хрящей исключает также возможность органосохраняющих операций.

Инвазия в преднадгортанниковое пространство установлена в 7,6% КТ исследований. Выявление этого обстоятельства имеет существенное значение для определения тактики лечения, поскольку в этих случаях органосохраняющие операции не могут быть применены и экстирпация гортани становится неизбежной. Инвазия опухоли в преднадгортанниковое пространство повышает распространенность рака гортани до Т3.В 30,8% наблюдений КТ позволила точно измерить и выразить размеры опухоли в единицах длины (мм; см), тогда как при ларингоскопии такая точность не была доступна. Величина опухоли в единицах длины установлена в качестве критерия классификации компонента Т при стадировании рака гортаноглотки.

Таким образом, КТ позволяет уточнить распространенность первичной опухоли гортани и гортаноглотки, что нужно для определения тактики специального лечения.

Литература:

1. Миразизов К. Д., Палванов Б.Б., Хасанов У.С. Компьютерная томография в диагностике заболеваний гортани // Вестник оториноларингологии. – 2003. – № 2. – С. 36 – 37.

2. Сперанская А.А., Черемисин В.М. Компьютерно-томографическая диагностика новообразований глотки, челюстно-лицевой области и гортани. – СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2006.– 118 с.

КАВИНТОН В ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИИ

Безмен И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, стоматологии и офтальмологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.Н. Ильина

Удельный вес дистрофических процессов оболочек и сред глазного

Репозиторий ГрГМУ

яблока в условиях удлиняющейся продолжительности жизни, продолжает увеличиваться. Макулодистрофии (МД) являются лидирующими причинами слепоты и слабовидения. Эффективность поиска средств и методов хирургического лечения возрастной макулодистрофии (ВМД) зависит от результатов изучения как клинико-офтальмологических проявлений заболевания, так и лежащих в их основе патофизиологических процессов.

Цель. Изучить состояние кислородтранспортной функции крови (КТФ) у больных ВМД до и после лечения кавинтоном.

Материалы и методы. Обследовано 67 больных с ВМД, которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли некурящие больные с неэкссудативной формой макулодистрофии(37 человек, 69 глаз). Вторую группу составили курящие больные (30 человек, 57 глаз). Наряду с традиционным лечением:(ванночковый электрофорез никотиновой и аскорбиновой кислот по методике Т.В. Шлопак, внутривенное введение глюкозы и аскорбиновой кислоты, внутримышечное введение витаминов В6 и В12, тканевых препаратов компламина и теоникола), все пациенты получали кавинтон, который использовали внутривенно капельно по 40 мг. на 500 мл. физиологического раствора. Вливания проводились один раз в сутки в течение 10 дней. У больных оценивались острота зрения, периферическое зрение, адаптация глаза к темноте, цветоощущение, изменение глазного дна. До и после лечения у всех пациентов определялись основные параметры КТФ венозной крови и показатели ее кислотно-щелочного равновесия.

Результаты исследования.

В результате проведенного лечения кавинтоном в сочетании с традиционной терапией у некурящих больных МД наблюдали наряду со снижением концентрации Hb с 157,7$\pm$ 2,4г\л до 140$\pm$1,56 г\л (P<0,001), MetHb с 1,31$\pm$0,33% до 0,67$\pm$0,2 %(P <0,05), и повышение pvO2 с 30,0$\pm$ 1,0мм.рт.ст. до 36,08$\pm$ 1,1 мм.рт.ст.до лечения и после лечения

Репозиторий ГрГМУ

соответственно (Р <0,05).

Аналогичные статистически достоверные изменения наблюдались и со стороны других параметров КТФ крови. CvO2 увеличилось с 9,11±0,63% об% до 11,5±0,9 об% (Р <0,05) и повышение, SvO2 с 41,9±3,1% до 54,5±3,9%, а р50 станд. возросло с 27,4±0,21 мм.рт.ст. до 29,05±0,3 мм.рт.ст., способствуя более полной диоксигенации крови в тканях. Изменились и острота зрения, и функциональные параметры органа зрения (с 0,35±0,014 до 0,59±0,004; Р <0,001), расширилось поле зрения (с 392 ±20 до 495±10; Р <0,001), уменьшилось время адаптации глаза к темноте на 15,0±0,04%; Р <0,05. У курящих больных отсутствовали аналогичные изменения показателей КТФ крови в процессе лечения, в том числе и не реализовался адаптивный сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина вправо.

Выводы:

1.Применение кавинтона у больных ВМД улучшает традиционную терапию данного заболевания путем снижения сродства гемоглобина к кислороду и улучшения диффузии кислорода в ткани.

2.Курение при МД препятствует полноценному сдвигу кривой диссоциации оксигемоглобина вправо, что ухудшает процессы отдачи кислорода в тканях и снижает эффективность лечения.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Безмен И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., профессор К.Н. Жандаров

Основной проблемой лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) является ранняя и объективная оценка площади поражения самой поджелудочной железы (ПЖЖ) и прилежащей к ней клетчатки. Определение оптимального варианта и сроков лечения этих больных

Репозиторий ГрГМУ

является весьма актуальной проблемой.

Цель. Выработать четкие критерии оценки площади поражения, улучшить результаты лечения больных ОДП на основании тапографо - анатомической схемы поражения ПЖЖ и забрюшинной клетчатки (ЗК). Исходя из объема поражения сформулировать прогноз течения заболевания.

Материалы и методы. На протяжении 2005-2006 гг. в хирургической клинике ГОКБ г. Гродно находился на лечении 51 больной ОДП. Диагностика заболевания была основана на клинических проявлениях, результатах ультразвукового обследования (УЗИ) и магниторезонансной томографии (МРТ), а также методах интраоперационной диагностики и аутопсии.

Оценивая распространенность поражения ЗК при МРТ использовали следующую схему: забрюшинное пространство (ЗП) условно делили на IV анатомические области. I – область ограничена ПЖЖ, парапанкреатической клетчаткой, полостью большого сальника, II – область, когда патологический процесс охватывает ЗК вплоть до диафрагмы слева, III – область, когда в патологический процесс вовлекается забрюшинная клетчатка по левому боковому каналу с паранефральной клетчаткой слева, IV - поражается область ЗП справа по боковому каналу с вовлечением в патологический процесс паранефральной клетчатки.

Результаты. Дренирование и удаление секвестров осуществляли в максимально поздние сроки при полном отторжении некротизированных тканей. Во избежание развития аррозивного кровотечения нельзя запаздывать с оперативным лечением, т.к. развиваются эрозивно-язвенные процессы желудочно-кишечного тракта с профузными кровотечениями (7), дистрофия миокарда (5), ди-стресс синдром (15), что нередко приводит к летальному исходу.

Выводы:

1.Улучшение результатов лечения больных с ОДП достигается

Репозиторий ГрГМУ

ранней госпитализацией, своевременной диагностикой и началом лечебных мероприятий.

2. Консервативная терапия показана при стерильном панкреонекрозе. При распространенности процесса поражения забрюшинной клетчатки на площади более 3 областей и явлениях перитонита целесообразно выполнение лапароскопических и пункционно-дренажных вмешательств под ультразвуковым контролем. При этом дренирование полостных образований и забрюшинной клетчатки без признаков инфицирования должно сводиться к минимуму, т.к. эти дренажные операции неизбежно приводят к инфицированию дренируемых образований.

3. Прогноз заболевания при поражении 2 областей при ОДП относительно благоприятный, при большем распространении процесса – неблагоприятный, ввиду резко возрастающей токсемии и высокой степенью вероятности гнойно-некротических изменений в забрюшинной клетчатке.

4. Инфицированный ОДП, подтвержденный клинико-томографическими и пункционными исследованиями, является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

ПОРАЖЕНИЕ ТИМУСА КАК КЛЮЧЕВОЕ ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Беловешкин А.Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.И.Герасимович

Цель работы – показать патогенетическую роль поражения тимического эпителия в возникновении, развитии, исходе врожденной вирусной инфекции, разработать способ оценки состояния системы иммунитета путем морфометрического анализа тимуса. Особо выделена врожденная цитомегаловирусная инфекция (вЦМВИ).

Репозиторий ГрГМУ

В процессе исследования проводились морфометрические исследования всех структурных компонентов тимуса, реакция иммунофлуоресценции к антигенам ЦМВ и ВПГ-1,2. В результате исследования получены оригинальные данные, морфологически и иммуногистохимически подтверждена внутритимическая репликация вирусов, выявлены остаточные морфологические изменения тимического эпителия и стромы, являющиеся субстратом для возникающего стойкого иммунодефицита. Доказано, что вЦМВИ вызывает стойкие характерные изменения тимической стромы и эпителиального компонента (липоматоз тимуса, разрастание соединительной ткани, дисплазия тимуса, пролиферация ретикулоэпителия).

Изменения телец Гассаля включают уменьшение количество телец в дольке на 30-40%, дисплазию телец, псевдофолликулы в строме. В тимусе при вЦМВИ найдены маркеры вирусной репликации (поражаются преимущественно клетки телец Гассаля), включающие РИФ-определение вируса и микроскопическое обнаружение вирусных включений.

Основываясь на полученных данных, мы высказываем предположение о том, что в основе способности вируса вызывать повреждения тимуса лежит первичное поражение тимического эпителия, причем степень поражения максимальна при вЦМВИ.

Литература:

1. Беловешкин А.Г. Патоморфология телец Гассаля при первичных и вторичных иммунодефицитах. Вестник НАНБ. - 2005. - №5 - стр. 51-53.

2. Вартанян Р.В. Проблемы цитомегаловирусной инфекции \\ Природа. – 2003. – № 4.

3. Гусева Л.Н., Рогова Л.А., Егорова Н.Ю. Цитомегаловирусная инфекция: классификация и варианты течения \\ Детские инфекции. – 2003. – №1. – стр. 23-26

4. Герпесвирусная инфекция: Пособие для врачей. Под редакцией

Репозиторий ГрГМУ

Гранитова В.М. и Султанова Л.В. Барнаульский гос. мед. институт. Барнаул, 1996, с. 46-63

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Белоус П. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – ассистент В. П. Василевский

Критическая ишемия нижних конечностей - персистирующая рецbдивирующая ишемическая боль, требующая постоянного адекватного обезболивания длительностью более 2-х недель при снижении систолического давления в дистальной трети голени менее 50 мм.рт.ст. и/или систолического давления на пальцевых артериях ниже 30 мм.рт.ст. или наличия трофических язв или гангрены стопы или пальцев при таких же показателях систолического артериального давления [1]. Изучение способов диагностики и лечения критической ишемии нижних конечностей, а также их эффективности является важной и актуальной задачей в современной хирургической практике.

За последние 2 года в отделении хирургии сосудов клиники хирургических болезней №1 Гродненского государственного медицинского университета выполнены 201 реконструктивная и восстановительная операции по поводу окклюзии аорто-подвздошного (45) и бедрено-подколенно-берцового сегмента (147). 9 пациентам выполнены «многоэтажные» реконструкции магистрального сосудистого русла, 33 больным ранее уже было осуществлено ангиохирургическое лечение, т.е. операции носили повторный характер. Возраст больных составил от 42 до 79 лет. Обследование пациентов состояло из поэтажного определения пульсации магистральных артерий в местах общепринятых локализаций (в области пупартовых связок – бедренная артерия; подколенной области

Репозиторий ГрГМУ

– подколенная артерия; на тыле стопы и позади медиальной лодыжки – берцовая артерия стопы), компьютерной реовазографии, ультразвукового и доплерографического исследований. У большинства оперированных диагностический алгоритм включал помимо неинвазивных методик, традиционную контрастную (водорастворимый контраст «Omnipac») аорто-артериографию по Сельдингеру на ангиографическом комплексе Advantx LCA фирмы «General Electric». Обследование пациентов вышеуказанными методами позволило распределить больных по стадии хронической артериальной недостаточности согласно классификации Fontene-Покровского (1979г.). При исследовании у 123 пациентов клинические проявления ишемии и результаты обследования соответствуют III стадии, а у 78 больных – IV стадии.

Обследованным пациентам выполнена 121 реконструктивная операция, т.е. кровообращение восстанавливали по дополнительно созданным сосудистым образованиям (шунтирующие операции выполнены 99 больным, протезирование магистральных сосудов – 22 больным). У 71 пациента операциями выбора явились восстановительные хирургические вмешательства, к которым следует отнести эндартерэктомию или тромбэктомию. При многоэтажном поражении в 9 случаях проведена одновременная реконструкция аорто-подвздошного и бедрено-берцового сегментов. В послеоперационном периоде положительный клинический результат получен в 193 случаях, что составляет 96,0%. У 5 оперированных (2,5%) адекватная реваскуляризация конечностей не достигнута, и им, вследствие прогрессирования критической ишемии, выполнены ампутации. Общая послеоперационная летальность составила 1,5% - 3 пациента. У одного оперированного причиной смерти явилась полиорганная недостаточность вследствие прогрессирующей интоксикации, а в двух других случаях – острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Репозиторий ГрГМУ

Таким образом, для выбора наиболее эффективного и адекватного способа хирургического вмешательства при критической ишемии нижних конечностей, с целью ликвидации нарушений гемодинамики, необходимо достаточно точно диагностировать локализацию, протяженность и степень поражения сосудистого русла.

Литература:

1. В.А. Савельев «Ангиология и сосудистая хирургия» №3/96 с. 84-90

ИНДУКЦИЯ РОДОВ ПРОСТИНОМ Е2

Белуга М.В., Салей А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.Б.Белуга

В современном акушерстве проблема подготовки беременных к родам, досрочного прерывания беременности при ее осложненном течении или наличии сопутствующих заболеваний остается чрезвычайно актуальной и недостаточно разработанной. Многочисленными исследованиями установлено, что эффективность родовой деятельности зависит от степени подготовленности организма женщины к родам [1]. Когда родовой акт начинается при отсутствии биологической готовности организма к родам, он носит затяжной характер и в половине случаев осложняется аномалиями родовой деятельности и несвоевременным излитием околоплодных вод. У каждой пятой женщины с незрелой шейкой матки роды заканчиваются оперативным путем, у каждой четвертой отмечаются травматические повреждения неподготовленной шейки матки. В 10% случаев наблюдаются гипотонические маточные кровотечения в раннем послеродовом периоде [2].

Целью нашего исследования явилось изучение результатов применения простина Е2.

Репозиторий ГрГМУ

Простин Е2 (ампулы по 1 мл, содержащие 0,75 мг динопростона для в/в введения) представляет собой синтетический аналог естественного простагландина Е2.

Проведен ретроспективный анализ 100 историй родов у женщин, которым для подготовки родовых путей к родам и их индукции при преждевременном излитии околоплодных вод применялся простин Е2. Перед введением препарата проводилась оценка следующих показателей: АД, пульс, температура, степень зрелости шейки матки по балльной шкале Бишопа, ультразвуковое исследование, допплерометрия. Предварительно в течение 30–40 мин проводился кардиомониторный контроль за сердечной деятельностью плода и сократительной деятельностью матки. Препарат вводился в/в капельно 1,0 мл (0,75мг) в 400 мл физиологического раствора с начальной скоростью 6–8 кап/мин. Латентный период действия простина Е2 составил 18±7 мин. В последующем скорость введения препарата увеличивалась вдвое каждые 30 мин, максимально до 35–40 кап/мин. Введение препарата осуществлялось под постоянным мониторным наблюдением за состоянием плода и характером схваток.

По возрасту беременные распределились следующим образом: до 20 лет 11 человек, 21-35 лет – 87 и старше 36 лет – 2 женщины. Первородящих – 80, повторнородящих –20.

С целью подготовки родовых путей простин Е2 применялся в 75 случаях, при этом естественным путем роды завершились в 84% случаев, операцией кесарево сечение – 16%. При преждевременном излитии околоплодных вод простин Е2 использовался в 25 случаях: 16 родов завершилось через естественные родовые пути, а в 9 случаях было произведено оперативное родоразрешение.

Таким образом, применение простина Е2 с целью подготовки родовых путей привело к снижению числа оперативных вмешательств. Исследования продолжаются. Планируется сравнительный анализ длительности родов у перво- и повторнородящих женщин в

Репозиторий ГрГМУ

зависимости от степени зрелости шейки матки и исхода родов.

Литература:

1. Айламазян Э. К., Абрамченко В. В. Простагландины в акушерско-гинекологической практике. СПб.: Петрополь, 1992. 248 с.

2. Абрамченко В. В. Современные методы подготовки беременных к родам. СПб.,1991. 256с.

ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА НА ФОНЕ СЕПСИСА

Белюк Е.Н., Плашко Л.С., Круглая А.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.В. Васильев

Нарастание числа иммунокомпромиссных лиц приводит к учащению случаев сепсиса в клинической практике. Нарастание частоты возникновения сепсиса вообще и сепсиса с поражением ЦНС в частности определяет интерес к особенностям клинического течения нейроинфекции на фоне сепсиса.

Целью исследования стало изучение особенностей клинического течения и динамики гнойных менингитов на фоне сепсиса, а также этиологических причин сепсиса, протекающего с признаками нейроинфекции.

Материал и методы. Материалом исследования стали 59 историй болезни больных гнойными менингитами, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице с 2003 по 2006 год. У 12 больных гнойный менингит развивался на фоне сепсиса. Подтверждение сепсиса и его этиологии осуществлялось бактериологическими данными. Данные историй подвергнуты коррелятивному анализу. При этом использовались показатели ранговой корреляции (Sperman Rank Order). Проведено также сравнительно-статистическое исследование.

Репозиторий ГрГМУ

Полученные результаты. В ходе исследования установлена достоверная ($p<0,05$) коррелятивная связь сепсиса с показателями плеоцитоза при втором исследовании (+0,32) и перед завершением антибиотикотерапии (+0,42), что свидетельствует о замедленной санации ликвора при сепсисе. При выписке из стационара у больных с гнойными менингитами на фоне сепсиса чаще оставалось повышенным СОЭ (+0,54) и сохранялась анемия (+0,4). Что касается клинических особенностей течения болезни, то у больных на фоне сепсиса чаше отмечалось поражение легких: аускультативное (+0,46; $p<0,01$), рентгенологическое (+0,55;$p<0,001$),- увеличение размеров печени (+0,3), наличие признаков патологии почек (+0,37). Со стороны нервной системы у больных с сепсисом нейроинфекция чаще протекала с нарушениями сознания по типу сопора (+0,42; $p<0,001$), а также с наличием очаговой симптоматики (+0,31), что свидетельствует о большей частоте вовлечения в процесс паренхимы головного мозга. По данным бактериологического исследования причиной сепсиса чаще других патогенов становился пневмококк (коррелятивная связь с сепсисом составила +0,46;$p<0,05$).

Выводы. Полученные данные позволяют установить, что причиной сепсиса, протекающего с развитием нейроинфекции, чаще становится пневмококк.

На наличие сепсиса у больного с признаками нейроинфекции указывают признаки поражения легких, печени и почек. Пораженные почки и легкие могут рассматриваться как следствие системного поражения, так и в качестве первичного очага инфекции.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ В ПЕРИОД ВСПЫШЕК И В МЕЖЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

Белюк Е.Н., Плашко Л.С., Круглая А.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.В. Васильев

Нарастание заболеваемости энтеровирусной инфекцией (ЭВИ), в том числе и протекающей по варианту нейроинфекции, высокий удельный вес ЭВИ менингитов в общей массе нейроинфекций требует изучения особенностей ее клинического течения в межэпидемический период. В период вспышек диагностика ЭВИ не представляет затруднений, в то время как в межэпидемический период дифференцирование энтеровирусных менингитов от других серозных менингитов может быть проблематичным.

Целью настоящего исследования стало сравнение клинико-лабораторных показателей при ЭВИ менингитах в периоде эпидемического подъема заболеваемости и вне подъема.

Материал и методы. Материалом исследования стали истории болезни 211 больных ЭВИ менингитами, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице в 2003г. в период эпидемического подъема ЭВИ и 59 историй болезни больных ЭВИ менингитами, лечившихся там же с 2004 по 2006 год. Данные историй подвергнуты коррелятивному анализу. При этом использовались показатели ранговой корреляции (Sperman Rank Order). Проведено также сравнительно-статистическое исследование групп больных ЭВИ менингитами на фоне вспышки и вне ее.

Полученные результаты. При сравнительном анализе получены следующие данные. Возраст больных в период вспышки составил 7,9 ±0,7 лет, в то время как в межэпидемический период он составил 16,3 ±1,5 лет ($p<0,05$). Достоверные ($p<0,05$) различия обнаружены в высоте лихорадки (38,0±0,1 и 37,7±0,15 C^0 соответственно), ее продолжительности (3,1±0,5 и 6,5±0,5 дней; $p<0,001$). Отмечены различия в частоте дыханий и ЧСС, однако, учитывая различия в возрасте в группах больных, они во внимание не принимались. Различия ($p<0,05$) обнаружены в содержании числа эритроцитов крови

Репозиторий ГрГМУ

(3,9±0,05 и 4,1±0,07 х10^{12}/л), содержании гемоглобина (134,7±11,8 и 168,4±18,6 г/л), СОЭ при поступлении (17,3±1,1 и 14,4±1,4 мм/ч) и в динамике (10,0± и 21,7±2,3 мм/ч). При сравнении ликворограмм отмечены различия (p<0,05) в уровне плеоцитоза (134,7±11,8 и 168,4 ±18,6 х10^{6}/л) и удельном содержании нейтрофилов в ликворе (62,0±5,8 и 41,6±5,3 %). Продолжительность болезни (12,7±0,2 и 13,3±0,3 дней) также отличалась достоверно (p<0,05). При проведении сравнительного анализа клинико – лабораторных показателей больных ЭВИ детей старшего и младшего возраста в период вспышки 2003 года получены аналогичные данные.

Выводы. 1. В ходе вспышек ЭВИ среди больных преобладают лица младшего детского возраста и особенности течения ЭВИ, в основном, связаны с возрастом больных.

2. Клиническое течение ЭВИ менингитов в период вспышки и вне эпидемического подъема заболеваемости не имеет существенных различий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ И НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ

Белюк Е.Н., Плашко Л.С., Круглая А.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.В.Васильев

Большое количество нейроинфекций, протекающих в виде серозного менингита, остаются этиологически нерасшифрованными. Серозные менингиты могут вызываться вирусами, простейшими и некоторыми видами бактерий. Однако в практике чаще встречаются серозные менингиты вирусной этиологии. В том случае, когда имеются эпидемиологические и клинико – лабораторные данные, этиологическая расшифровка нейроинфекций не сопровождается

Репозиторий ГрГМУ

большими затруднениями. Однако в большинстве случаев, у больных нет каких – либо данных эпидемиологического характера, имеется «чистая» клиника серозного менингита, а лабораторное обследование на вирусы ОРВИ, энтеровирусную инфекцию (ЭВИ), ВПГ 1 и 2 типов результатов не дает.

Целью настоящего исследования стало сравнение клинико-лабораторных показателей при ЭВИ менингитах с таковыми при недифференцированных серозных менингитах.

Материал и методы. Материалом исследования стали истории болезни 270 больных ЭВИ менингитами и 38 историй болезни больных серозными менингитами, у которых этиология заболевания не была установлена, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице в период с 2003 по 2006 год. Данные историй подвергнуты сравнительному анализу.

Полученные результаты. В результате сравнительного анализа получены достоверные ($p<0,05$) различия в возрасте больных. Так, при ЭВИ, протекающей в виде серозного менингита, средний возраст составил 10,0±2,7 лет, в то время как при серозных менингитах неустановленной этиологии средний возраст составил 18,8±3,6 лет. При сопоставлении клинических данных были получены различия лишь по частоте встречаемости шейной лимфаденопатии которая отмечалась при энтеровирусной инфекции в половине случаев, в то время как при недифференцированных серозных менингитах этот симптом отсутствовал (50,0±7,8 % и 0%; $p<0,05$). Различия отмечены также в частоте сердечных сокращений (107,3±5,9 уд/мин и 89,0±7,3 уд/мин), однако, учитывая различия в возрасте больных, данное обстоятельство, вероятнее всего, не связано с этиологическими различиями заболеваний. Отмечена достоверная ($p<0,05$) разница в числе лейкоцитов крови при поступлении в стационар (5,4±1,1 и 8,1±1,3 $x10^9$/л).

Выводы: 1. Отсутствие значимых различий между энтеровирусным

Репозиторий ГрГМУ

менингитом и серозными менингитами с неустановленной этиологией позволяет сделать два предположения:

- большая часть недифференцированных серозных менингитов представляется недиагностированными энтеровирусными менингитами;

- энтеровирусные менингиты не отличаются по клиническому течению от серозных менингитов другой вирусной этиологии.

2. Для полного исключения у больных ЭВИ при наличии у них серозного менингита, предположительно вирусной этиологии, необходимо повторное серологическое исследование, поскольку забор материала в ранние сроки не позволяет полностью исключить ЭВИ.

АРИТМИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Белюк Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – ассистент А.Н.Бердовская

Нарушение сердечного ритма возникает у больных с различными врожденными пороками сердца. Такие дети относятся к группе риска по развитию синдрома внезапной смерти. При врожденных пороках сердца имеют место как кардиальные, так и экстракардиальные факторы, приводящие к развитию аритмий.

Цель исследования - проанализировать нарушение ритма сердца при ВПС у больных, пролеченных в кардиоревматологическом отделении.

Методы: анализ 32 историй детей в возрасте от 4 до 16 лет с ВПС и нарушениями ритма сердца.

Среди 10 детей в возрасте от 4 до 7 лет у большинства отмечались изолированные дефекты перегородок (ДМЖП у 6, ДМПП у 2) или в сочетании с другими пороками (ДМПП + стеноз легочной

Репозиторий ГрГМУ

артерии – у 1, ДМЖП + стеноз устья аорты – у 1). У 9 детей отмечалась сердечная недостаточность (СН) I ст., у 1 ребенка – СН IIА. У данных больных преобладали нарушения проводимости: неполная БПНПГ – у 5 и полная БПНПГ – у 4 детей. Среди нарушений ритма сердца отмечались – синоатриальная блокада (САБ) II ст. у 1 ребенка, предсердный ритм – у 1, миграция источника ритма (МИР) – у 2 детей. Из 11 детей в возрасте 8-11 лет у 5 имелась СНI ст., СНIIА – у 1, у 5 детей сердечная недостаточность отсутствовала. У детей этой группы были изолированные ДМЖП- у 4 и ДМПП - у 3, изолированные стенозы легочной артерии у 4 детей. Нарушения внутрисердечной проводимости наблюдались в виде полной и неполной БПНПГ – у 3 и 4 человек соответственно, блокада ПВЛНПГ – у 1 больного. Синусовая брадикардия имела место у 3 детей, преходящий предсердный ритм – у 1, суправентрикулярная - 1 и желудочковая экстрасистолия (Э) - 1 больной.

Среди подростков 12-16 лет (11 человек) был один больной, которому было отказано в хирургической коррекции ВПС из-за выраженной легочной гипертензии. У остальных детей выявлены открытый артериальный проток у 2, умеренный стеноз ЛА 3, ДМПП у 3 и ДМЖП у 2 детей. Тем не менее, структура и частота нарушений внутрисердечной проводимости мало отличались от предыдущих возрастных групп: неполная - у 4 и полная БПНПГ – у 2, блокада ПВЛНПГ – у 1. феномен WPW – у 1 ребенка. Нарушения сердечного ритма были наиболее разнообразными и связаны, прежде всего, с вегетососудистой дисфункцией: синусовая брадикардия – у 4, САБ II ст. – у 1, МИР к предсердному – у 2, предсердный ритм – у 1, неполная атриовентрикулярная диссоциация – у 1, предсердная - у 2 и желудочковая Э – у 2, суправентрикулярная ПТ – у 2 больных.

Таким образом, проведенный анализ показал, что среди сердечных аритмий у детей и подростков с ВПС, не подвергшихся хирургической коррекции, ведущее место занимают нарушения

Репозиторий ГрГМУ

внутрисердечной проводимости, прежде всего, неполная блокада (в 40%) и полная блокада (в 28%) правой ножки пучка Гиса. Нарушения ритма сердца становились более разнообразными в старших возрастных группах, что подтверждает мнение об экстракардиальном генезе аритмий за счет вегетативной дисфункции в результате воздействия различных причин у детей с врожденными пороками сердца.

Литература:

1. Белоконь Н.А. Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. - М., Медицина, 1987, Т. II. – 480с.

2. Школьникова М.А. Патофизиологические механизмы суправентрикулярных тахиаритмий в детском возрасте. Эффективность ноотропной терапии// Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1997, 42 (2). – С. 35-41.

БОТАНИЧЕСКИЙ САД ГРОДНЕНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И ЕГО РОЛЬ В СОХРАНЕНИИ БИОРАЗНООБРАЗИЯ ФЛОРЫ, ФОРМИРОВАНИИ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У СТУДЕНТОВ

Бирюкова А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Ф.И. Игнатович

В1776-1781 гг. в Гродно действовала медицинская академия, в деятельности которой важное значение придавалось преподаванию будущим врачам ботаники и фармакологии. Это было вызвано тем, что большинство применявшихся тогда лекарств готовилось из растений. Организатор и директор академии проф. Ж.Э. Жилибер стал первым ученым-ботаником Беларуси и Литвы, заложившим основы ее как науки и предмета преподавания. Разработанная им комплексная программа включала изучение видового разнообразия местной флоры, создание ботанического сада и кабинета природы, составление гербариев,

Репозиторий ГрГМУ

издание журнала.

При реализации этой программы Ж.Э. Жилибер особое значение придавал созданию при академии ботанического сада. Коллекцию семян для него он привез из Франции и ряда других европейских стран. Они были высеяны на отдельные участки (карты) в соответствии с систематикой, разработанной К. Линнеем. Создаваемая коллекция пополнялась постоянно. Из Петербурга академик П.С. Паллас прислал экземпляры сибирских растений, которые хорошо прижились. Семена редких видов растений подарили известные ученые-ботаники Н.Жакен из Австрии, Д. Соландер из Англии и др.

В 1780 г. в ботаническом саду культивировалось уже около 2000 видов растений. По их количеству, разнообразию и редкости он не уступал лучшим ботаническим садам Европы. Сам Ж.Э. Жилибер считал его «достаточно хорошо устроенным, так как в нем было собрано все наиболее интересное и необходимое». Неудивительно, что он стал привлекать внимание ученых и путешественников.

Наличие при академии ботанического сада позволило Ж.Э. Жилиберу широко использовать его для интенсификации учебно-педагогического процесса. Благодаря этому, обучение имело не только биолого-фармацевтическую, но и экологическую направленность. Для углубления знаний и практических навыков студентов применялись такие методические подходы:

- привлечение их к выращиванию растений в ботаническом саду и уходу за ними;

- участие в экспедициях по сбору редких растений для пополнения ботанического сада;

- освоение умений и навыков по изучению биоразнообразия флоры, влияния условий обитания на ее развитие и зональное распространение;

- изучение хозяйственной полезности растений и их лекарственных свойств;

Репозиторий ГрГМУ

- использование растений ботанического сада для оформления кабинета природы и участие в создании из них научного гербария;

- формирование ответственного отношения к природной среде и сохранению биоразнообразия флоры.

В современном понимании для студентов это было ни чем иным, как производственной биоэкологической практикой и приобщением их к научным исследованиям.

Гродненский ботанический сад был первым на современной территории Беларуси и Литвы. Несмотря на кратковременное существование, он является заметным событием в истории развития отечественной медицины и медицинского образования.

Накопленный передовой опыт был также использован Ж.Э. Жилибером при создании и использовании ботанического сада в Виленском университете, с которым в 1781 г. была объединена Гродненская медицинская академия.

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕКОНСТРУКЦИИ БЕЛОРУССКОЙ ЧАСТИ АВГУСТОВСКОГО КАНАЛА

Бобова А.А., Рапей И.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научные руководители - к.м.н., ассистент Ф.И. Игнатович;

к.б.н., доцент Т.И. Зиматкина

Августовский канал является неповторимым памятником истории, природы и культуры европейского уровня. Построенный в 1824-1839 гг. по инициативе России, он имеет протяженность 101,2 км и соединяет реки Висла и Неман. Первоначально в обход конкурирующей с ней Пруссии по нему доставлялись в балтийские порты зерно и соль. Затем он использовался для сплава леса на территории Польши и Беларуси. С начала XX в. экономическое значение его постепенно утрачивается. Польшей он до сих пор используется в туристических целях.

Репозиторий ГрГМУ

Белорусская часть канала длинной 22 км после второй мировой войны предана забвению, гидротехнические сооружения разрушились. Канал обмелел, местами зарос. Река Черная Ганча, русло которой составляет часть канала, из-за разрушения водорегулирующих плотин на отдельных участках настолько обмелела, что они превратились в болота. Имел место многолетний сброс в канал сточных вод от крахмального завода в Радзивилках. Берега канала были интенсивно заселены бобрами. Из-за создаваемых ими плотин происходило заболачивание прибрежных участков земли. Все это привело к тому, что ранее сложившиеся в бассейне канала биоценозы стали нарушаться. Особенно страдали естественные нерестилища таких редких пород рыб как форель и хариус. После прекращения сброса грязных стоков от крахмального завода и создания в 1987 г. Сопоцкинского ботанического заказника несколько улучшились условия обитания животных и растений.

Бездействие белорусской части Августовского канала вызывало озабоченность общественности не только Беларуси, но и Польши. С 1990 г. стали вестись переговоры между этими государствами о возрождении канала и восстановлении движения судов с выходом в Балтийское море. Состоялось несколько совещаний и научных конференций. В итоге по решению Правительства Беларуси в 2006 г. белорусская часть канала была восстановлена. Для этого заново построены 4 шлюза и 2 плотины, благодаря чему сейчас по каналу могут курсировать паром и теплоход, проходят международные соревнования и туристические сплавы на байдарках.

Однако инфраструктура, необходимая для использования канала как места для отдыха и туризма, развивается медленно. Не построены пока гостиничные комплексы для проживания и культурно-бытового обслуживания туристов. Действует лишь 6 туристических стоянок по берегам канала. Практически нет еще постоянных и мобильных точек общественного питания. Отсутствуют туалеты, не организованы сбор и

Репозиторий ГрГМУ

удаление мусора, не ведется контроль за качеством воды в канале.

При реконструкции канала не был учтен ряд важных моментов, что привело к некоторому ухудшению состояния окружающей его природной среды. С увеличением глубины канала и напора воды на отдельных участках произошло заболачивание прибрежных территорий, что неблагоприятно сказалось на растительности. В нижней части канала по этой же причине произошло размывание почвы, появились промоины и новые русла в сторону Немана.

Исходя из изложенного, при дальнейшем развитии инфраструктуры канала необходимо больше внимания уделять решению эколого-гигиенических вопросов.

Литература:

1. Аугустоускі канал. Ад Віслы да Нёмана/Уклад А.І. Ласмінскі.-Мн.: Беларусь, 2003.

2. Верамяюк В.А. Аугустоускі канал: другое нараджэнне// Беларусь. - №3. – С.28-31.

ОСОБЕННОСТИ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Бобрик А.В.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра анатомии человека

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

Известно, что предрасполагающими к заболеваниям факторами являются некоторые конституциональные, в том числе анатомические особенности человека, которые могут использоваться в последующем как маркеры для определенных заболеваний. Широкое распространение получила дерматоглифика, как абсолютный маркер, использующийся в норме и при различного рода заболеваниях. В связи с недостаточной освещенностью этого вопроса при заболеваниях

Репозиторий ГрГМУ

дыхательной системы, представляется интересным исследование пальцевых узоров у лиц с данной патологией.

Цель исследования – изучить особенности распределения типов пальцевых узоров у больных с заболеваниями дыхательной системы.

Исследованы кожные пальцевые узоры (дуги, ульнарные и радиальные петли, завитки) у 243 лиц обоего пола в возрасте 25–65 лет, страдающих заболеваниями дыхательной системы (хронический бронхит, бронхиальная астма) и проживающих в г. Гродно. Контроль – 158 практически здоровых мужчин и 194 женщин (Сидорович С.А., 2001; Шавель Ж.А., 2002).

Результаты исследования. Среди мужчин с заболеваниями дыхательной системы, по сравнению со здоровыми лицами, отмечалось достоверное увеличение частоты радиальных петель на третьем (9,5% и 1,9% соответственно, $p<0,001$) и пятом (4,8% и 0,7% соответственно, $p<0,05$) пальцах правой руки, а также на первом (4,7% и 0,7% соответственно, $p<0,05$) и четвертом (5,7% и 0,7% соответственно, $p<0,001$) пальцах левой руки. Среди женщин частота радиальных петель увеличена на четвертом (4,3% и 1% соответственно, $p<0,05$) и пятом (4,3% и 1% соответственно, $p<0,05$) пальцах правой руки и снижено на третьем пальце левой руки (0,7% и 4,7% соответственно, $p<0,05$). У женщин наблюдалось достоверное увеличение количества бездельтового узора на втором (26,1% и 12,4% соответственно, $p<0,01$) и третьем (13,2% и 6,2% соответственно, $p<0,05$) пальцах правой руки и на третьем (15,9% и 8,8% соответственно, $p<0,05$) пальце левой руки. Распределение частот кожных узоров в виде ульнарных петель, относительно контрольной группы, достоверно снижено: у мужчин – на пятом пальце (67,3% и 85,8% соответственно, $p<0,01$), а у женщин – на втором пальце (19,6% и 29,4% соответственно, $p<0,05$) правой руки.

Таким образом, у мужчин и женщин с заболеваниями дыхательной системы отмечено достоверное различие по определенным типам

Репозиторий ГрГМУ

кожных узоров, а именно: увеличение частоты радиальных петель и дуг и снижение ульнарных петель. Полученные результаты могут использоваться в качестве маркеров данной патологии, что облегчит преднозологическую диагностику и позволит выделять группу риска лиц, предрасположенных к данным заболеваниям.

ОСОБЕННОСТИ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Бобрик А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

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

В последние десятилетия активно развивается медицинская дерматоглифика, особенно такие ее направления, как конституциональная дерматоглифика и роль показателей кожного рельефа в качестве маркера различных заболеваний. Дерматоглифические маркеры имеют преимущества перед другими типами маркеров, так как определяются четкими количественными и качественными методами, представлены несколькими признаками, каждый из которых имеет диагностическое значение; они достаточно доступны для исследования, не меняются с возрастом и при изменениях пропорций тела (Шарец Ю.Д., 1999).

Цель исследования – изучить особенности распределения типов пальцевых узоров у больных с патологией пищеварительной системы.

Исследованы пальцевые узоры (дуги, ульнарные и радиальные петли, завитки) у 220 лиц в возрасте 25–65 лет, проживающих в г. Гродно и области, страдающих заболеваниями пищеварительной системы (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Контроль – показатели пальцевой дерматоглифики 158 практически здоровых мужчин и 194 женщин в возрасте 17–25 лет (Сидорович С.А., 2001; Шавель Ж.А., 2002).

Репозиторий ГрГМУ

Результаты исследования. Среди мужчин с патологией органов пищеварительной системы, по сравнению со здоровыми лицами, отмечается достоверное снижение частоты бездельтовых пальцевых кожных узоров на третьем (0,7% и 11,4% соответственно, $p<0,01$) и четвертом (0,7% и 5,1% соответственно, $p<0,05$) пальцах левой руки, а также снижение частоты ульнарных петель на втором (29,8% и 41,8%, $p<0,05$ соответственно) и увеличение количества завитков на третьем (29,8% и 19,6% соответственно, $p<0,05$) пальцах левой руки.

Женщины, которые страдают патологией пищеварительной системы, также имеют особенности пальцевой дерматоглифики. У них отмечается увеличение частоты распределения ульнарных петель на первом (62% и 46,9%, $p<0,05$), втором (55,7% и 29,4%, $p<0,001$), четвертом (70,9% и 54,9%, $p<0,05$) пальцах правой руки и первом (72,1% и 51,6%, $p<0,05$), втором (39,2% и 23,2%, $p<0,01$), четвертом (74,7% и 56,2%, $p<0,01$) пальцах левой руки соответственно. Среди женщин наблюдается процентное снижение количества завитков на первом (36,7% и 50,5%, $p<0,05$), втором (13,9% и 46,4%, $p<0,001$), четвертом (27,9% и 42,5%, $p<0,05$) пальцах правой руки и первом (22,8% и 40,7%, $p<0,01$) и четвертом (18,9% и 37,6%, $p<0,01$) пальцах левой руки соответственно.

Таким образом, у больных с заболеваниями органов пищеварительной системы зафиксированы достоверные различия по определенным типам кожных узоров. Среди мужчин снижено распределение бездельтовых узоров и ульнарных петель на левой руке и увеличена частота завитков. У женщин отмечено процентное увеличение ульнарных петель и снижение завитков на обеих руках.

Полученные результаты исследования могут быть использованы как маркеры для выделения групп риска лиц по данной патологии еще до начала проявления клинических признаков.

Репозиторий ГрГМУ

ОЦЕНКА ТЕРМОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ

Бобученко М.А., Куровская Ю.Г.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель - д.м.н., профессор В.В. Зинчук

Одним из видов повреждения клеточной мембраны является термическое воздействие. Термогемолиз – это разрушение эритроцитов при повышенной температуре, сопровождающееся выходом гемоглобина в окружающую среду. Термогемолиз является многоступенчатым процессом. Вначале происходит увеличение оптической плотности, соответствующее набуханию эритроцитов, потом лаг-фаза, в течение которой увеличивается осмотическое давление в эритроцитах при практически постоянном объеме, и, наконец, разрушение мембран и выход из клетки гемоглобина [Черницкий Е.А.,Ямайкина И.В.,1988]. Изменения устойчивости эритроцитов наблюдаются при различных формах анемии, лейкозах, заболеваниях печени, туберкулезе, сахарном диабете I типа, остром вирусном гепатите [Борисова А.Г., Олейник Е.К, 2005]. Представляется целесообразным оценить терморезистентность эритроцитов при различных режимах температурного воздействия.

Во всех экспериментах использовалась гепаринизированная кровь, забранная от кроликов средней массы от 3,5 до 4,5 кг (n=8). Забор крови проводился у наркотизированных тиопенталом (50 мг/кг) животных посредством катетеризации яремной вены. Термоиндуцированный гемолиз эритроцитов исследовался при температурах 54,56,58, 60^{0}С в течение 32 мин. Кровь трижды отмывали центрифугированием в изотоническом 0,01 М натрий-фосфатном буфере, затем готовили 1% суспензию эритроцитов. Суспензию эритроцитов инкубировали на водяной бане при фиксированной

Репозиторий ГрГМУ

температуре в течение 32 мин через каждые 4 минуты. После центрифугирования оценивали количество гемоглобина, выделившегося из лизированных эритроцитов, по светопоглощению раствора при длине волны 540 нм фотоколориметрическим методом. Степень гемолиза рассчитывали как отношение выделившегося в раствор гемоглобина к его общему количеству в клетке. По кинетическим кривым термогемолиза находили время полуперехода $т_{50}$ (мин), определяли среднюю константу процесса *к50=1/* $т_{50}$ (мин$^{-1}$) [Черницкий Е.А., Ямайкина И.В, 1991; Борисова А.Г., Горюнов А.С., 1997]. Статистическая обработка результатов измерений выполнена методом вариационной статистики (критерий Стьюдента).

Исследования показали, что терморезистентность эритроцитов уменьшается с увеличением температуры. При 54^{0}С на 4-ой минуте инкубации степень гемолиза эритроцитов составляет лишь 0,8±0,35%, но при увеличении температуры степень гемолиза эритроцитов значительно возрастает, и к концу данного отрезка времени составляет 6,1±0,89% при 56^{0}С, 18,7±3,77% при 58^{0}С, 46,1±6,2% при 60^{0}С. Полный гемолиз эритроцитов при данных температурах в течение отрезка времени 32 минуты не достигался. Возможно, полный выход гемоглобина за пределы эритроцитов происходит при более длительном воздействии вышеуказанных температур. При температуре 60^{0}С после 8-ой минуты инкубации наблюдается замедление прироста и дальнейшее уменьшение выхода гемоглобина в среду инкубации, что, возможно, связано с его денатурацией, которая приводит к уменьшению оптической плотности при 540 нм. Время полуперехода $т_{50}$ (мин) для 54^{0}С составляет 17,6±0,80 мин, для 56^{0}С 10,1±0,54 мин, для 58^{0}С 6,3±0,18 мин, для 60^{0}С 4,3±0,33 мин, т.е. наблюдается закономерное уменьшение значения $т_{50}$ при увеличении температуры. С увеличением температуры константа скорости термогемолиза k50 (мин$^{-1}$) возрастала от 0,058 мин$^{-1}$ при 54^{0}С до 0,244 мин$^{-1}$ при 60^{0}С.

Полученные данные демонстрируют различную степень гемолиза

Репозиторий ГрГМУ

при различных режимах температурного воздействия (от 56^{0}С до 60^{0}С). Как видим, наиболее выражен процесс термогемолиза при 60^{0}С. С точки зрения трудоемкости и оценки точности этого параметра, очевидно, предпочтительно проводить измерение при температуре 56^0 С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Богдан М.А., Тимофеева Н.И., Гурин А.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Беременность, при которой происходит одновременное развитие в матке двух и более плодов, называется многоплодной.

Нами проведен ретроспективный анализ многоплодных беременностей за 9 месяцев 2006г. в Гродненском областном клиническом роддоме. За этот период родились дети от 27 многоплодных беременностей. Анализ проводился среди родильниц, у которых в анамнезе были двойни – 92,8% (25) и тройни – 7,4% (2). У 14,8% (4) женщин с многоплодной беременностью родились дети после экстракорпорального оплодотворения (из них одна тройня), а у 85% (23) женщин многоплодная беременность наступила самостоятельно.

Большинство женщин встали на учет по беременности в сроке до 12 недель – 96,3% (26). 3,7% (2), взяты на учет по беременности в сроке после 12 недель.

По территориальному принципу двойни и тройни распределились следующим образом: г.Гродно – 33,3% (9); Гродненская область – 66,7% (18). г.Гродно: в Ленинском районе процент многоплодных беременностей составил 77,7% (19); в Октябрьском – 22,3% (8). По Гродненской области наибольшее количество многоплодных беременностей наблюдалось: в Щучинском районе – 14,8% (4), Берестовицком районе – 7,4% (2), в г.Лида – 7,4% (2) и в Слонимском

Репозиторий ГрГМУ

районе – 7,4% (2). В остальных районах Гродненской области имелось по одному случаю многоплодной беременности.

Течение многоплодной беременности осложнилось поздним гестозом у 51,85% (14), анемией – 18,54% (5), сочетание анемии и гестоза – 7,4% (2). Женщин с гестозом легкой и средней степени тяжести было поровну – 25% (7). Гестоза тяжелой степени не наблюдалось.

Беременность закончилась родами через естественные родовые пути у 37% (10) (из них одна тройня), операцией кесарево сечение – 63% (17). Роды при доношенной беременности состоялись у 11% (3). Большинство родов произошло в сроке в 36–37 недель беременности – 40,7% (11), а остальные по срокам гестации распределились следующим образом: 22–30 недель – 11% (3), в сроке 30–36 недель - 37,4% (10).

При осмотре последа выявлены следующие виды многоплодных беременностей: триамниотическая трихориальная – 7,4% (2), моноамниотическая монохориальная – 3,8% (1), диамниотическая монохориальная – 48,2% (13), диамниотическая дихориальная – 40,5% (11). У женщин с диамниотическими монохориальными двойнями родились однополые дети в 92,3% (12), разнополые в 7,7% (1). А у диамниотических дихориальных двоен родились однополые дети в 22,3% (6), а разнополые в 18,5% (5). При анализе триамниотической трихориальной родились однополые дети – 3,7% (1), разнополые дети родились после ЭКО: два мальчика и одна девочка – 3,7% (1).

Процент двоен и троен, где родились девочки составил 33,3%(9) (из них одна тройня), родились мальчики – 33,3%(9), разнополые дети – 33,3%(9) (из них одна тройня).

Проведенный анализ родившихся детей выявил: в 55% (15) случаев рождения масса тела первого ребенка меньше, чем второго.

Проведен анализ примерного времени зачатия детей, результатом которого стала многоплодная беременность, пик которой пришелся на

Репозиторий ГрГМУ

осенне-зимний период – 70,3% (19).

Из полученных данных можно сделать следующие выводы: 1) частота встречаемости многоплодной беременности в Гродненской области в два раза выше, чем в г.Гродно; 2) 14,8% женщин имели многоплодную беременность после ЭКО; 3) родоразрешение путем операции кесарево сечения применяется в 2 раза чаще, чем роды через естественные родовые пути; 4) течение многоплодной беременности чаще осложняется гестозом и анемией; 5) наибольшее количество беременных имели диамниотические дихориальные и монохориальной двойни; 6) наибольшее количество случаев зачатия детей при многоплодной беременности приходится на осенне-зимний период.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Божко Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

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

Острая массивная кровопотеря является одним из наиболее тяжелых патологических состояний, сопровождающихся высокими цифрами летальности. В Республике Беларусь среди больных с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК) более чем у 1/3 пациентов объем кровопотери составляет 40 и более % объема циркулирующей крови (ОЦК). Принципы выбора оптимальной трансфузионной тактики при кровотечениях с объемом кровопотери, превышающем 40% ОЦК, до сих пор окончательно не сформированы и являются предметом широкой дискуссии.

Цель исследования. Определить оптимальное сочетание

Репозиторий ГрГМУ

патогенетически обоснованных компонентов комплексной терапии острой массивной кровопотери при ГДК.

Материал и методы. Клиническому анализу подвергнуто 225 больных с язвенным кровотечением, которые находились на лечении в городском центре ГДК с клиникой острой массивной кровопотери. Все больные изначально были госпитализированы в реанимационное отделение, где им проводилась интенсивная гемостатическая, заместительная и посиндромная терапия. Рациональная инфузионно-трансфузионная терапия строилась на нескольких базисных принципах: использование консервированной донорской эритромассы только по абсолютным показаниям (Ht ≤ 80г/л), своевременное назначение переливания свежезамороженной плазмы, рациональное соотношение каллоидных и кристаллоидных растворов. Сотрудниками отделения анестезиологии и реаниматологии и центра ГДК (4-я клиническая больница г.Гродно) с целью объективизации степени тяжести больных с ГДК, правильного определения алгоритма оказываемой помощи была разработана специальная компьютерная программа (Г.Б.Брейдо и соавт., 2005). Программное обеспечение основано на следующих формулах: КК (коэффициент компенсации) = АД (с)×Hb\ЧСС×ЧД; ШИ (шоковый индекс) = ЧСС\АД; V(ок) (объем кровопотери в мл) = Ht(д) – Ht \ Ht (д) × ОЦК; V(эр) (количество эрмассы в мл, необходимой для возмещения кровопотери = Ht(д) × 55 × МТ – Ht × 55×МТ\0,60

В соответствии с данной программой трансфузионная схема восполнения ОЦК у больных с массивной кровопотерей выглядит следующим образом. При величине кровопотери 41-70% общий объем инфузии составляет 170% к объему кровопотери. При этом переливаемая эритромасса составляет 40% общего объема инфузии, плазма – 10%, каллоиды и кристаллоиды по 25%. При увеличении кровопотери свыше 71% объем инфузии составляет 150% к объему кровопотери, а соотношение компонентов трансфузии (эритромасса + плазма + альбумин + каллоиды + кристаллоиды) представлено

Репозиторий ГрГМУ

соответственно (50%+10%+10%+10%+20%). Обязательно исследуется количество тромбоцитов в периферической крови. Из 225 больных с острой массивной кровопотерей умерло 5 (2,2%).

Выводы. Инфузионно-трансфузионная терапия, при массивной кровопотере должна строиться на объективных критериях и включать переливание эритромассы, плазмы, альбумина, каллоидов, кристаллоидов в рациональном их взаимоотношении с учетом объема кровопотери. Автоматизированная оценка трансфузионной потребности позволяет быстро, эффективно и рационально осуществлять интенсивную трансфузионную терапию.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Божко Г.Г., Боярчик В.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – д.м.н., профессор К.Н. Угляница

Меланома кожи является одним из наиболее агрессивных новообразований, существенно отличающихся от всех злокачественных опухолей по гистогенезу, биологическим особенностям роста, часто быстротечному и тяжелому клиническому течению.

Проблема меланомы приобретает особую остроту, если учесть, что пигментные и пигментированные заболевания кожи, под маской которых может скрываться меланома, встречается у 90% населения [1]. По темпам роста заболеваемости этот вид опухоли уступает лишь раку легкого. По мнению большинства исследователей, в наши дни выявление и диагностика меланомы, особенно ее ранних форм, не могут быть признанными удовлетворительными. [1, 2]. Основные трудности диагностики меланомы связаны с развитием ее клинических проявлений. [1, 2].

Нами проанализированы результаты диагностики меланомы кожи

Репозиторий ГрГМУ

108 больных, проходивших лечение в онкологических отделениях УОЗ «Гродненская областная клиническая больница» в 1999-2006 г.г.

Из них мужчины составили 44,4 % (48 человек), а женщины – 55,6% (60 человек). Среди больных преобладали жители сельской местности 66 человек (61,1%). Для диагностики использовались клинические данные. У 30,5% пациентов меланома кожи возникла de novo, а у 69,5% больных она развивалась из ранее имевшихся пигментных невусов. Установлено, что у обследованных лиц первичная опухоль чаще всего локализовалась на конечностях (53,7%) и туловище (33,3%), реже – на голове и шее (10,2%), а у 2,8% пациентов первичный очаг не был обнаружен.

Определяющими методами диагностики этой патологии были морфологические методы (цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности опухоли и тотальная ножевая эксцизионная биопсия).

До операции диагноз цитологически верифицирован у 95 человек (87,9%), тотальная ножевая эксцизионная биопсия выполнена 13 пациентам (12,1%). Для визуализации регионарных метастазов применяли УЗИ и КТ. Отдаленные гематогенные метастазы выявляли общепринятыми методами. Стадирование проводилось после изучения операционного материала с учетом глубины инвазии по Кларку и толщины опухоли по Бреслоу. Среди первичных больных с 0 стадией выявлено 4 пациента (3,7%), с I – 15 (13,9%), со II – 33 (30,6%), с III – 51 (47,2%) и с IY – 5 человек (4,6%).

Таким образом, у 51,8% больных, находившихся под нашим наблюдением, меланома кожи, относящаяся к опухолям наружной локализации и доступная визуальной диагностике, выявлена на III и IY стадиях заболевания.

Полученные нами данные свидетельствуют о низком уровне санитарно-профилактической работы среди населения и несвоевременной диагностике этого вида опухоли.

Репозиторий ГрГМУ

Литература:

1. Фрадкин С.З., Залудский И.В. Меланома кожи: практическое руководство для врачей. – Минск: Беларусь, 2000. – 221 с.

2. Анисимов В.В. Меланома кожи (перспективы улучшения диагностики и лечения): Автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.00.14 / НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова. – СПб., 2000. – 97с.

СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ КОСТЕЙ И ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Бойко О.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.В. Кажина

Сочетанные повреждения костей и органов малого таза относятся к наиболее сложным, с точки зрения диагностики, оказания специализированной помощи и последующей реабилитации в плане восстановления удовлетворительного качества жизни. Как правило, эти повреждения относятся к категории политравм. Ранения органов тазовместилища сочетаются с костными повреждениями относительно редко из-за достаточной плотности костного каркаса таза. Однако, если такие сочетанные травмы все же имеют место, то близость крупных сосудов и их повреждение не оставляют врачу иллюзий на благополучный исход. Повреждения тазовых органов – матки и придатков, забрюшинных органов – прямой кишки, мочевого пузыря, мочеточников, - чреваты осложнениями, опасными для жизни, такими как сепсис, ДВС-синдром и часто требуют нескольких последовательных оперативных вмешательств. Генез повреждений половых органов связан с гидростатическим давлением контрудара. Из женских половых органов зоной риска может служить овуляторный период, наличие кистозных изменений в яичниках, гидросальпинкс. Патофизиологические нарушения развиваются в результате

Репозиторий ГрГМУ

совместного действия:

- травматического повреждения органов и тканей;
- выраженной гуморальной реакции организма;
- геморрагического шока.

Тупая травма живота встречается при падениях с высоты, сдавлении тяжелыми предметами, ударах, автокатастрофах. При закрытых травмах клиника внутрибрюшных (включая внутритазовые) повреждений проявляется классическими симптомами «острого живота» примерно у 60% всех пострадавших. Травма брюшной полости может сопровождаться скрытыми тяжелыми кровотечениями внутрь брюшной полости или забрюшинное пространство. Травма мочевого пузыря обычно происходит по типу интраперитонеального разрыва мочевого пузыря, сочетаясь с повреждением мочеиспускательного канала.

Удельный вес травм таза составляет 26,6% от всех пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами.

Целью нашей работы было исследование характера, частоты, вида травм костного таза у женщин.

Материалы и методы. Аналитический обзор 28 историй болезни пациенток травматологического отделения БСМП г. Гродно с 2003 по 2004 год.

Результаты. Было выявлено, что данный вид травмы у женщин встречается в 1,8 раза реже, чем у мужчин. По характеру травмы в 64,3% носят бытовой характер, а 35,7% получены в результате автокатастрофы. Среди этих травм доля ушибов и переломов составляет по 50% соответственно. Из переломов 39,2% приходится на лонную кость, 21,4% - на седалищную, 15% - на подвздошную, 7,1% - на крестец. 3,6% травм сочетаются с переломом вертлужной впадины, 3,6% - с разрывом лонного симфиза. С повреждением внутренних органов сочетается 78,6% травм таза. Среди исследуемых 7,1% составили беременные.

Репозиторий ГрГМУ

Выводы. Анализ историй болезни пациенток травматологического отделения БСМП подтвердил научные данные о том, что переломы костей таза более, чем в 2/3 случаев, сочетаются с повреждениями органов малого таза вне зависимости от характера получения травмы. Наиболее уязвимым травмагенным местом у женщин является лонный синартроз.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН В ОБСЕРВАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Бойко О.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.И. Заборовский

Состояние здоровья беременной женщины существенно влияет на течение самой беременности, ее исход, течение родов и послеродового периода, во многом определяет здоровье новорожденного, а, следовательно, и здоровье нового поколения, так как многие заболевания детей имеют антенатальную природу. По данным официальной статистики за последние десятилетия здоровье беременных резко ухудшилось.

В связи с этим подвергнут сплошному изучению контингент госпитализированных женщин на протяжении года в обсервационное отделение общим числом 713 человек.

Прослеживается сезонность в госпитализации: частота поступления в стационар наиболее интенсивна весной (30,7%) и осенью (29,1%), что соответственно в 1,1 и 2,3 раза выше, чем зимой и летом. Последнее обусловлено как истинным снижением поступления больных, так и закрытием отделения в августе месяце.

Причиной каждой второй госпитализации рожениц и родильниц в обсервационное отделение в 49,3% являются воспалительные болезни женских тазовых органов: эндометрит, аднексит, бартолинит, кольпит.

Репозиторий ГрГМУ

Значителен удельный вес женщин, причиной госпитализации которых явилась беременность с абортивным исходом (15,3%), угрожающий выкидыш (13,3%). Остальные причины (22,1%) – экстрагенитальная патология, обусловленная болезнями почек и мочевой системы (43,9%), болезнями органов дыхания (12,2%), сердечно-сосудистой системы (6,8%) и др.

Диагноз направившего учреждения совпал в 79,7% случаев. Наибольшее расхождение диагнозов зарегистрировано при пиелонефритах (35,4%), маститах (31,0%), кольпитах (25,0%) и эндометритах (19,3%).

Почти 2/3 госпитализированы по экстренным показаниям. Причем в первые 6 часов от начала заболевания – 7,7%, от 7 до 24 часов – 6,2%, остальные (86,1%) спустя 24 часа.

Основной поток госпитализированных (91,7%) формируется за счет направлений врачей поликлиник и женских консультаций. Каждая 17-ая женщина – по направлениям скорой помощи, а 2,2% - без направлений (самотеком). Причиной последних в основном являются маститы (43,8%), угрожающий выкидыш (18,8%), пиелонефрит (12,6%), неразвивающаяся беременность (12,5%), эндометрит (6,3%).

Подавляющее большинство (83,9%) госпитализированы по времени, совпадающем с работой амбулаторно-поликлинических учреждений. В то же время 16,1% поступают в отделение в ночное время суток, причиной чего являются эндометрит, угрожающий выкидыш, мастит, срочные роды.

На протяжении года 2,1% женщин госпитализировались повторно, что связано с эндометритом, угрожающим выкидышем, маститом, аднекситом, бартолинитом.

Исходом стационарного лечения у большинства (98,0%) явилось выздоровление или улучшение состояния здоровья, 0,5% - перевод в другие отделения, 1,5% - летальность.

Таким образом, высокая распространенность патологии оказывает

Репозиторий ГрГМУ

негативное воздействие на репродуктивную функцию женщин и может приводить к невынашиванию беременности, осложнениям в период беременности и родов, влиянию на состояние здоровья новорожденного.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА КОЖНО-ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПО ДАННЫМ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Болтач Р.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедры общественного здоровья и здравоохранения, дерматовенерологии

Научные руководители – к.м.н., доцент Г.И. Заборовский; к.м.н. И.Г. Барцевич

Материалом данного исследования послужили лица, находившиеся на стационарном лечении в кожно-венерологическом диспансере одного из городов республики.

Изучению подвергнуты все случаи госпитализации за 2004 год общим количеством 1719 человек. Источником информации явились «Статистические карты выбывшего из стационара».

Отчетные данные не дают полной картины об эпидемиологии исследуемой патологии, поскольку шифровка заболеваний, явившихся причиной госпитализации, осуществляется по основному заболеванию. Учет сопутствующей патологии показал, что болезненность кожными и венерическими заболеваниями возросла на 13,4% и составила 1333,8 случая на 1000 госпитализированных. Несмотря на превалирование среди госпитализируемых (в 1,8 раза) мужчин, статистически достоверного различия показателей болезненности по полу не выявлено (мужчины – 1122,4‰, женщины – 1154,2‰, $t<2$).

Прослеживается неравномерность интенсивности поступления в стационар по дням недели. Пик уровня госпитализации приходится на понедельник (28,9%). В последующем наблюдается достоверное

Репозиторий ГрГМУ

ежедневное снижение (в 1,3 раза) потока госпитализированных до минимального показателя (2,3%) – в субботу.

Распространенность кожно-венерических заболеваний по данным госпитализации уменьшается прямо пропорционально с увеличением возраста в среднем в 1,1 раза в каждом последующем десятилетнем интервале, начиная с подросткового возраста, вплоть до предпенсионного периода, где отмечается незначительный рост. В целом, 87,2% мужчин и 81,5% женщин находятся в трудоспособном возрасте.

Максимальные цифры исследуемой патологии установлены у детей и подростков, которая на 87,8% формируется за счет 4-х нозологических форм: микозы (54,1%), чесотка (12,2%), пиодермия (11,3) и дерматит (10,2).

Как показали результаты исследования, в формировании уровня госпитализации выступают около трех десятков заболеваний. В то же время основной поток пациентов (90,6%) обусловлен семью нозологическими формами. Лидирующие позиции занимают экзема (21,4%) и микозы (19,2%). На последующих местах – псориаз (15,7%), дерматит (12,8%), пиодермия (8,8%), сифилис (7,3%) и чесотка (5,4%).

Каждой возрастной группе присуща своя ведущая причина госпитализации. Так, первую строку в молодом возрасте (18-19 лет) занимает пиодермия, в возрастном интервале 20-29 лет – сифилис, 30-39 лет – псориаз, а начиная с 40 лет и старше – экзема.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре исследуемого контингента составила 12,2±0,2 дня. На этот показатель оказывают влияние пол и возраст. У женщин срок лечения в стационаре выше (13,16±0,2), чем у мужчин (11,68±0,1, t=6,7). Средний срок пребывания колеблется в широких пределах в зависимости от нозологической формы заболевания от 6,4 дня при чесотке до 20,3 дня – при сифилисе. Одновременно с этим, почти каждый седьмой пациент (13,9%) лечился в стационаре свыше 20 дней.

Репозиторий ГрГМУ

Таким образом, объективная оценка контингента госпитализируемых может служить информационной основой при организации лечебно-профилактической помощи больным кожными и венерическими заболеваниями.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРЕПАРАТОМ «КЛИМАДИНОН»

Борель (Корончик) Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Т.Ю.Егорова

К числу наиболее значимых последствий и клинических проявлений эстрогенного дефицита, оказывающих значительное влияние на качество жизни женщины в пери- и постменопаузальном периоде, относятся вегето-невротические проявления, урогенитальные нарушения, сердечно-сосудистые заболевания и остеопороз. При наличии противопоказаний к заместительной гормональной терапии климактерических нарушений могут применяться препараты из растительного сырья. В состав препарата «Климадинон» входит экстракт цимицифуги, который содержит высокоспецифичные и органоселективные фитоэстрогены.

Цель исследования: оценить степень эффективности применения препарата «Климадинон» для лечения климактерических нарушений.

Объект исследования: 131 женщина в возрасте старше 40 лет с искусственным или естественным развитием менопаузы. Из них 59 женщин составили группу сравнения (не получали заместительную гормональную терапию) и 72 женщины – исследуемую группу (получали «Климадинон»).

Материалы и методы: всем женщинам предлагалось заполнить специальный опросник, с помощью которого определялась степень тяжести климактерического синдрома по таким симптомам, как приливы

Репозиторий ГрГМУ

жара, головная боль, слабость, бессонница, сердцебиение, склонность к депрессии и др., и частота встречаемости некоторых средневременных расстройств (выпадение волос, ухудшение эластичности кожи, учащенное мочеиспускание и затруднения с удержанием мочи, сухость влагалища). Проводилась сравнительная оценка результатов группы сравнения и исследуемой группы. Женщины, которые принимали «Климадинон», заполняли опросник трижды: на 4-ой, 8-ой и 12-ой неделях лечения. Это позволило оценить время наступления клинического эффекта препарата в терапии климактерического синдрома. Помимо этого, проводилась сравнительная оценка побочных эффектов некоторых гормональных препаратов и фитопрепарата «Климадинон» на основании уже имеющихся клинических данных.

У 63,9% женщин из исследуемой группы через 3 месяца терапии наблюдали исчезновение приливов жара и улучшение общего состояния. Головная боль и головокружение купировались в 83,4% случаев. Бессонница, нарушения ритма сна – в 94,4% случаев. 88.9% женщин отметили улучшение психо-эмоционального состояния.

Из средневременных расстройств через 3 месяца лечения у 93% женщин отметили улучшение состояния кожи и у 90,3% женщин – устранение сухости влагалища.

Заключение: 1. Препарат «Климадинон» значительно улучшает состояние женщин с климактерическими нарушениями.

2. Не имеет противопоказаний, свойственных препаратам для заместительной гормональной терапии.

3. У наших пациенток отсутствовали побочные эффекты.

4. «Климадинон» можно рекомендовать как альтернативную терапию климактерического синдрома при наличии противопоказаний к заместительной гормональной терапии.

Литература:

1. Менопаузальный синдром/ В.П. Сметник и др., под ред. В.И.

Репозиторий ГрГМУ

Кулакова и Е.М. Вихляевой.- Москва, 1996.- 64с.

2. Егорова Т.Ю. Климадинон – как альтернатива заместительной гормональной терапии. ГрГМУ, Гродно.

НЕКОТОРЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕЧЕНИ КРЫС В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Бородинская В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биохимии

Научный руководитель - к.м.н., ассистент М.Н.Курбат

Алкоголизм по-прежнему остаётся важной медико-биологической проблемой, несмотря на многие десятилетия её всестороннего изучения. Алкогольная интоксикация оказывает выраженное влияние на углеводный обмен. Степень и направленность метаболитных сдвигов зависит от дозы, длительности и метода введения алкоголя, вида, пола и возраста животных, состояния питания и времени экспозиции.

Хорошо изучены эффекты острой и хронической алкогольной интоксикаций на отдельные звенья углеводного обмена. Однако мало освещены вопросы о влиянии прерывистой алкоголизации на состояние углеводного обмена в печени. Учитывая важную роль углеводов в обмене веществ и тот факт, что модель прерывистой алкоголизации напоминает реальную ситуацию с потреблением этанола в человеческом обществе, такого рода исследование представляется нам весьма актуальным.

Цель исследования - изучить влияние этанола, вводимого в прерывистом режиме, на обмен углеводов в печени крыс и индикаторных ферментов сыворотки крови.

Опыты были проведены на белых крысах-самцах линии Вистар массой 160-180 г, содержащихся на стандартном рационе вивария. Доступ к воде и корму был свободным, световой режим естественным.

Репозиторий ГрГМУ

Животные были разделены на 2 группы по 8 особей в каждой. Животные 1 группы были алкоголизированы путём внутрижелудочного введения 25% раствора этанола через зонд в дозе 3,5 г/кг массы 2 раза в сутки. Животные получали алкоголь в течение 4-х суток с последующей 3-х суточной отменой. Было воспроизведено 4 цикла «алкоголизация-отмена». Контрольные животные по той же схеме получали воду. Декапитация опытных и контрольных животных проводилась через 24 ч. после последнего введения.

В центрифугатах печени определяли общепринятыми методами активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), 6-фосфоглюконатдегидрогеназы (6-ФГДГ), гексокиназы (ГК) и содержание глюкозо-6-фосфата (Г-6-Ф). В сыворотке крови определяли активность маркёрных ферментов АЛТ, АСТ, γ-глутамилтранспептидазы (ГГТП). Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статистических программ Microcal Origin 6.0. Достоверность различий выборок оценивали методами параметрического и непараметрического анализа t Стьюдента.

В результате проведенного эксперимента выявлено, что хроническая алкоголизация сопровождается повышением активностей АЛТ на 40%, АСТ на 50%, ГГТП на 120% по отношению к контролю, что может свидетельствовать о поражении мембран гепатоцитов этанолом. Одновременно обнаружено, что у алкоголизированных животных на 30% снижен уровень Г-6-Ф при одновременном возрастании активности Г-6-ФДГ и 6-ФГДГ на 25% и 30% соответственно. Активность ГК ниже на 24%. Это, по всей видимости, связано с отвлечением Г-6-Ф в пентозофосфатный путь превращения углеводов.

Полученные результаты указывают на то, что хроническая прерывистая алкоголизация приводит к ацетальдегид-опосредованному повреждению мембран гепатоцитов и изменению скорости реакций углеводного обмена. Это следует учитывать при метаболической коррекции этих нарушений в комплексной терапии

Репозиторий ГрГМУ

алкоголизма.

ПРОФИЛАКТИКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

Бравинская В.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель - к.м.н., доцент В.М. Ивашин

Экстремальной называют возникшую ситуацию, характеризующуюся значительным социально-экологическим и экономическим ущербом, необходимостью проведения эвакуационно-спасательных работ и ликвидации негативных последствий случившегося.

Психологическое перенапряжение, возникающее в результате угрозы жизни и здоровью, может служить источником дезадаптации с её различными проявлениями в виде психических расстройств и нарушений психотического регистра.

В экстремальных условиях у пострадавших включаются механизмы психологической защиты – различные типы реагирования на ситуацию. Первичными формами психических расстройств являются аномальные (неадекватные стимулу) реакции.

Кроме этого, у большинства людей, хотя и не стабильно, имеется конституционная предрасположенность к развитию тех или иных заболеваний. Проявление их наиболее вероятно у лиц с психопатиями и с акцентуированными (латентные формы психопатий) чертами характера.

Знание частоты, психической структуры и клинической динамики возникающих в экстремальных условиях психических расстройств позволяют организовать адекватную личебно-профилактическую помощь.

На начальном этапе при обнаружении аварии важно первичное

Репозиторий ГрГМУ

осознание её опасности, своевременное сообщение об аварии в соответствии с принятыми схемами; оценка обстановки и принятие решения о задействовании существующих планов, необходимых сил и средств, привлечение консультантов и специалистов.

Среди психопрофилактических мероприятий важное место занимает четкое управление. Если при появлении моральных потрясений людей не наладить постоянное оповещение конкретной информацией, не обеспечить четкого управления, своевременного доведения сигналов и порядка действий по ним, ослабить руководство массами, паника и другие отрицательные явления неизбежны.

Наряду с воспитанием умения не теряться в сложных жизненных ситуациях, развивающихся в экстремальных условиях, важнейшее профилактическое значение имеют компетентность, профессиональные знания и навыки, нравственные качества людей, управляющих сложными механизмами и технологическими процессами.

Обучение личного состава санитарных постов, санитарных дружин, отрядов первой медицинской помощи должно проводиться с соблюдением основного правила дидактики: вначале разрабатываются учебные программы и планируется приобретение теоретических знаний, затем формируются практические навыки и отрабатывается умение оказания помощи, доведенное до автоматизма. В частности, личный состав санитарных постов и санитарных дружин, отрядов первой медицинской помощи должен знать основные синдромы нарушения психической деятельности в экстремальных ситуациях и уметь пользоваться современными средствами оказания помощи при двигательном возбуждении.

Не без оснований полагают, что неконтролируемый страх свидетельствует о неуверенности в себе, своих знаниях, умениях. Он же может вести к паническим реакциям, для предотвращения которых надо пресекать распространение ложных слухов, проявлять твердость

Репозиторий ГрГМУ

с «лидерами» паникеров, направлять энергию людей на спасательные работы.

В современных условиях есть все основания более широко использовать данные психологии, психотерапии, психогигиены и других дисциплин с целью оптимизации деятельности людей в экстремальных ситуациях, необходимой для преодоления повышенных психологических и физических нагрузок.

РЕДКИЙ ВАРИАНТ ХОДА ЛЕВОЙ ЯИЧНИКОВОЙ АРТЕРИИ

Брикач А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – ст. преподаватель Т.П.Пашенко

Вариабельность сосудов брюшной полости очень велика. Это отмечается большинством хирургов, работающих на органах брюшной полости и полости таза. Магистральные сосуды, начинаясь от брюшной аорты, могут крупным стволом достигать органа или по пути рассыпаться на несколько мелких стволиков.

Как известно, яичниковые артерии начинаются от передней поверхности брюшной аорты сразу же после отхождения почечных артерий, затем присоединяются к венам и вместе с венами направляются в полость малого таза, достигая ворот органа, где разветвляются на свои концевые ветви.

С целью изучения хода яичниковых и почечных артерий нами предпринято препарирование 3 трупов женского пола. На одном из трупов нами обнаружено, что левая яичниковая артерия имеет аномальный вариант своего хода.

Начавшись от брюшной аорты, левая яичниковая артерия поднимается вверх и влево, на протяжении 2.4 см, и располагается между левой почечной артерией и почечной веной, спереди от артерии и сзади вены. Затем перегибается через верхний край левой почечной

Репозиторий ГрГМУ

вены и по ее передней поверхности, на протяжении 1.5см, спускается вниз, где присоединяется к левой яичниковой вене. Дальше на всем протяжении артерия сопровождает вену, находясь кнутри от нее. И вместе они, образуя сосудисто-нервный пучок, направляются в полость таза к левому яичнику.

Левая яичниковая вена имеет классический ход, т.е. поднимается вертикально вверх и под прямым углом впадает в левую почечную вену.

Правая же яичниковая артерия, начавшись от брюшной аорты, на всем протяжении спускается вместе с веной к правому яичнику и располагается кнутри от вены.

Таким образом, этот редкий вариант хода левой яичниковой артерии, обнаруженный нами при изучении хода и ветвления парных висцеральных ветвей брюшной аорты, можно объяснить местом закладки яичника из индифферентной половой железы медиальнее почки и каким-то нарушением процесса его опускания в полость таза.

ПОСМЕРТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛИМИНАЦИИ ЭТАНОЛА В МОЗГЕ КРЫСЫ

Бубен А.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – д.б.н., профессор С. М. Зиматкин

Обмен этанола и способ его биохимического действия на организм млекопитающих – весьма актуальная проблема современной биохимии и физиологии. Проделанные опыты на гомогенатах убедительно доказали, что окислительные ферментативные системы головного мозга, в особенности каталаза и система цитохромов (в особенности, цитохром Р-450 2Е1) способны к окислению этанола. В своих исследованиях мы уже подтвердили эту возможность в опытах на живом мозге крысы. Целью настоящего исследования явилась оценка посмертных изменений элиминации этанола и образующегося при

Репозиторий ГрГМУ

окислении этанола ацетальдегида (АА) в мозге крысы.

Для экспериментов мы воспользовались представленной ранее методикой медленной перфузии раствора этанола (100 мМ) в искусственной церебро-спинальной жидкости (ИЦСЖ). Иглу для введения раствора для перфузии вводили согласно координат атласа Паксиноса (Paxinos). Для введения мы использовали боковой желудочек головного мозга, а для отбора – большую цистерну у основания мозга. Выход перфузата осуществлялся самотёком под влиянием повышенного давления нагнетаемой жидкости. Отбор проб проводили каждые пять минут. Через час после начала перфузии крысе в сердце вводили воздух для умерщвления. Далее эксперимент продолжали над мёртвым животным, отбирая пробы перфузата каждые 5 минут в течение часа, потом ещё 1 час через 10 минут и далее через 20 минут эксперимента. Общая длительность опыта составляла 6 часов. Этанол и ацетальдегид в пробах определяли газохроматографическим способом (газовый хроматограф HP 6890 с ПИД и колонкой размером 2,5м. х 2 мм; наполненной хроматоном N-AW DMCS, пропитанным Carbowax 5% 20M). Для исключения артефактного АА производилась калибровка его образования в пробах с различными концентрациями этанола. Найденный уровень артефактного АА в дальнейшем вычитался из полученных данных.

Установлено, что этанол активно удаляется тканью головного мозга. В перфузате у живого животного определялось порядка 5-7% этанола, по сравнению с его исходным уровнем в перфузионном растворе. В перфузате удалось обнаружить также АА в концентрациях порядка 18 – 23 мкм, что указывает на его образование из экзогенного этанола, в результате окисления последнего тканью мозга. После гибели крысы концентрация этанола в перфузате резко возрастала (до 55 - 60% от исходной, вероятно из-за прекращения кровотока в её мозге), а потом ещё несколько возрастала с течением времени, возможно, в связи с постепенным угнетением его ферментативного

Репозиторий ГрГМУ

окисления в мозге. Уровень ацетальдегида также резко возрос (до 50 – 60 мкМ), а потом постепенно снижался. Таким образом, можно полагать, что порядка 45 – 55% спирта из перфузионной жидкости уносится из мозга кровью в процессе диффузии. Остальная часть этанола окисляется тканью головного мозга. Подъём уровня АА свидетельствует о том, что большая часть образующегося из этанола АА быстро окисляется альдегидегидрогеназой головного мозга. После гибели животного активность альдегидегидрогеназы в условиях недостатка восстановленных эквивалентов НАД быстро снижается, что, вероятно, и приводит к быстрому возрастанию количества АА в перфузате. При этом нельзя исключить, что часть АА уносится из мозга кровью, несмотря на высокую альдегидокисляющую активность гемато-энцефалического барьера. Этот процесс останавливается в момент смерти животного.

ПЕРОКСИДАЦИОННЫЕ И АНТИОКСИДАНТНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Буденис О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.б.н., доцент Н.Э.Петушок

К настоящему времени накоплено немало фактов, убедительно показывающих, что в патогенезе алкогольного повреждения пищеварительного тракта значительную роль играют активные формы кислорода и индуцируемые ими процессы липопероксидации. Полагают, что не сам этанол является индуктором перекисного окисления липидов, а продукты, образующиеся при его окислении. Учитывая особенности метаболизма спирта в печени и отделах желудочно-кишечного тракта, можно допустить, что интенсивность процессов перекисного окисления липидов и функциональная

Репозиторий ГрГМУ

активность антиоксидантной системы при воздействии алкоголя в названных тканях может существенно отличаться. Поэтому выявление отделов пищеварительной системы, наиболее чувствительных к агрессивному действию этанола, представляется весьма важным.

Эксперимент проводился на половозрелых крысах-самцах линии Вистар массой 200-220 г, которые содержались на диете, состоящей только из сухого корма. В качестве единственного источника питья животные в течение 6 недель получали 15%-ный раствор этанола. Группа контрольных животных в качестве питья получала изокалорический раствор глюкозы. Опытная и контрольная группы состояли из 8 животных. В гомогенатах печени, слизистого эпителия желудка, тонкого и толстого кишечника оценивали содержание белка, восстановленного глутатиона и тиобарбитурат-реагирующих продуктов (ТБК-РП). Белок определяли по методу Лоури, концентрацию восстановленного глутатиона (GSH) - спектрофотометрически с использованием реактива Эллмана. О количестве ТБК-РП судили по интенсивности характерного розового окрашивания, возникающего при реакции с тиобарбитуровой кислотой.

Мы наблюдали интенсификацию процессов перекисного окисления липидов в эпителии тонкого кишечника. Об этом свидетельствовало повышение (на 48%) уровня ТБК-РП в данном отделе. Достоверных изменений этого показателя ни в одном из других исследованных отделов пищеварительной системы нами не обнаружено. Мы также не выявили изменений в уровне восстановленного глутатиона в отделах пищеварительного тракта животных, подвергнутых хронической алкогольной интоксикации. В печени животных концентрация этого трипептида увеличена на 85%. Содержание белка в исследованных нами отделах пищеварительного тракта при хроническом воздействии этанола не изменялось. В клетках печени алкоголизированных животных уровень белка возрастал.

Полученные нами результаты показывают, что хроническая

Репозиторий ГрГМУ

алкогольная интоксикация продолжительностью в 6 недель не вызывает активизации процессов перекисного окисления в печени, слизистом эпителии желудка и толстого кишечника. Усиление пероксидации наступает только в тонком кишечнике, ткани, как известно, довольно чувствительной к свободно-радикальным процессам. Хроническая алкогольная интоксикация не влияет на пул восстановленного глутатиона в слизистом эпителии отделов ЖКТ. Возможно, этому способствует активная работа печени. Согласно литературным данным, этот орган обладает мощной системой синтеза восстановленного глутатиона, который впоследствии перераспределяется по другим тканям. Возможно, что наблюдаемая нами увеличенная концентрация GSH в печени и обусловливает его стабильный уровень в других исследованных тканях.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАПРАВЛЕНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ ЛИХОРАДКЕ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Бузук Т.Г., Пранюк Ю.Е., Гусак Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.В. Васильев

Общее число больных, обратившихся в ГОИКБ с диагнозом «лихорадка неустановленной этиологии» (ЛНЭ) относительно невелико и составляет около 1,5% от всех обратившихся за помощью. Однако эта категория больных требует широкого применения диагностических исследований, нередко требует эмпирического применения антибактериальных препаратов, в то время как их применение зачастую малоэффективно, а также характеризуется длительным пребыванием в стационаре.

Целью настоящего исследования стало определение возможных

Репозиторий ГрГМУ

дифференциально-диагностических критериев заболеваний, наиболее часто протекающих «под маской» ЛНЭ.

Материал и методы. Изучено 52 случая обращения в течение 2006г. в ГОИКБ больных, которым на догоспитальном этапе был выставлен диагноз «ЛНЭ». Полученные данные подвергнуты ранговому корреляционному анализу, с целью установления связи с наиболее часто встречающейся патологией (ОРВИ, ЛОР – патология, патология почек), при которой больным выставляется «рабочий» диагноз ЛНЭ.

Полученные результаты. С диагнозом ОРВИ (чаще других – аденовирусная инфекция), который протекал «под маской» ЛНЭ, обнаружена корреляция с осенним периодом (+0,42; $p<0,05$), гипотензия (+0,62; $p<0,05$), относительный лимфоцитоз крови (+0,65; $p<0,05$), низкий удельный вес мочи(+0,61; $p<0,05$), нормальные показатели мочевины (+0,69; $p<0,05$), а при непосредственно аденовирусной инфекции повышение АлАТ (+0,64; $p<0,05$).

Почечная патология (чаще хронический пиелонефрит), протекавшая в виде ЛНЭ, чаще развивалась летом (+0,41; $p<0,05$). Для этих больных были характерны такие жалобы, как: слабость (+0,48; $p<0,05$), похудание (+0,55; $p<0,01$), анорексия (+0,55; $p<0,01$). Лихорадка в этой группе больных носила длительный (до 3 месяцев) характер (+0,48; $p<0,05$). По данным УЗИ, у этих больных отмечалось увеличение селезенки (+0,55; $p<0,01$), в лабораторных данных отмечалась базофилия в крови (+0,53; $p<0,05$), моноцитопения (+0,58; $p<0,05$), гипопротеинемия (+0,52; $p<0,05$).

Для ЛОР – патологии (чаще хронический тонзиллит) было характерно: боль в горле (+0,43; $p<0,05$), головная боль (+0,42; $p<0,05$), гиперемия зева при этом не обнаружила достоверной связи с ЛОР – патологией (+0,23; $p<0,5$). Характерно для этой группы больных было наличие шейной лимфаденопатии (+0,59; $p<0,01$). Рентгенологические изменения в придаточных пазухах носили, практически абсолютный, диагностический характер (+0,77; $p<0,001$). В анализах мочи для этой

Репозиторий ГрГМУ

группы больных была характерна протеинурия (+0,53; p<0,05). При УЗИ исследовании у этой группы лиц часто отмечались изменения со стороны щитовидной железы (+0,67; p<0,05).

Выводы. Существуют отдельные «малые» признаки, выявление которых позволяет практическому врачу при работе с больным с ЛНЭ продолжить обследование больного в более определенном направлении.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКА И ДИНАМИКА ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Бузук Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии с курсом общей психологии

Научный руководитель - д.м.н., профессор Е.Г. Королева

Цель: выявление тенденций развития исследований в области изучения клинических особенностей, психопатологии, методов диагностики и лечения острых транзиторных психотических расстройств, а также исхода и прогностических данных указанных заболеваний.

Материалы и методы: исследовательский обзор выполнен по материалам научно-медицинской литературы, а также по базам данных "MEDLINE", "Scirus" "Current Contents", “Пантелеймон”, “Российская медицина”. Для окончательного анализа были отобраны 102 работы, включая статьи, тезисы, авторефераты диссертаций.

Острые и транзиторные психотические расстройства (далее ОТПР) были впервые выделены в отдельную нозологическую рубрику в Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра на основе исследовательских диагностических критериев, принятых Всемирной организацией здравоохранения в 1993 году.

Указанные расстройства представляют собой гетерогенную группу

Репозиторий ГрГМУ

психических заболеваний, характеризующихся острым началом психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций, нарушений восприятия) и возникновением выраженных отклонений от обычного поведения. При этом отсутствуют признаки, указывающие на какие-либо органические причины. Расстройства часто возникают в связи с острым стрессом, однако в значительной части случаев такая связь может отсутствовать.

Острые психотические расстройства могут выступать как начальные проявления шизофрении, диагностируемой уже при последующих госпитализациях. Также грубые расстройства поведения, являющиеся одними из манифестирующих симптомов острых и транзиторных психотических расстройств, могут проявляться агрессивными и аутоагрессивными действиями, вплоть до суицидальных попыток.

Отечественная психиатрия относила такие психотические состояния к реккурентной (В.А. Концевой, 1965; Г.Е. Сухарева, 1974) или к шубообразной (Л.М. Савченко, 1974; К.Е. Борисова, 1983) шизофрении. За рубежом транзиторные психозы достаточно давно было предложено вынести в самостоятельную форму психической патологии (L. Flory, 1974; J.P. Tupin, U. Halbreich, J.J. Pena, 1984).

Количество работ, посвященных острым и транзиторным психотическим расстройствам, в западной психиатрии в несколько раз превышает количество подобных исследований в странах СНГ. Кроме того, значительная часть отечественных работ, посвященных кратковременным психотическим расстройствам, выполнена на судебно-психиатрических материалах. Исследования по данной теме, выполненные в общеклинической психиатрической практике, немногочисленны.

Сведения об условиях возникновения, клинических вариантах, психопатологии, прогнозе, особенностях течения острых транзиторных психотических расстройств в русскоязычной литературе фрагментарны

Репозиторий ГрГМУ

и часто противоречивы. Нет также сведений о прогностической значимости тех или иных (в частности, негативных) симптомов острых психотических расстройств.

Заключение: на основании анализа литературных данных показано, что эту проблему нельзя считать изученной, количество печатных работ, в особенности русскоязычных, по ней недостаточное, эти работы являются фрагментарными. Таким образом, проблема требует более детального изучения.

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ДЕПРЕССИВНЫХ БОЛЬНЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

Бузук С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научные руководители - д.м.н., профессор Е.Г. Королева; к.м.н, доцент М.А. Ассанович

Эффективное решение проблемных ситуаций, с которыми сталкивается человек, зависит от многих факторов, к которым относятся: индивидуально-личностные особенности индивида, механизмы психологической защиты – бессознательная психическая активность, способствующая снижению эмоционального напряжения и тревоги. Значительную адаптационную функцию выполняют копинг-стратегии, которые представляют собой сознательно организованное поведение, направленное на преодоление стрессовой ситуации и разрешение возникшей проблемы. Копинг-механизмы требуют больших энергетических затрат, вследствие чего они включаются не сразу при встрече со стрессовой ситуацией, а через некоторое время. Следует отметить, что существуют как адаптивные (эффективные), так и неадаптивные (неэффективные) копинг-стратегии. Закономерно, что неэффективные механизмы совладания снижают адаптационные способности, тем самым затрудняют процессы принятия решения в

Репозиторий ГрГМУ

сложной ситуации.

Депрессивное состояние характеризуется особым мироощущением пациентов. Его составными компонентами являются чувство тоски, тревоги, ощущение беспомощности и бессилия. Данные ощущения порождают страх перед жизнью и ее проблемами и, соответственно, стремление уйти от них любой ценой, таким образом, появляются суицидальные тенденции. Учитывая вышесказанное, можно предположить, что депрессивные переживания оказывают прямое влияние на сознательно организованное поведение, направленное на преодоление стрессовой ситуации.

Нами было обследовано 22 пациента с депрессивными переживаниями, у которых отмечались суицидальные тенденции: умеренный депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство (согласно критериям МКБ-10). Среди исследуемых было 13 женщин и 9 мужчин, средний возраст 42 года. Для определения основных копинг-стратегий данной категории пациентов применялась методика Э.Хайма «Опросник для изучения копинг-поведения». Опросник определяет основные копинг-стратегии в социальной, когнитивной и эмоциональной сферах.

Анализ полученных данных показал высокую частоту таких неадаптивных копинг-стратегий, как растерянность и отчаяние у депрессивных пациентов с суицидальными тенденциями. Данные копинг-механизмы проявляют себя в когнитивной и эмоциональной сферах и обусловливают дезадаптивный стиль совладания со стрессовыми ситуациями. Наличие перечисленных стратегий, возможно, определяет возникновение суицидальных тенденций.

Из сказанного следует, что проблемно-ориентированные интервенции у данных больных должны быть направлены на развитие когнитивного контроля и эмоциональной компетенции.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Репозиторий ГрГМУ

МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Букач И.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.В. Яковлева

Вегетативная нервная система выполняет важнейшую роль в регулировании жизненных функций организма. Её нарушения являются диагностически значимыми в качестве ранней манифестации психосоматических заболеваний. Цель работы – оценить состояние вегетативной нервной системы практически здоровых лиц молодого возраста.

Обследовано 45 человек в возрасте 21 – 24 лет. В ходе исследования проводилась ортостатическая проба и проба с физической нагрузкой (ФН). Рассчитывались вегетативный индекс Кердо (ВИК), минутный объем крови (МОК). Использовался вопросник для выявления синдрома вегетативной дисфункции (СВД). Статистическая обработка осуществлялась на персональном компьютере с помощью пакета Excel.

При оценке исходного вегетативного тонуса (ИВТ) было выявлено преобладание парасимпатикотонии как по показателю ВИК (36 (80%) человек), так и по МОК (23 (51%) человека).

По результатам ортостатической пробы у 98% имела место недостаточность вегетативного обеспечения деятельности (ВОД).

При проведении пробы с ФН у 21 (48%) человека из 44 выявлена адекватная реакция на нагрузку, из них у 2 не отмечалось учащения пульса, что может свидетельствовать об их физической тренированности, а у 14, напротив, имело место чрезмерное учащение пульса, что, возможно, говорит о неприспособленности организма к нагрузкам. У 23 (52%) человек по данной пробе наблюдалась патологическая реакция: у 8 (18%) человек – астеническая, у 15 (34%) –

Репозиторий ГрГМУ

гиперстеническая.

При сравнении групп с адекватной и патологической реакцией на ФН было выявлено, что в первой группе признаки СВД присутствуют у 12 (57%) человек, тогда как во второй – у 20 (87%) ($p<0,05$). Также для второй группы характерны в большей степени такие признаки вегетативных изменений, как: ощущение сердцебиения, «замирания», «остановки сердца», затруднение дыхания при волнении или в душном помещении.

Таким образом, в результате данного исследования выявлена парасимпатическая направленность ИВТ, преобладание недостаточного ВОД и патологической реакции на ФН, что свидетельствует о значительных изменениях в вегетативной сфере практически здоровых лиц молодого возраста и требует соответствующей коррекции.

Литература:

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – 752 с.

2. Гланц С. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459 с.

3. Казначеев, В.П. Современные аспекты адаптации / В.П. Казначеев. – Новосибирск: Наука, 1980. – 189 с.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ ВИЧ\СПИДОМ

Буковская М. Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – ст. преподаватель Н.Е. Хильмончик

Прошло более 20 лет с момента регистрации первых случаев ВИЧ-инфекции в мире. За этот сравнительно небольшой период болезнь охватила население практически всех континентов. Заболевание стало

Репозиторий ГрГМУ

важнейшей медицинской, социальной, политической проблемой, т.е. приобрело глобальные масштабы.

Основная цель сестринского ухода – помочь пациенту максимально адаптироваться к своему состоянию с учётом выявленных проблем на протяжении всего периода ВИЧ\СПИДа.

Сестринские вмешательства направлены на решение как существующих, так и потенциальных проблем пациента со здоровьем. В этой связи перед медицинской сестрой стоят следующие задачи:

– тактичное информирование пациента о состоянии его здоровья;

– устранение факторов, препятствующих адаптации пациента к его новому состоянию. В первую очередь это касается его психического здоровья, т.к. стресс, полученный при первичном сообщении пациенту его диагноза, может привести к непредсказуемым последствиям. Часто ВИЧ-инфицированный человек начинает злоупотреблять алкоголем, наркотиками, у него возникают суицидальные мысли. Поэтому задача медсестры – как можно лучше и быстрее адаптировать больного к его новому состоянию:

– обучение пациента самоуходу, контролю за своим состоянием; а также обучение родственников и близких людей уходу за пациентом в тяжёлом состоянии и вопросам профилактики. При дальнейшем развитии ВИЧ-инфекции у пациента на первый план выходят физиологические проблемы. В связи с этим очень важно научить больного и его родственников правильным действиям при некоторых проявлениях сопутствующих заболеваний. Особое место в работе медицинской сестры занимают вопросы профилактики ВИЧ\СПИДа у людей, окружающих больного;

– оказание квалифицированной сестринской помощи, включающей четкое выполнение независимых, взаимозависимых (подготовка больного к диагностическим процедурам) и зависимых (врачебные назначения) сестринских вмешательств.

Все эти, а также и множество других задач, медицинская сестра

Репозиторий ГрГМУ

сможет решить, прибегнув к сестринскому процессу, как к неотъемлемой составляющей современной модели сестринского дела.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Булкина Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – ст. преподаватель Е.В. Головкова

Острые лейкозы занимают ведущее место в структуре заболеваемости гемобластозами, составляя приблизительно 1/3 от их общего числа. Мужчины болеют чаще, чем женщины. Исследователи отмечают 2 пика заболеваемости: в возрасте 3-4 и 60-69 лет.

Лечение, проводимое больным с острым лейкозом, будет малоэффективным или вообще неэффективным без соответствующего ухода, который осуществляют медицинские сестры.

Ведь целью ухода за такими больными является поддержание их «человеческого» существования на уровне принятых обществом стандартов, создание максимального уровня качества жизни. Большая роль принадлежит медицинской сестре в обеспечении эмоциональной и психологической поддержки пациентов, обучение больных и их родственников, координирование действий социальных работников. Медицинская сестра должна сочетать в себе не только аккуратность, приветливость, милосердие, трудолюбие, но и образование, интеллект, организаторские способности, порядочность, творческое мышление, профессиональную компетентность. Выступая в роли исполнителя, медицинская сестра контролирует уход за пациентом, помогает ему выполнять назначения, предписанные врачом. Медицинская сестра планирует и реализует полную программу сестринских действий, направленных на улучшение здоровья, реабилитацию после болезни или поддержку в необратимых случаях.

Репозиторий ГрГМУ

Ключевой ролью медицинской сестры является проведение лекарственного лечения для облегчения симптомов болезни, таких как боль, снижение функций дыхания, усталость, депрессия.

Целью I этапа сестринского процесса является: сбор, обоснование полученной информации о состоянии пациента, т.е. сестра собирает анамнез, включающий выявление жалоб, истории настоящего заболевания, перенесенных заболеваний, истории жизни, а также выявление других проблем, волнующих больного. Источником информации может быть больной, члены его семьи, коллеги по работе, медработники, медицинская документация (амбулаторная карта, выписка из истории болезни и т.д).

На II этапе медицинская сестра определяет проблемы, возникающие у пациента, устанавливает факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем и формулирует сестринский диагноз. Например, у больного острым лейкозом сильные боли в правой нижней конечности, обусловленные разрастанием опухолевого процесса и проявляющиеся ограничением подвижности.

На III этапе медсестра составляет план ухода за больным. При необходимости она должна ввести обезболивающее средство, снять стрессовое состояние у пациента с помощью беседы.

На IV этапе медицинская сестра оказывает помощь пациенту в выполнении жизненных потребностей, обучает самоуходу, дает советы относительно его здоровья.

На V этапе медсестра оценивает полученные результаты.

Все мероприятия, проводимые медицинской сестрой, оказание социальной поддержки пациентам с острым лимфобластным лейкозом дают определенный качественный эффект: удается существенно продлить жизнь таким больным и значительно улучшить качество жизни.

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ КАК ПРИЧИНА ВЫЗОВОВ СКОРОЙ

Репозиторий ГрГМУ

ПОМОЩИ

Булыко О.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М.Тищенко

Травмы в детском возрасте имеют существенный удельный вес заболеваемости детей.

Нами проанализировано 446 карт вызовов скорой медицинской помощи по поводу несчастного случая. Пострадавших в возрасте до года - 5% (из них 13 мальчиков и 9 девочек), в возрасте от 1 до 2 лет- 25% (из них 173 мальчика и 40 девочек), от 3 до 6 лет 19% (из них 56 мальчиков и 29 девочек), от 7 до 14 лет- 37% (113 мальчиков и 50 девочек) и в возрасте от 15-17 лет –14% (из них 42 мальчика и 21 девочка).

Мальчики в 2 раза чаще травмируются, чем девочки (67% вызовов скорой медицинской помощи). Преимущественно регистрировались случаи повреждений головы и шеи (29%). Второе место занимают травмы верхних конечностей и нижних конечностей (18%), а третье место - ожоги (16%). На последствия проникновения инородного тела через естественные отверстия приходится 32 случая (7%).

Среди повреждений головы и шеи преобладают поверхностные травмы головы (56% от этой группы случаев). Распространенными повреждениями являются: открытая травма предплечья (25% от числа случаев этой группы) и перелом костей предплечья (18%). Переломы костей голени (20%) наиболее распространенная травма из группы травм нижних конечностей.

Часто регистрируются ожоги запястья и кисти (21% от общего числа ожогов), а также ожоги нескольких областей тела (33%). У девочек ожоги нескольких областей тела имеют место в 50% случаев от общего количества ожогов, а травмы локтя и предплечья – в 67%

Репозиторий ГрГМУ

случаев от травм верхних конечностей. Среди мужского пола регистрируются ожоги области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу – 19% от всех ожогов, в то время как среди девочек таких случаев не зарегистрировано. Сочетанные и комбинированные травмы регистрируются редко (2%) от всего количества случаев.

Задержка выезда имеет место в 12% вызовов от общего количества. «Скорая» выезжала с задержкой к 33 мальчикам (62% задержек) и 20 девочкам (38%).

В результате исследования выявлено, что мальчики чаще травмируются, чем девочки, независимо от возраста. Наиболее распространенными повреждениями являются поверхностные травмы головы, а также переломы предплечья и голени, что необходимо учитывать для профилактики травматизма у детей. Скорость выезда бригады и длительность обслуживания вызовов свидетельствуют об оперативности и внимательности к выполнению работы.

ТРАВМАТИЗМ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ КАК ПРИЧИНА ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Булыко О.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

В исследуемую группу вошли 135 детей в возрасте до 3 лет. Из них 86 мальчиков (64%) и 49 девочек (36%). Дети до 1 года - 16% от группы (из них 13 мальчиков и 9 девочек), в возрасте от 1 года до 3 лет 84% (из них 73 мальчика и 40 девочек).

Число вызовов скорой медицинской помощи возрастает весной и составляет 30%.

У детей до трех лет чаще регистрируются ожоги (47 случаев или 35% от общего числа вызовов) как среди мужского пола (31 случай), так

Репозиторий ГрГМУ

и среди женского пола (16 случаев) .

Второе место занимают травмы головы и шеи – 40 случаев (30% от всего числа случаев). Среди ожогов более распространены ожоги нескольких областей тела - 36%.

По 13% из всех вызовов зарегистрировано в 2 группах: травмы верхних конечностей и последствия проникновения инородного тела через естественные пути.

Среди последствий проникновения инородного тела через естественные пути - это инородные тела в дыхательных путях –71% вызовов. При этом у мальчиков проникновение инородного тела в дыхательные пути – основная причина вызовов данной группы (88%), а у девочек чаще регистрируются случаи проникновения инородных тел в пищеварительный тракт - 4 случая, а в дыхательные пути - 5.

Таким образом, в результате исследования выявлено преобладание термических или химических ожогов как причина вызовов скорой медицинской помощи детей в возрасте до 3 лет, поверхностных травм головы и специфика последствий проникновения инородных тел через естественные отверстия у мальчиков и у девочек, что необходимо учитывать для профилактики травм среди детей до 3 лет.

ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ ПРИ АНЕМИЯХ У МАТЕРЕЙ

Бунь Т.в., Печенко Н.Д., Франковская Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – д. м. н., доцент Л.Н. Шейбак

Анемия – наиболее частая экстрагенитальная патология, осложняющая течение беременности. По данным отечественных авторов (Смирнова А.А.. 2003; Занько С.Н., 2006), более 30 % беременных в нашей стране страдают железодефицитной анемией.

Репозиторий ГрГМУ

Цель исследования – анализ показателей красной крови в первые сутки жизни у новорожденных детей от матерей с сидеропенией, и их взаимосвязь с аналогичными показателями у женщин перед родами.

Было исследовано 236 историй родов и столько же историй развития новорожденных. Во внимание брались те случаи, когда анемия у матерей сохранялась до наступления родов, без достаточной компенсации железодефицитного состояния при его лечении. Учитывались особенности течения периода ранней неонатальной адаптации и динамика показателей красной крови в возрасте до 6-ти месяцев жизни. Средние показатели красной крови у женщин в последнем триместре беременности составили: Эр. 3,04±0,16×10¹²/л; Hb 96±0,53 г/л; Ht 0,30±0,002. По рекомендациям ВОЗ, нижней границей нормы гемоглобина у беременных женщин следует считать 110 г/л. Ц. П. у матерей составил 0,94±0,005, следовательно, анемия имеет нормохромный характер. У 78 % женщин анемия диагностировалась весь третий триместр беременности, а у 12 % сочеталась с гестозом. Достаточно часто (30 %) родоразрешение беременных с сидеропенией проводилось с помощью родовозбуждения, а у 8 % – с родостимуляцией окситоцином. Роды происходили на 275 – 278 дне беременности (38–39 недель).

Антропометрические показатели у новорожденных детей соответствовали средним стандартным: масса тела – 3529±36,9 г; длина тела – 53,2±0,17 см; окружность головы – 34,8±0,10 см. У 3 % детей имело место снижение оценки по Апгар при рождении. Снижения показателей красной крови у новорожденных детей в первые сутки жизни не отмечалось, а сохранялись средненормативными для этого возраста (Эр. 5,6±0,01×10¹²/л; Hb 199±0,97 г/л; Ht 0,59±0,01; Ц.П. 0,99 ±0,01). Следовательно, при беременности существуют компенсаторно-приспособительные реакции, направленные на адекватное снабжение плода железом. Дискриминантный анализ, проведенный между показателями красной крови у матерей и их новорожденных детей

Репозиторий ГрГМУ

показал высокую корреляционную связь между показателями Hb (p=0,016) и Ht (p=0,018). Аналогичная зависимость имела место и по Ц. П. (p=0,012). Таким образом, показатели красной крови у новорожденных детей первых суток жизни определялись гемотологическим статусом матерей, но не отличались от средненормативных. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечается высокая частота транзиторной гипербилирубинемии (34,7 %) и дизадаптационного синдрома (30 %). Встречаемость большой физиологической убыли массы тела (>6 %), геморрагического синдрома, синдрома дыхательных расстройств и токсической эритемы существенно не отличалась от общестатистических (12 %; 11 %; 2 %; 10 % – соответственно).

Из 20 младенцев первого полугодия жизни показатели красной крови снизились у 25 %. Причем диагноз был верифицирован исключительно по показателям красной крови без существенных других нарушений общесоматического статуса.

Таким образом, новорожденные дети от матерей с сидеропенией рождаются с нормальными показателями красной крови. В последующем имеет место формирование железодефицитного состояния по мере выхода из периода новорожденности. Течение раннего неонатального периода характеризуется высокой частотой дезадаптационного синдрома и транзиторной гипербилирубинемии.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК ПОТОМСТВА БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Бурак О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

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

Неуклонный рост заболеваний печени, особенно желчнокаменной

Репозиторий ГрГМУ

болезнью в период беременности, сопровождающейся холестазом, делают эту проблему социально значимой и важной не только в практическом, но и теоретическом отношении [1,2]. Хотя считается, что холестаз для матерей серьезной угрозы не представляет, он оказывает резко отрицательное воздействие на плод [3]. Характер изменений, происходящих в его органах при данной патологии, изучен недостаточно полно, хотя в литературе и встречаются указания на возникновение у таких детей заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, нарушения в развитии яичников, отставание в физическом развитии [4].

В связи с вышеизложенным было предпринято исследование с целью изучения структурных особенностей почек 15-суточного потомства белых крыс при воздействии обтурационного холестаза матери, вызванного в период активного фетогенеза.

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

В эксперименте, применив в комплексе соматометрические, гистологические, морфометрические и статистические методы исследования установлено, что масса почек 15-суточных опытных крысят была достоверно ниже и составила 71,05 ±2,92 мг при 86,60 ± 2,32 мг в контроле ($p<0,05$). Отмечалось уменьшение ширины коркового вещества (443,84±13,19 мкм при 490,24±5,18 мкм в контроле, $p<0,05$), снижение диаметра извитых канальцев проксимальных отделов нефрона (14,65±0,35 мкм при 16,62±0,33 мкм в контроле, $p<0,05$). Последнее сопровождалось выраженным уменьшением показателей как высоты каемчатых эпителиоцитов (4,36±0,09 мкм при 4,87±0,09 мкм в контроле, $p<0,001$), так и диаметра их ядер (3,49 ±0,04 мкм при 3,58±

Репозиторий ГрГМУ

0,08 мкм в контроле, p<0,001). Аналогичные изменения наблюдались в дистальных отделах нефрона. У опытных животных имело место снижение диаметров извитых канальцев (9,38±0,04 мкм при 10,11±0,05 мкм в контроле, p<0,001), высоты выстилающих их эпителиоцитов (3,38 ±0,04 мкм при 3,70±0,10 мкм у контрольных животных, p<0,001), а также диаметра их ядер (3,19±0,01 мкм при 3,49 ±0,08 мкм в контроле, p<0,001).

Таким образом, результаты наших исследований показали, что воздействие обтурационного холестаза матери приводит к выраженным гипопластическим изменениям почечной паренхимы 15-суточных крысят, в отличие от контрольных животных, родившихся от ложнопрооперированных матерей.

Литература:

1. Преображенский В.Н., Василенко В.В., Таяновский В.Ю. Новые подходы к диагностике и лечению холелитиаза в профессиональных группах молодого возраста // Клиническая медицина. – 1987. – Т.75. №4. – С. 22-23.

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

3. Fuzi D., Corsello F. P., Piacentino R., Marchino J. L. // Minerva ginecol. – 1993. – V. 45. N. 6. – P. 307-314.

4. Грицюк Р.И. Особенности развития детей при хронических заболеваниях печени у матери // Педиатрия.- 170.- С.59-61.

ПОКАЗАТЕЛИ СХОДСТВА АМИНОКИСЛОТНЫХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЕЙ АЛКОГОЛЬДЕГИДРОГЕНАЗ ЧЕЛОВЕКА И МНОГОКЛЕТОЧНЫХ БЕСПОЗВОНОЧНЫХ ЖИВОТНЫХ

Бутвиловский А.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей химии

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель - д.б.н., профессор Е.В. Барковский

Алкогольдегидрогеназа (алкоголь: $НАД^+$ оксидоредуктаза) является цитозольным цинксодержащим $НАД^+$-зависимым димерным ферментом.

Цель исследования: определить степень сходства аминокислотных последовательностей алкогольдегидрогеназ (АДГ) человека и многоклеточных беспозвоночных животных.

Материалы и методы. Проанализированы аминокислотные последовательности алкогольдегидрогеназ человека 1-5 классов (в том числе трех изоферментов первого класса А, В, С), нематоды (C. elegans) 1-3 классов и дрозофилы (D. melanogaster) класса 3. Степень сходства последовательностей определена по значениям показателей сходства (S*) и их достоверности (Е) с помощью BLAST-анализа 2.2.9 [1, 2]. В качестве контроля использованы алкогольдегидрогеназы дрозофилы (класса 3) и нематоды (классов 1, 2 и 3).

Результаты и обсуждение. При сравнении АДГ класса 1 нематоды с АДГ класса 1А человека получено S'=75 бит (Е=4е-13), класса 1В - S '=73 (£=26-12), класса 1С - S'=82 (Е=3е-15), 2 - S'=88 (Е=4е-17), 3 - S'=77 (Е=1е-13), 4 - S'=79 (Е=2е-14) и класса 5 - S'=63 бит (Е=Те-09). При использовании в качестве контроля АДГ класса 2 нематоды получены следующие показатели сходства: для АДГ 1А человека S'=69 бит (Е=3е-11). класса 1В -S'=65 (Е=4е-10), класса 1С - S'=76 (Е=2е-13), 2 - S'=83 (Е=2е-15), 3 - S'=80 (Е=9е-15), 4 -S'=70 (Е=9е-12) и класса 5 - S'=66 бит (Е=2е-10). При сравнении АДГ класса 3 C. elegans с изучаемыми ферментами человека показатели сходства составили: для АДГ 1А человека S'=342 бит (Е=2е-93), класса 1В - S'=346 (Е=1е-94). класса 1С - S'=339 (Е=Ie-92), 2 -S'=348 (Е=2е-95), 3 - S'=486 (Е=е-137), 4 - S'-322 (Е=2е-87) и класса 5 - S'=306 бит (Е=1е-82). И, наконец, при использовании в качестве контроля АДГ класса 3 дрозофилы получены показатели сходства с АДГ 1А человека S'=391 бит (Е=е-10), класса 1В - S'=397 (Е=е-11), класса 1С - S'=385 (Е=е-10), 2

Репозиторий ГрГМУ

- S'=407 (E=e-11), 3 - S'=535 (E=e-15), 4 - S'=378 (E=e-10) и класса 5 - S'=360 бит (E=6e-9).

Установлено, что наибольшее сходство с алкогольдегидрогеназами человека имеют АДГ класса 3 нематоды и дрозофилы. При этом наибольшие значения S' и E характерны для алкогольдегидрогеназы класса 3 человека, что легко объяснить принадлежностью их к одному классу (и, соответственно, структурно-функциональным сходством) с контролем. Изучаемые ферменты нематоды классов 1 и 2 слабо сходны с АДГ человека, и поэтому, вероятно, являются боковой ветвью эволюции. Вместе с тем, при использовании АДГ C. elegans класса 3 в качестве контроля получены более достоверные результаты, что свидетельствует о том, что данный фермент нематоды является эволюционным предшественником АДГ человека и их ортолога у дрозофилы.

Можно констатировать, что эволюционный предшественник АДГ человека и соответствующего ортолога дрозофилы существовал уже на ранних этапах формирования биохимических систем многоклеточных беспозвоночных, то есть около 1 млрд. лет назад.

Литература:

1. Бутвиловский А.В. Сравнительная характеристика вариантов NCBI BLAST-анализа ряда митохондриальных ферментов различных животных / А.В. Бутвиловский, Е.В. Барковский, В.Э. Бутвиловский // Медицинский журнал. - Минск, 2006 - №3. - С. 34-36.

2. Gapped BLAST and PS1-BLAST: a new generation of protein database search programs/ S.F. Altschul [et al] //Nucleic Acids Res. - 1997. - Vol. 25 (17). - P. 3389-3402.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА ВНУШАЕМОСТИ

Бут-Гусаим В.В., Штык С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии с курсом общей психологии

Научные руководители - зав. курсом общей психологии А.В.Прудило,

Репозиторий ГрГМУ

зав. неврологическим отделением БОДБ М.М. Бусько

В современном мире существует высокая значимость понимания и использования знаний о феномене внушаемости. Эти знания можно, и даже необходимо использовать в повседневной жизни: в процессах обучения – например, для создания мотивационного комплекса, в процессе развития саморегуляции, выработке определённых навыков, необходимых для использования в той или иной деятельности, в процессах адаптации, а также многом другом.

Цель исследования - это выявление индивидуально - личностных факторов внушаемости. Исследовались уровень внушаемости, а также интро-экстраверсия и нейротизм студентов 1, 3 и 5 курсов педиатрического, лечебно-профилактического, медико-психологического факультетов и факультета медицинских сестёр с высшим образованием Гродненского государственного медицинского университета. Кроме того, определялись цветовые предпочтения респондентов.

В исследовании приняли участие 147 человек.

При проведении работы были использованы: тест-опросник Г. Айзенка (EPI) и опросник Р.Тимз.

Обработка результатов позволяет выявить следующие закономерности.

Было выявлено, что наиболее внушаемыми являются экстраверты, потенциальные экстраверты и сверхэкстраверты по шкале экстраверсия/интроверсия, а также нормостеники по шкале нейротизм/ устойчивость. Кроме этого, установлен более высокий уровень внушаемости среди испытуемых женского пола.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РЕЗЕЦИРОВАННЫХ

Репозиторий ГрГМУ

ЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ЕЕ ПАТОЛОГИИ

Бутолина К.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

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

Щитовидная железа является уникальным органом человека, в котором можно достоверно и прямо наблюдать течение иммунологических реакций, особенно клеточного типа, проявляющихся лимфоидноклеточной инфильтрацией ее стромы. Данные полученные Астаховой Л.Н. и соавт.(1993) и Демидчиком Е.П.(1987) показывают, что многие заболевания щитовидной железы нередко сопровождаются выраженным иммунодефицитом с угнетением всех составляющих Т-звена иммунитета и стимуляцией гуморального звена иммунитета. Нельзя исключить, что иммунные механизмы принимают самое непосредственное участие в процессе узлообразования щитовидной железы, в том числе в морфогенезе ее злокачественных новообразований (В.С. Прокопчук, 1978).

В связи с этим, нами поставлена задача изучить морфологические проявления местных иммунопатологических процессов в щитовидной железе у больных, оперированных по поводу различных форм тиреопатологии.

Материалом нашего исследования стали 87 случаев коллоидного эутиреоидного зоба, 11 наблюдений токсического зоба, 18-фолликулярных аденом и 11- папиллярных раков щитовидной железы у больных в возрасте от 16 до 74 лет. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином и исследовались микроскопически. Степень лимфоидной инфильтрации оценивалась следующим образом: отсутствие - 0 баллов, единичные лимфоидные клетки – 1 балл, мелкоочаговые скопления – 2 балла, крупноочаговые скопления – 3 балла, диффузная инфильтрация или формирование лимфоидных

Репозиторий ГрГМУ

фолликулов – 4 балла.

Анализ материала показал, что лимфоидная инфильтрация различной степени выраженности отмечалась в 95% исследуемых случаев. Лишь в единичных наблюдениях эутиреоидного зоба и аденом щитовидной железы инфильтраты не обнаружены при микроскопическом исследовании желез. В коллоидных зобах лимфоидная инфильтрация локализовалась в склерозированной строме узлов (80%), а также окружающей узлы ткани щитовидной железы. При этом крупноочаговые лимфоидные инфильтраты в интактной ткани железы отмечались только в случаях ассоциации зоба с хроническим тиреоидитом (9,2%). При токсическом зобе лимфоидная инфильтрация выявлена во всех наблюдениях, локализовалась диффузно и в 53,6% имела интенсивный характер (3-4 балла). Лимфоидная инфильтрация в строме опухолевых узлов при аденомах не определялась, за исключением случаев сочетания аденом с хроническим тиреоидитом (16,6%), когда отмечалось формирование лимфоидных фолликулов со светлыми центрами в опухоли и интактной ткани железы. Это может быть обусловлено относительно четким отграничением узлов от паренхимы железы соединительнотканной капсулой, что делает аденому иммунологически обособленной зоной.

В случаях папиллярного рака лимфоидная инфильтрация была представлена как единичными интратуморозными лимфоцитами (18,2%), так и очаговыми перитуморозными инфильтратами, чаще на фоне отсутствия лимфоцитов в неопухолевой ткани (81,8%). Следует отметить, что в 90,9% наблюдений рака щитовидной железы лимфоидная инфильтрация была резко выраженной и оценивалась 3-4 баллами. Это свидетельствует о выраженности местных иммунных реакций на опухолевые клетки.

Таким образом, разная степень выраженности и характера лимфоидной инфильтрации стромы щитовидной железы при ее заболеваниях свидетельствует о необходимости комплексного

Репозиторий ГрГМУ

изучения данного явления с использованием иммунологических и иммуно-гистохимических методов исследования, что позволит оценить характер иммунных нарушений при различных формах тиреопатологии и будет способствовать их дифференциальной диагностике.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕДЕЗЫ ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Бутолина К.М., Лазаревич С.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии,

Гродненская областная клиническая больница

Научные руководители – д.м.н., доцент В.А.Басинский;

к.м.н., доцент С.Э.Савицкий

Изучение морфологии заболеваний щитовидной железы в каждом конкретном регионе республики представляет несомненную ценность для создания общей концепции морфогенеза тиреопатологии, оценки ее прогноза и возможностей своевременной диагностики.

Целью исследования стал анализ структуры заболеваний щитовидной железы, ее клинико-морфологических особенностей по данным операционного материала Гродненского областного патологоанатомического бюро.

Материалом для исследования стали 159 резецированных щитовидных желез больных в возрасте от 15 до 74 лет. Изучались имеющиеся клинические данные. Для микроскопической характеристики гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином.

Анализ материала показал чрезвычайное многообразие заболеваний щитовидной железы, которые выявлялись преимущественно у женщин (90%) во всех возрастных группах. В структуре патологии наиболее часто встречался коллоидный зоб (108 случаев - 67,9%), представленный диффузной (1,9%), узловой (95,3%)

Репозиторий ГГМУ

и диффузно-узловой (2,8%) формами. Средний возраст больных составил 46,6±2,8 лет. В 51,9% наблюдений определялись множественные узлы диаметром от 0,3 до 3,5 см. Обратило на себя внимание наличие вторичных изменений в железах, доступных для УЗИ-диагностики: очаги склероза, гиалиноза, обызвествления, которые обнаружены в 56 (51,9%) зобах. Образование кист диаметром до 3,5 см наблюдалось в 37 (23,3%) железах. Стенкой кист в 81,1% случаев явилась гиалинизированная фиброзная ткань с кальцинозом.

Аденомы щитовидной железы (20 случаев - 12,6%) были представлены одиночными инкапсулированными узлами диаметром от 1,0 до 4,0 см. Среди них отмечены фолликулярные аденомы простого строения -6 (30,0%) случаев, микрофолликулярного строения – 12 (60,0%) случаев и 2(10,0%) В-клеточные аденомы. Средний возраст больных составил 47,3 ± 6,7 лет. Вторичные изменения в аденомах выявлялись реже (30%), чем при зобах. В предоперационном клиническом диагнозе аденомы ни разу не фигурировали.

Рак щитовидной железы был диагностирован в 16 (10,1%) случаев. Средний возраст больных составил 49,4±8,1 года. Размеры опухолевых узлов колебались от выявляемых только микроскопически до 10 х 4 х 2,5 см. 5(31,3%) раков характеризовалось мультицентрическим ростом. В 7(43,8%) случаях отмечалось прорастание капсулы щитовидной железы и рост опухоли в окружающей мышечной и жировой тканях. В 4 (25,0%) наблюдениях имелись метастазы в регионарных лимфоузлах. Диагноз папиллярного рака был выставлен в 12 (75,0%) случаях, медуллярного – в 2 (12,5%), по 1 (6,25%) случаю было фолликулярного и недифференцированного рака. Все наблюдения характеризовались вторичными изменениями в опухолевой ткани. Следует отметить, что лишь в 3 случаях рак щитовидной железы фигурировал в предоперационном диагнозе.

Токсический зоб был представлен в 11(6,9%) наблюдениях в виде диффузной или смешанной форм, хронический аутоиммунный

Репозиторий ГрГМУ

тиреоидит Хашимото – в 2 (1,6%) случаях. Подострый гранулематозный тиреоидит де Кервена и лимфосаркома выявлены в одном случае каждый. Все тиреоидиты до операции трактовались как зоб.

Таким образом, морфологический анализ структуры резецированных щитовидных желез показал многообразие ее патологии и недостаточный уровень предоперационной диагностики заболеваний, свидетельствующий о необходимости расширения и углубления применяемых дифференциально-диагностических признаков тиреопатологии.

БЕЛАРУСКІЯ КАРАНІ АРЫНЫ РАДЗІВОНАЎНЫ

Бучацкая А.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі універсітэт, Беларусь

Кафедра рускай і беларускай моў

Навуковы кіраўнік - ст. выкладчык В.І.Варанец

Кожнаму з нас ужо з дзяцінства вядома гэта імя – Арына Радзівонаўна. Любімая нянька Аляксандра Сяргеевіча Пушкіна, яго «добрая муза», «старушка добрая моя».

Але мала хто ведае, што нянька Пушкіна сама мела чатырох дзяцей ад мужа Хведара Мацвеева, карэла па нацыянальнасці (памёр у 1798 годзе): Ягора (нарадзіўся ў 1782 годзе), Надзею (1788), Марыю (1789), Стэфана (1798). Калі яна карміла сваіх дзяцей, ёй у абавязак было пастаўлена ўласнымі грудзьмі выкарміць панскіх дзяцей: Вольгу і Аляксандра. Апроч гэтых дваіх яна карміла яшчэ некаторых з пяцярых дзяцей Пушкіных (яны ў маленстве памерлі). Самага малодшага, Льва, яна толькі даглядала. Паміралі дзеці і ў яе; тады карміла толькі панічоў. Больш таго – Арына Радзівонаўна выкарміла яшчэ некалькі дзяцей гаспадаровых сваякоў. Пры кармленні была чарга: спачатку ішлі панскія дзеці, а ўжо потым свае.

Летам 1828-га сямідзесяцігадовая Арына Радзівонаўна пераехала з Міхайлаўскага ў Пецярбург да Вольгі Сяргееўны Паўлішчавай

Репозиторий ГрГМУ

(Пушкінай) і ў тым жа годзе памерла. Дзе яе пахавалі, ніхто не ведае і па сённяшні дзень.

Сам Пушкін жыў пасля смерці сваёй нянькі яшчэ дзесяць гадоў, але, відаць, і ён не наведаў сумны ўзгорак. Іначай сябра Пушкіна паэт М.М. Языкаў у 1830 годзе ў вершы «На смерть няни Пушкина» не пісаў бы: “Я отыщу тот крест смиренный….». Нельга не заўважыць, што тут жа Языкаў гаворыць і пра ўплыў Арыны Радзівонаўны не толькі на Пушкіна, але і на паэтаў яго асяроддзя.

Неабходна адзначыць, што ад Арыны Радзівонаўны захаваліся ў запісе паэта сем казак і дзесяць песняў. Казкі пра цара Салтана і пра папа і пра яго работніка Балду таксама сышлі з вуснаў нянькі Пушкіна. Сюжэты некаторых казак Арыны Радзівонаўны паэт падараваў сваім сябрам, напрыклад, пра цара Берандзея – Васілю Жукоўскаму. Па сведчаннях той жа сястры Пушкіна Вольгі Сяргееўны, нянька па-майстэрску расказвала казкі, ведала некаторыя павер'і і сыпала прыказкамі і прымаўкамі.

А цяпер давайце паглядзім на тыя абставіны, што могуць у нейкай ступені сведчыць аб беларускім паходжанні нянькі Пушкіна. У некаторых гістарычных і літаратурных крыніцах паведамляецца, што сваім нараджэннем Арына Радзівонаўна Якаўлева, у замужжы – Мацвеева (1758-1828) звязана з Кобрынам. Адразу прыходзіць думка: ці не з тым, што пасля трэцяга падзелу Рэчы Паспалітай быў уключаны ў склад Расеі і які ўказам Кацярыны II ад 15 жніўня 1795 года быў падараваны ў вечнае і спадчыннае валоданне генерал-фельдмаршалу графу Аляксандру Суворaву-Рымнікскаму за здушэнне нацыянальна-вызваленчага паўстання Тадэуша Касцюшкі і ўдзел у акупацыі суседняй дзяржавы. Ці не з тым Кобрынам, што знаходзіцца пад Брэстам? А мо з тым сялом Кобрынам, што пад Пецярбургам, паблізу Гатчыны? А аказваецца, што і з тым, і з другім, а дакладней – з другім, які сваю генеалогію вядзе ад першага.

Пётр I пры раздачы тэрытарыяльнай здабычы членам царскага

Рэпазиторий ГрГМУ

дома, сваім палкаводцам і дзяржаўным дзеячам абавязваў новых уладароў перасяліць у іх памесці сялян з вялікарасейскіх губерняў, і, вядома, з Рэчы Паспалітай. Прыгнаных прыгонных пасялялі, як правіла, не на голым месцы, а ў захопленых мызах, якія часта атрымлівалі новыя назвы.

Адносна назваў сяла Кобрына і рачулкі Кобрынка, што над Гатчынай, можна сказаць: цалкам верагодна, што яны, назвы гэтыя, прыйшлі сюды разам з прыгнаннымі з Кобрына-брэсцкага ці Кобрыншчыны людзьмі.

Літаратурныя крыніцы сведчаць, што перайменаванне адбылося ў першай палове XVIII стагоддзя. Гэта якраз той час, калі прыгналі сюды нявольнікаў з Рэчы Паспалітай. Застаецца толькі дзівіцца, як “клапатліва” падабралі месца рассялення: да новай назвы прывыкаць амаль не трэба, яна зусім твая.

Звернемся цяпер да іншых фактаў, якія маглі б дадаткова сведчыць аб адносінах Арыны Радзівонаўны да такой шматпакутнай, як і яна сама, Беларусі. Цікавым бачыцца факт, што паўстанне прыгонных Ганібала (1766) вылілася ва ўцёкі “ў Польшчу”. Ці не дадому?!. А той факт, што адзін з сыноў Арыны Радзівонаўны быў уладальнікам вельмі не характэрнага для Расеі і пашыранага на Беларусі мужчынскага імя – Стэфан. Дадамо, што само імя Арына, як і імя Радзівон, адносіцца да старажытных беларускіх імёнаў.

Даследчыкі жыцця і творчасці Пушкіна часта ўказваюць на мілагучнасць і напеўнасць мовы Арыны Радзівонаўны. Гэтыя якасці мовы жывуць і сёння на Беларусі. А пра беларускія элементы ў мове нянькі Пушкіна гаворыць фанетычнае афармленне, што дайшло да нас у двух невялікіх лістах, якія былі адпраўлены ёю на адрас паэта 30 студзеня і 6 сакавіка 1827 года. Адказу на іх, праўда, не маем. Можа, яго і не было.

Разважаючы пра лёс Арыны Радзівонаўны, хочацца выказаць горкае шкадаванне, што мы, праяўляючы вялікую цікаўнасць да

Рэпазиторий ГрГМУ

донжуанаўскага спісу Пушкіна, праходзім міма трагічнага лёсу чалавека, які так па-анёльску паўплываў на паэта.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ И ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Вайчик А.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – зав. кафедрой, доцент Т.Ю. Егорова

Фетоплацентарная недостаточность – это синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями, возникающий в результате сложной реакции плаценты и плода в ответ на различные патологические состояния материнского организма. В основе данного синдрома лежат патологические изменения в плодо- и/или маточно-плацентарном комплексах с нарушением компенсаторно-приспособительных механизмов на молекулярном, клеточном и тканевых уровнях. При этом нарушаются трофическая, эндокринная, метаболическая, антитоксическая функции плаценты, лежащая в основе патологии плода и новорожденного. Основными причинами ФПН являются социально-бытовые условия, соматические заболевания (АГ, сахарный диабет), акушерско-гинекологический анамнез, а также осложнения настоящей беременности (угроза прерывания, гестозы, многоплодие, фибромиома у беременной). Многие авторы указывают на важную роль генитальной инфекции в этиологии преждевременных родов. Согласно данным литературы, частота плацентарной недостаточности у беременных с вирусной и/или бактериальной инфекцией достигает в среднем 50-60%.

Цель: изучить течение беременностей у женщин с фетоплацентарной недостаточностью и угрозой прерывания беременности.

Материалы и методы: нами было изучено течение беременностей у

Репозиторий ГрГМУ

160 женщин, получивших стационарную помощь в областном родильном доме г. Гродно за 2005г. Критерием выбора послужило наличие ФПН и угрозы прерывания беременности, что составляет 15,9 %.

Результаты: беременные были распределены на 2 группы:

I. Женщины, беременность которых протекала на фоне ФПН и закончилась преждевременными родами (ПР) - 23 женщины – 14%.

II. Женщины, беременность которых протекала на фоне ФПН и закончилась срочными родами (СР) 137 женщин – 86%.

Диагноз ФПН был верифицирован на основании данных УЗИ, КТГ и допплерометрии.

I. По возрасту женщины были распределены следующим образом (%):

Возраст/ исход	До 18 лет	19-29 лет	30-35 лет	Старше 35 лет
ПР	4,3 %	82,7%	4,3 %	8,7 %
СР	1,5 %	76 %	16,8 %	5,8 %

Явление генитального инфантилизма было у 17,5% беременных, нерегулярный менструальный цикл – у 28%. При преждевременных родах у 83% беременных встречались генитальные заболевания - ИППП, воспалительные заболевания придатков матки – у 13%. Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречаются патология ССС – 39% и заболевания почек – 33%. Угроза прерывания беременности встречается у каждой второй пациентки – 48%.

Заключение: при сочетании ФПН и угрозы прерывания беременности частота преждевременных родов составила 14%. Угроза прерывания, особенно многократная, приводит к развитию ФПН у каждой второй пациентки. Поздний гестоз встречается в среднем у половины пациенток(52%), анемия – у каждой пятой женщины (21%).

Литература:

Репозиторий ГрГМУ

1. Кулаков В. И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. – М.: Медицина, 2002г. – 176с.

2. Кулаков В. И., Орджаникидзе Н. В., Тютюнник В. Л. Плацентарная недостаточность. М., 2004г. – 494с.

3) Сидорова И.С., Макоров И.О. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты. М.:Знание, 2000г. - 127с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ ЛИЦА: ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСК ОБОСНОВАНИЕ

Васильев С. Ю.

Городская клиническая больница №21 г. Уфы, Россия

Отделение челюстно-лицевой хирургии

Фурункул лица – наиболее распространенное гнойно-воспалительное заболевание, встречающееся в практике челюстно-лицевого хирурга. По данным ряда авторов, частота поражения фурункулами кожи лица составляет 28-65%, причем в последнее время отмечается четкая тенденция к увеличению частоты фурункулов данной локализации. Большинство авторов рекомендуют проводить лечение фурункулов лица в условиях стационара, что в современных условиях работы челюстно-лицевых отделений не всегда представляется возможным.

Целью работы было систематизировать и выделить четкие показания к госпитализации больных с фурункулами лица, определить тактику хирургического и терапевтического лечения таких больных и разработать методы профилактики осложнений фурункулов лица.

В ходе работы было обследовано 265 больных с фурункулами лица, направленных или обратившихся самостоятельно в отделение челюстно-лицевой хирургии Городской Клинической Больницы №21 г. Уфы, из них 114 мужчин (43,0%) и 151 женщина (57,0%) в возрасте от 15 до 64 лет. Всем больным проводилось комплексное обследование,

Репозиторий ГрГМУ

включающее в себя сбор анамнеза, осмотр, лабораторное исследование крови, в том числе и уровень глюкозы крови, на основании полученных данных принимался вопрос о госпитализации. После этого проводилось хирургическое лечение – вскрытие гнойно-воспалительного очага с обязательным взятием мазка на бактериологическое исследование. Часть больных, не госпитализированных в стационар, после операции получали рекомендации, направлялись в поликлинику по месту жительства под наблюдение хирурга и приглашались на следующий день для контрольного осмотра и сдачи анализов.

Полученные данные позволили выделить два клинических типа фурункулов: «Фурункул-абсцесс» (ФА) и «Фурункул-флегмона» (ФФ). Эти клинические формы отличаются, в первую очередь, патологоанатомическим строением гнойно-воспалительного очага, а также влиянием на макроорганизм, что выявляется при клиническом обследовании и подтверждается лабораторными данными. Состояние больных с ФА (69,0%) требовало госпитализации в 16,9% случаев, изменения со стороны крови наблюдались у 22,0%, общее состояние пациентов не страдало в 98,2% случаев, в то время как больные с ФФ (30,9%) госпитализированы в 80,5% случаев, у значительного их количества наблюдались явления интоксикации: лейкоцитоз различного уровня (97,6%), повышенная температура тела (83,3%), ухудшение общего самочувствия (99,1%). У больных с ФА не наблюдалось осложнений, кроме как в 12 (4,2%) случаях отмечался переход ФА в ФФ (что выявлялось при контрольном осмотре на следующий день после операции: появление коллатерального отека, повышение температуры, изменения со стороны крови), что, по-видимому, связано с нарушением хирургической техники вскрытия гнойно-воспалительного очага. У больных с ФФ послеоперационные осложнения были выявлены в 36 случаях (43,9%): нарастающий отек мягких тканей (68,1%), угроза флебита вен лица (1,1%), флебит угловой вены лица (0,4%). Повторное

Репозиторий ГрГМУ

хирургическое вмешательство, связанное с угрозой распространения инфекции из фурункула в смежные анатомические области у больных с ФФ проводилось в 2 случаях (0,8%).

По результатам работы разработаны четкие показания к госпитализации, рекомендации к хирургическому лечению больных с фурункулами лица. Внедренный подход к госпитализации и лечению этого заболевания позволили снизить частоту осложнений и избежать случаев необоснованной госпитализации.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Васильев С. Ю.

Городская клиническая больница №21 г. Уфы, Россия

Отделение челюстно-лицевой хирургии

В последнее время, по мнению многих авторов, отмечается четкая тенденция к увеличению числа больных одонтогенными гайморитами. Доля их в общем количестве больных с верхнечелюстными синуситами составляет 24-40%, причем большая часть случаев лечится в условиях челюстно-лицевого стационара, где составляет 4,7-6,3% от общего количества госпитализированных. Подавляющее большинство случаев одонтогенного гайморита (66,1%) приходится на открытую его форму.

С появлением новых данных об этиологии, патогенезе и течении одонтогенных верхнечелюстных синуситов, большинство авторов склоняются к мнению о первично-хронической природе этого заболевания. Причиной обращения к врачу служит появление болей в средней зоне лица, заложенность носа, и, в случае, если на стороне поражения находят «причинный» зуб, считают гайморит одонтогенным.

Однако, известно большое количество случаев, когда даже при наличии нескольких пораженных зубов, нахождении верхушек их корней в верхнечелюстной пазухе, явлений гайморита ни объективно, ни субъективно не наблюдалось. Более того, не каждый случай острой

Репозиторий ГрГМУ

перфорации верхнечелюстной пазухи во время удаления зубов верхней челюсти, одномоментной пластики образовавшегося соустья, приводил к развитию одонтогенного гайморита. Известны также случаи появления ороантральных свищей в отдаленные периоды после операции удаления зуба. В связи с этим, мы посчитали необходимым пересмотреть причины возникновения, развития и течения одонтогенных верхнечелюстных синуситов, отдав ведущую роль в их патогенезе риногенным факторам.

Нами обследовано 110 человек с хроническим периодонтитом зубов верхней челюсти различной стадии, обратившихся в отделение челюстно-лицевой хирургии ГКБ №21 г. Уфы и стоматологическое отделение МУП №47 г. Уфы. Всем больным проводилось полное клиническое обследование, включающее в себя сбор анамнеза, объективное обследование и дополнительные (рентгенологические) методы исследования. В осмотр врачом входила передняя риноскопия. Рентгенологическое исследование предусматривало проведение больным ортопантомографии или рентгенографии черепа в передней полуаксиальной проекции.

У 96 человек выявлено тесное анатомическое взаимодействие корней пораженных зубов – проникновение корней пораженных зубов в верхнечелюстную пазуху, у 14 человек – периапикальные изменения, не сообщающиеся с верхнечелюстной пазухой. У 65 человек при осмотре и рентгенографии обнаружены явления верхнечелюстного синусита, у 63 из них они сочетались с различными патологическими изменениями в полости носа и околоносовых пазухах. 35 пациентов в анамнезе отмечали постоянное применение сосудосуживающих носовых капель из-за постоянной заложенности носа.

В 36 случаях явлений гайморита не наблюдалось, несмотря на проникновение корней пораженных зубов в верхнечелюстную пазуху. При этом во всех случаях патологических изменений со стороны полости носа при передней риноскопии и рентгенологически не

Репозиторий ГрГМУ

выявлено.

Результаты работы позволили сделать вывод о том, что одонтогенная инфекция лишь осложняет течение первичного риногенного верхнечелюстного синусита и при нормальном функционировании остеомиатального комплекса и полости носа не приводит к возникновению одонтогенного гайморита. Необходимо проводить более полное обследование больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом совместно с оториноларингологом и проводить комплексное их лечение, включающее в себя устранение риногенных факторов, повлекших возникновение заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФИДЕРШПИЛЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПО ЛЕ ФОР III У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

Васильев С. Ю., Яппаров А. М.

Больница скорой медицинской помощи г. Уфы, Россия

Отделение нейрохирургии

Переломы костей лицевого скелета по Ле Фор III относятся к самым тяжелым травмам челюстно-лицевой области. Часто они сочетаются с тяжелой черепно-мозговой травмой: ушибами, сдавлением головного мозга, переломами костей свода черепа.

Оптимальным и наиболее универсальным методом хирургического лечения переломов лицевого скелета является накостный остеосинтез с использованием различных металлоконструкций. Однако на практике этот метод применим не всегда, вследствие сопутствующей патологии, требуемой предоперационной подготовки, дороговизны и дефицита используемых материалов и оборудования, а также отказа больных от хирургической операции. В этих случаях прибегают к различным консервативным и консервативно-хирургическим методам лечения: по Макиенко, Адамсу, Фидершпилю и др.

При переломах костей лицевого скелета по Ле Фор III наиболее часто применяется фиксация отломков костей по методу Фидершпиля.

Репозиторий ГрГМУ

В классическом ее варианте кости средней трети лица (после предварительного наложения шины-скобы на зубы верхней челюсти) подвешиваются посредством проволоки, пропущенной через кожу скуловых областей к головной гипсовой шапочке. Метод невыполним при отсутствии зубов верхней челюсти, а, поскольку репозиция отломков проводится с помощью проволочных тяг, иногда и не позволяет правильно репонировать отломки. В некоторых случаях, из-за неправильного распределения нагрузки, наблюдается диастаз отломков в глубоких участках перелома.

Нами предложена модификация метода Фидершпиля, которая избавлена от указанных выше недостатков и опробована в отделении нейрохирургии Больницы Скорой Медицинской Помощи г. Уфы.

В модификации проволока, фиксирующая беззубую верхнюю челюсть, проводится через кость альвеолярного отростка, для предотвращения прорезывания и чрезмерной нагрузки на кость с небной стороны укладываются металлические пластинки. Проведение проволоки осуществляется с помощью электродрели в дистальных отделах альвеолярного отростка. После этого с помощью троакара тяги выводятся в скуловых областях. На гипсовой шапочке создают затылочный упор для предотвращения смещения ее кпереди и фиксируют несколько (4-6) крючков, за которые фиксируют проволочные тяги. Наличие нескольких крючков дает возможность зафиксировать отломки в оптимальном положении, регулировать нагрузку и контролировать репозицию отломков.

Метод успешно опробован в отделении нейрохирургии Больницы Скорой Медицинской Помощи г. Уфы – применен у больных с полной вторичной адентией и переломами костей лицевого скелета по Ле Фор III. Во всех случаях достигнута качественная репозиция и иммобилизация отломков, осложнений не наблюдалось.

Модификация может применяться у больных с переломами костей лицевого скелета по Ле Фор III в случаях полного отсутствия зубов

Репозиторий ГрГМУ

верхней челюсти, которым невозможно произвести накостный остеосинтез.

ПАРЕМИИ О ЗДОРОВЬЕ В СБОРНИКЕ В.В.ДАЛЯ «ПОСЛОВИЦЫ РУССКОГО НАРОДА»

Вентикапати К. К.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского языка как иностранного

Научный руководитель - преподаватель М.Г.Ситникова

Цель. Целью данной работы является семантическая классификация и лингвистический анализ русских пословиц о болезни как состоянии организма, противоположном болезни.

Материал и методы исследования. Для реализации целей лингвистического и лингвокультурологического анализа паремий была произведена выборка единиц исследуемой семантики на материале паремиологического фонда сборника В. И. Даля «Пословицы русского народа», составлена тематическая картотека русских пословиц.

Результаты исследования. Пословицы о здоровье в сборнике Даля представляют собой многочисленную семантическую группу паремий. Значительная часть паремий данной группы посвящена утверждению ценности здоровья как отсутствия болезней и хорошего самочувствия человека. Пословицы декларируют преимущество ценности здоровья по сравнению с ценностями богатства и материального благополучия: *Деньги – медь, одёжа – тлен, а здоровье – всего дороже. Здоровье дороже богатства. Здоровью цены нет. Здоровье дороже денег. Здоровья не купишь.* Являясь обобщением духовного и практического опыта многих поколений, пословицы о здоровье доносят до нас призыв ответственно относиться к своему здоровью с юных лет, так как только при этом условии человек может вести активную и полноценную жизнь и сохранить до глубокой старости физическое и психическое здоровье: *Береги платье снову, а здоровье с молоду. Кто в двадцать лет не*

Репозиторий ГрГМУ

здоров, в тридцать не умен, а в сорок не богат, тому век таким не бывать. О надвигающейся старости, когда многочисленные болезни становятся расплатой за причинённый в молодые годы ущерб организму различными вредными привычками и нездоровым образом жизни предупреждают пословицы: *Молодому крепиться - вперед пригодится.* Паремии свидетельствуют о длительности процесса выздоровления и быстром заражении либо заболевании: *Здоровье выходит пудами, а входит золотниками. Болезнь входит пудами, а выходит золотниками. Болезнь скачет в дом на перекладных, а выбирается на долгих.*

Пословицы о психическом здоровье подчёркивают необходимость позитивного мировосприятия, сотрудничества и добрососедских отношений для приобретения человеком душевного комфорта и покоя, являющихся основой душевного здоровья: *Кто гнев свой одолевает, крепок бывает. Сердце не дробит — голова не болит. Не сердись, печенку испортишь.* Пословицы о нравственном здоровье раскрывают значение моральных ценностей, установок и мотивов поведения для жизнедеятельности и самочувствия человека: *Доброму и сухарь на здоровье, а злому и мясное не впрок. Злой человек не проживёт в добре век.* Многочисленной является группа паремий об умеренности как неотъемлемом условии здорового образа жизни. Пословицы доносят до нас призыв к умеренности в питании: *Где пиры да чаи, там и немочи. Не ешь масляно, ослепнешь.*

О вреде для здоровья гиподинамии и необходимости активного образа жизни свидетельствуют пословицы: *Не поддавайся, не ложись; а сляжешь, - не встанешь. Сляжешь, хуже разломает; а хоть ломайся, да обмогайся. Поддайся одной боли да сляг – и другую наживёшь.*

Выводы: В группе пословиц о здоровье преобладают паремии, утверждающие ценность здоровья как необходимого условия активной и полноценной жизни, содержащие призывы ответственно относиться к

Репозиторий ГрГМУ

своему здоровью.

Литература:

1. Даль В. Пословицы русского народа. М., 1984.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ХАРАКТЕРА ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ПЕРИОДЫ ДО И ПОСЛЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В

Веренич Н. И., Драгун М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Н.В.Матиевская

В связи с увеличением в последние годы случаев госпитализации детей в инфекционный стационар с синдромом желтухи и гепатита была поставлена задача провести сравнительный анализ частоты и характера патологии печени у детей в возрасте до 1 года в допрививочный период и после начала проведения плановой вакцинации против гепатита В.

Материал и методы. Для реализации задачи был проведен ретроспективный анализ историй болезней всех детей 1- го года жизни с печеночной патологией или подозрением на нее, поступавших в клинику инфекционных болезней в период с 1994 по1998 г. (допрививочный период, 1 группа) и с 2000 по 2005 гг. (после начала плановой вакцинации, 2 группа). Были проанализированы амбулаторные карты детей 2 группы и оценено состояние гепатобилиарной системы детей после выписки из стационара.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что 1 группу больных составили лишь 19 детей (10 мальчиков и 9 девочек), средний возраст которых на момент поступления был - 3,7$\pm$2,1 месяца.). Во 2 группу вошло 75 детей до года (42 мальчика и 33 девочки), дети до 1 месяца составили 45,3 % (34 случая).

При сравнительном анализе характера и частоты патологии печени

Репозиторий ГрГМУ

в группах оказалось, что во 2 группе только у 7 больных была серьезная паренхиматозная патология печени, сопоставимая по частоте встречаемости с допрививочным периодом и, таким образом, не являющаяся основной причиной роста печеночной патологии у детей 1- го года жизни в современный период.

Значительную часть 2 группы составили дети с затяжными неконьюгированными гипербилирубинемиями (43 больных) и гиперферментемиями (25). Если исключить из 2 группы детей с диагнозами, не подлежащими сомнению, включая этиологическую верификацию, а также все случаи изменения клинико-лабораторных показателей, связанные с болезнями матерей во время беременности, осложнениями во время родов и другие, останется значительная группа детей (51), среди которых ведущим индуктором выявленных клинико-биохимических изменений могли быть побочные действия вакцины.

Анализ лабораторных карт 28 детей 2-й группы показал, что подавляющее большинство детей (25) было вакцинировано вакциной против гепатита В Эувакс, произведенной в Корее. У всех 28 детей схема вакцинации была нарушена, часть родителей отказались от проведения прививок против гепатита В.

Заключение. Сравнительный анализ частоты и характера патологии печени у детей первого года жизни выявил значительный рост патологии печени и изменений биохимических показателей в последние 5-6 лет, в сравнении с довакцинальным периодом. В случае дальнейшего роста выявленной патологии у детей в раннем поствакцинальном периоде в виде представленных нарушений потребуется пересмотр календаря прививок, в первую очередь, против гепатита В для новорожденных и переноса вакцинации на более поздний период жизни ребенка, когда стабилизируются ферментные системы печени и иммунная система ребенка.

Репозиторий ГрГМУ

АЮРВЕДА КАК ТЕРАПИЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Верма Прийанши

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель - ст. преподаватель Г.И. Боборико

Индия, страна, где верят в естественный процесс лечения и омоложения с помощью аюрведы. Слово «аюрведа» на санскрите означает «наука жизни». Она зародилась в Керале свыше 5000 лет тому назад. В корне её лежит идея восстановления здоровья посредством выведения из организма всех токсинов и укрепления иммунитета главным образом с помощью терапии массажа с использованием растительных масел. Аюрведа имеет много проверенных временем лекарств, будь они для повышения общего тонуса организма, или для какой-то специфической болезни, какими являются артрит, ревматизм, мигрень или спондилит.

Секрет хорошего массажа кроется в масле, которое для этого используется, и в экспертизе массажиста. Решение о том, какой массаж необходим, для какого заболевания и какие ингредиенты должны содержаться в масле, зависит от аюрведических принципов ватха, питха и кафа. Если болезнь имеет в своей основе дисбаланс в ватхе, или ветре, как это наблюдается в заболеваниях нервной и мышечной систем, то здесь предписывается массаж пизхичил. Когда же болезнь вызвана дисбалансом в питхе, или желчи, холодный массаж в совокупности с таблетками или порошками даёт наилучшие результаты. Гипертония и подобные ей заболевания происходят в результате дисбаланса в кафе, или флегме. Их лечат массажами с горячим маслом. Есть даже массаж для обычного гриппа: для его лечения кусок ваты пропитывают маслом и обёртывают им голову.

При следовании нормам аюрведы для достижения эффекта от курса лечения необходимо соблюдать диету, что особенно важно. Во

Репозиторий ГрГМУ

время процесса аюрведического лечения следует избегать невегетарианской пищи и алкоголя, поскольку они могут оказать отрицательный эффект на организм. Вегетарианская диета, предпочтительно предписанная врачом, играет важную роль в обеспечении успеха курса лечения. Аюрведические терапии предписываются только после профессионального изучения истории болезни, физической силы, стадии заболевания и телосложения пациента с учётом его возраста и пола.

Таким образом, концепция аюрведы с её целостными омолаживающими терапиями без каких-либо побочных эффектов становится всё более популярной на глобальном уровне.

ВЛИЯНИЕ ФЛЕБЭКТОМИИ НА СИСТЕМНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Вертинский А. Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

УОЗ «Брестская областная клиническая больница»

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - д.м.н., профессор Н.Н. Иоскевич

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния флебэктомии на развитие артериальной гипертензии (АГ) у больных варикозной болезнью нижних конечностей.

Обследован 31 больной с варикозной болезнью нижних конечностей в возрасте от 39 до 71 года (средний возраст $54,2 \pm 2,5$ лет), перенесший флебэктомию. Все пациенты поступили в отделение хирургии сосудов Брестской областной больницы в период времени с 1998 по 2003 гг. Среди оперированных было 10(32,3%) мужчин и 21 (67,7%) женщин. Стадия субкомпенсации венозной гемодинамики отмечалась у 18(58%) пациентов, а декомпенсации - у 13(42%). Объем операции определялся в зависимости от клинической картины заболевания и выявленных нарушений венозной гемодинамики в

Репозиторий ГрГМУ

нижних конечностях. Операция флебэктомии включала использование классических методик: Троянова-Тренделенбурга (кросэктомия), Бэбкока, Нарата, Кокетта, Линтона. С 1999 г. применялся способ селективного (парциального) удаления (стриппинг) стволов большой и малой подкожных вен.

Обследование больных включало использование функциональных мануальных компрессионных проб, дуплексного сканирования с цветовым допплеровским картированием поверхностных, глубоких и коммуникантных вен (панфлебоэхография - ПФЭГ на аппарате ESAOTAEBIOMEDICA AU-4 idea), анкетного опроса с помощью разработанной нами анкеты-опросника. Длительность послеоперационного периода к моменту анкетирования колебалась от 4 месяцев до 6 лет (в среднем $26{,}3 \pm 5{,}4$ мес.). Диагноз АГ устанавливался на основании данных анамнеза и результатов не менее 3-х независимых измерений артериального давления (АД) в различные периоды времени. В исследование включались пациенты, у которых уровень АД во всех 3-х измерениях превышал значение 140/90 $_{\text{мм.рт.ст.}}$ Состояние АД после выполнения флебэктомии оценивалось непосредственно по разности значений этого показателя в до- и послеоперационном периоде. Все результаты исследований обрабатывались с помощью методов математической статистики. Степень соответствия фактических данных ожидаемым оценивалась путем вычисления критерия соответствия X^2. Сравнение среднеарифметических и относительных величин производилось методом Стъюдента. Сдвиги считались достоверными при $p < 0{,}05$.

Установлено, что уровень систолического АД в дооперационном периоде у больных варикозной болезнью нижних конечностей составляет $163{,}3_{\text{мм.рт.ст.}} \pm 7{,}8_{\text{мм.рт.ст}}$, диастолического - 96,5 $_{\text{мм.рт.ст}}$ ± 4 $_{\text{мм.рт.ст.}}$ Частота встречаемости АГ среди больных варикозной болезнью нижних конечностей равняется $9{,}8 \pm 3{,}1\%$. Показателями со статистически достоверными различиями в динамике АД являются: наличие и

Репозиторий ГрГМУ

отсутствие варикозного расширения подкожных вен в послеоперационном периоде, наличие и отсутствие отека ног в послеоперационном периоде, развитие АГ на фоне варикозной болезни. Нормализация венозной гемодинамики в нижних конечностях у пациентов с АГ после выполнения флебэктомии исключает вероятность прогрессирования этого заболевания и приводит к достоверному снижению АД в 40% случаев. Отсутствие в послеоперационном периоде отеков нижних конечностей может считаться наиболее значимым фактором, способствующим понижению АД у больных АГ. Формирование варикозной болезни до возникновения АГ, а также отсутствие рецидивов варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей после флебэктомии, увеличивает вероятность снижения АД при АГ и препятствует его дальнейшему повышению.

Таким образом, флебэктомия у больных варикозной болезнью нижних конечностей оказывает влияние на состояние АД.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ ОБСТРУКЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Выговская А.А., Эликов А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

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

В последние годы увеличилось количество детей, страдающих обструктивными бронхитами. Однако по данным УЗ «ГОДКБ» известно, что в эту группу попадают дети с различной патологией, которая проявляется синдромом обструкции: бронхиолиты и обструктивные бронхиты вирусной этиологии; аллергические заболевания легких; хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ); бронхолегочная дисплазия (БДЛ).

Тактика ведения таких больных различна. Бронхиолиты, как проявления вирусных заболеваний, требуют назначения

Репозиторий ГрГМУ

противовирусных препаратов; при хронической обструктивной патологии применяется базовая противовоспалительная и гормональная терапия, в ряде случаев - бронхолитические препараты.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования было определение структуры заболеваний, проявляющихся обструктивным синдромом и разработка оптимальной тактики ведения таких больных.

Для реализации поставленной цели нами проведен ретроспективный анализ 68 историй болезни. Дети, госпитализированные в стационар УЗ «ГОДКБ», были в возрасте от 0 до 15 лет. Основную группу 76% составили больные первых трех лет жизни. Среди пациентов девочек было 26 (38%), мальчиков – 42 (62%). Большую часть пациентов с обструктивными состояниями составили городские дети – 81%. По нашему мнению, это объясняется тем, что сельские дети получали терапию по месту жительства – в ЦРБ и только при отсутствии динамики были переведены в областной стационар.

Все дети поступили в стационар с жалобами на кашель, насморк, затруднение дыхания, одышку. Как правило, за инфекционную этиологию заболевания говорят катаральный синдром в носоглотке, повышение температуры и воспалительные изменения со стороны крови. С нормальной температурой при поступлении было 44% ребенка, с субфебрильной – 48% и только у 8% отмечалась лихорадка более 38°С. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево и ускорение СОЭ были у 51%. С явлениями обструкции поступили в отделения стационара 81% пациентов. У 19% обструктивный синдром был купирован на дому бригадой «скорой помощи». Обструкция проявлялась не только одышкой различного характера, но и наличием катарального синдрома в легких. У 66% больных выслушивали сухие свистящие хрипы.

По литературным данным, обструктивные состояния у детей развиваются на фоне отягощенного преморбидного фона. Из анамнеза установлено, что 57% детей имели в анамнезе повторные эпизоды

Репозиторий ГрГМУ

ОРВИ и только у 3 детей был атопический дерматит.

Отягощенный аллергический анамнез имели 42% детей. Преимущественно родители отмечали пищевую аллергию. Мы не отметили зависимости от вида вскармливания, т.к. 68% получали грудное вскармливание до 6 месяцев.

При стандартной бронхолитической терапии обструктивный синдром купировался на 2-3 сутки. Все дети, независимо от этиологии, получали антибактериальную терапию. Ни одному из детей не были назначены противовирусные препараты.

Таким образом. в результате проведенной работы мы пришли к следующим выводам:

1. Ведущее место в структуре обструктивного синдрома занимают обструктивные бронхиты.
2. Обструктивный синдром чаще встречается у детей первых трех лет жизни, что надо учитывать, планируя количество коек в респираторных отделениях.
3. У половины больных причиной обструкции были неинфекционные заболевания (аллергия, ГЭР и др.), что требует дифференцированного подхода к назначению антибактериальной терапии.

МАТРЁШКА – СИМВОЛ РУССКОЙ ДУШИ

Вэрна Паупамах

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель - доцент Н.А.Мишонкова

Есть игрушки, которые являются отражением души народа, аккумулируют в себе народные представления о красоте, о национальных ценностных ориентациях.

Матрёшка – символ русского характера, символ русской души, соединяющая в себе базовые русские ценности: материнство, семью, русскую соборность, единство, душевное тепло, покровительство и

Репозиторий ГрГМУ

трогательную заботу о близких.

Русские люди всегда любили красоту и умели её творить. Вещи, окружавшие людей в быту, украшали вышивкой, резьбой, росписью. С любовью сделанное деревянное блюдо под кистью мастера становилось редкой драгоценностью, а простой холст смотрелся не хуже заморской парчи. Народная культура накопила в течение столетий величайшие богатства.

В прошлом веке возникла идея помочь развитию народных промыслов. Известный художник Сергей Васильевич Малютин увидел в Японии интересную куклу. Она была из дерева, пустая внутри, и в неё вкладывались несколько таких же кукол поменьше. Кукла эта была японцем, сердитым на вид узкоглазым стариком. Изображала она Фукуруму – божество счастья и долголетия. А несколько фигурок внутри – несколько божеств рангом пониже. Очень она понравилась художнику. Приехав в Россию, он нарисовал подобную куклу, переодел её в русский костюм, нарисовал миловидное личико, показал народным умельцам.

На Руси издавна точили из дерева посуду, погремушки, деревянные игрушки. Выточили и куклу. Увидев куклу, кто-то ахнул: «Да это же настоящая Матрёна!» Так её и назвали – Матрёной, а ласково – Матрёшечка, Матрёшка. Имя было закреплено за игрушкой не случайно: в крестьянских семьях оно было очень распространено.

Игрушка эта не простая, а с сюрпризом… Идея игрушки-сюрприза так понравилась художникам, что они зачастую изготавливают матрёшки-шутки. Есть матрёшка, которая изображает художника В.А. Серова и его друзей, одетых в турецкие костюмы. Есть матрёшка, на которой изображены герои произведений Н.В. Гоголя. Есть матрёшки – Кутузов и Наполеон с их генералами. Есть и матрёшки, изображающие российских политических деятелей, есть – герои народных сказок. Но это матрёшки-шутки. Настоящие матрёшки – мама-красавица, доченьки-помощницы: кто с серпом, кто с лукошком, кто с ведром, а

Репозиторий ГрГМУ

также девчушки поменьше: малышка в слюнявчике и младенец в пелёнках.

Появилась эта игрушка в 1899 году. Известны некоторые её «родственники»: дед этой игрушки – японец, а отец – русский художник. Родилась она в мастерской под названием «Детское воспитание». В 1900 году игрушку отвезли на выставку в Париж, где наградили наших мастеров бронзовой медалью.

Известен такой факт: русский царь Николай II имел немало различных игрушек. Но самой любимой его игрушкой была миниатюрная железная дорога, которая являлась точной копией настоящей. А когда он вырос, то построил немало железных дорог в России. Известный русский художник Александр Бенуа посвятил двенадцать акварельных картин любимым игрушкам своего детства.

В русских крестьянских семьях на игрушки никогда не смотрели, как на простую забаву. Люди верили, что если ребёнок усердно и много играет, то в будущем в его семье будет достаток и благополучие. А если с куклами плохо обращаться, ломать, портить игрушки, то у человека будут серьёзные неприятности.

Играя, мы не задумываемся о том, что игрушки могут влиять на формирование характера человека, определять то, чем будет заниматься человек во взрослой жизни. Как важно, чтобы ребёнок не прошёл мимо добрых игрушек в детстве, подержал в руках, поиграл, полюбовался… А если – прошёл? Если с детства был окружён пластмассовыми красавицами Барби?… Но национальные игрушки должны быть детям знакомы с детства.

А какие были у вас любимые игрушки?…

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Гаврилик А. А., Кизик Е. П., Шорец А.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Н. В.Матиевская

Традиционно оценка состояния здоровья человека основывается на результатах объективного, лабораторного и инструментального методов обследования. В нашем исследовании обычно используемые критерии дополнены изучением показателей качества жизни.

Материалы и методы: Были обследованы студенты аграрного и медицинского университетов г. Гродно. В зависимости от места обучения студенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошло 138 студентов аграрного университета (40 мужчин, 98 женщин, средний возраст- 19,3 ± 1,0 лет), во 2-ю - 42 студента медицинского (27 мужчин, 13 женщин, средний возраст- 25,0±12,1). Все обследуемые ответили на вопросы стандартного международного опросника по оценке качества жизни SF-36. Кроме того, был проведен анализ медицинских амбулаторных карт студентов.

Результаты. Анализ амбулаторных карт студентов аграрного университета показал, что у 83 (60,1%) студентов отсутствовали данные о какой-либо патологии, у 55 (39,9%) имелись указания на различные патологические состояния. По характеру патологии студенты распределились следующим образом: поражение ЖКТ – 10, костно-суставной системы – 10, органов зрения – 17, мочевыделительной системы – 10, сердечно-сосудистой – 15, ЛОР-органов – 2, эндокринной системы – 2. При анализе показателей качества жизни в 1 группе в целом по данным SF-36 показатель психического здоровья (МС) составил - 44,5±8,7, физического здоровья (РС) – 52,9±5,8. При сравнении данных показателей у студентов с наличием патологии и без патологии не получено достоверных различий по показателям качества жизни ($p<0,05$).

Среди студентов медицинского университета у 36 (85,7%) не было данных о наличии хронической патологии, у 6 (14,3%) отмечены следующие нарушения: поражения костно-суставной системы – 2,

Репозиторий ГрГМУ

зрения – 2, мочевыделительной системы – 1, сердечно-сосудистой – 2, ЛОР-органов – 3. При анализе показателей качества жизни во 2 группе в целом по данным SF-36 показатель психического здоровья (МС) составил - 44,6±9,3, физического здоровья (РС) – 54,1±5,1. При сравнении данных показателей у студентов с наличием патологии и без патологии также не получено достоверных различий по показателям качества жизни ($p<0,05$).

При сравнении показателей качества жизни 2 групп студентов не было выявлено достоверных различий, что, вероятно, закономерно, т.к. группы сравнимы по уровню жизни и образованию.

Заключение. Наличие сопутствующей хронической патологии в возрастной группе с 19 до 27 лет не влияет на качество жизни студентов высших учебных заведений. Это свидетельствует о нормальной психической и физической адаптации обследуемых в среде нахождения в контексте социальных и культурных ценностей, в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами обследуемых контингентов.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Гаврилик А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.И. Прокопчик

Метастазирование опухолей – одно из самых коварных и неблагоприятных в плане прогноза и лечения свойств злокачественных новообразований. Метастазы зачастую наносят гораздо больший вред организму, чем первичный опухолевый очаг и, оставаясь порой долго нераспознанными, часто приводят к летальному исходу [1]. Степень инвазии опухоли и наличие или отсутствие отдаленных метастазов является основным критерием при решении вопроса о

Репозиторий ГрГМУ

целесообразности радикальной операции. Печень, в силу своих топографических, анатомических и физиологических особенностей, является одним из органов, в который чаще всего метастазируют опухоли, особенно, желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования: изучить частоту и клинико-морфологические особенности метастазирования рака органов пищеварительного тракта.

Материалы и методы. Изучены протоколы 8344 патологоанатомических вскрытий, произведенных в УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в 2003-2005 г.г. Определялись частота злокачественных новообразований, наличие и локализация метастазов, их прогностическая значимость.

Результаты и обсуждение. Анализ секционного материала показал, что злокачественные заболевания различных органов имели место в 793 секционных случаях, что составляет 9,5%. При этом метастазы рака в печень были выявлены в 185 (23,3%) наблюдениях, т.е. каждом четвертом случае смерти вследствие злокачественных новообразований. Установлено, что в 84 наблюдениях из 185, что составляет 45,4%, метастатическое поражение печени было обусловлено раком, локализовавшемся в органах системы пищеварения. При этом среди опухолей желудочно-кишечного тракта удельный вес рака поджелудочной железы (ПЖЖ) составил 30,0%, желудка 30,0%, ободочной и сигмовидной кишки (25,0%), прямой кишки (11,0%). Среди гистологических форм рака преобладала аденокарцинома, выявленная в 77,4% наблюдений. Средний возраст больных, среди которых было 52 (61,9%) мужчин и 32(38,1%) женщины, составил 65 лет. В 30 случаях из 84 (35,7%) печень являлась единственным органом, где локализовались метастазы рака из органов пищеварительного тракта. В оставшихся 54 (64,3%) случаях, наряду с поражением печени, метастазы располагались и в других различных органах. По нашим данным, частота первичного рака печени оказалась

Репозиторий ГрГМУ

в 6,9 раза меньше, чем ее метастатическое поражение. С учетом вышеизложенного очевидно, что, если при УЗИ печени определяются изменения, характерные для опухолевого процесса, то в первую очередь необходимо исключить метастатическое поражение из органов пищеварения. С другой стороны, если у больного верифицирована опухоль желудочно-кишечного тракта, то для оценки операбельности необходимо в первую очередь исключить наличие метастазов в печени. Анализ секционного материала показал, что метастатическое поражение печени оказалось не выявленным при жизни больных в 10 (11,9%) случаях, в том числе, при раке желудка – в 12,0%, ПЖЖ – в 24,0%. Что касается клинической симптоматики, то у больных превалировали симптомы, обусловленные поражением пищеварительного канала, а симптомы, характерные для поражения печени (портальная гипертензия, печеночно-клеточная недостаточность) в большинстве случаев отсутствовали. В то же время упомянутые симптомы, обусловленные патологией печени, являются характерными для первичного рака этого органа.

Литература:

1. Печатникова А.Е. Пути лимфогенного метастазирования рака желудка. Монография – Москва, 1967. – 105с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Гаврилик А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научные руководители – к.м.н., доцент Н.И. Прокопчик;

к.м.н., ассистент Н.В. Матиевская

Как известно, дифференциальная диагностика первичного и метастатического (МРП) рака печени является актуальной задачей практической онкологии. Несмотря на то, что, как ПРП, так и МРП

Репозиторий ГрГМУ

являются неблагоприятными заболеваниями в плане прогноза, все же подход к их лечению отличается [1].

Цель исследования: изучить частоту и клинико-морфологические особенности ПРП и МРП по данным аутопсии с целью уточнения значимости некоторых критериев в дифференциальной диагностике этих заболеваний.

Материалы и методы. Изучены протоколы 8344 патологоанатомических вскрытий, произведенных в УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в 2003-2005 г.г. Для последующего анализа были отобраны случаи с наличием первичного или вторичного поражения печени опухолевой природы. При этом изучались особенности морфологических изменений и клинических проявлений, а также их значимость в дифференциальной диагностике ПРП и МРП.

Результаты и обсуждение. Анализ валового секционного материала показал, что частота злокачественных новообразований различных органов в структуре причин смерти составила 9,5%. При этом поражение печени опухолевой природы было отмечено в 277 (34,9%) случаях, в том числе ПРП был выявлен в 27 случаях (что составило 0,3% к общему количеству аутопсий и 3,4% - среди всех злокачественных новообразований); МРП имел место в 185 наблюдениях, что составляет 2,2% и 23,3% соответственно. Таким образом, МРП выявлялся в 6,9 раз чаще по сравнению с ПРП. Среди больных как с ПРП, так и МРП превалировали мужчины (75,0 % и 62,2% соответственно). Однако средний возраст больных ПРП был на 5 лет больше, чем при МРП. Наиболее часто метастатическое поражение печени было обусловлено раком легких (28,5%), поджелудочной железы (13,5%), желудка (13,5%), ободочной и сигмовидной кишки (11,3%). ПРП в 50% наблюдений имел узловой характер роста, в 30% был массивным и в 20% - диффузным. Метастазы рака в печень чаще всего были множественными, разновеликими, имели более четкие

Репозиторий ГрГМУ

контуры. Среди гистологических форм метастазов частота высокодифференцированных форм рака (аденокарциномы, плоскоклеточного) составила 47,0%. ПРП в большинстве случаев был представлен гепато- и/или холангиогенной карциномой, что в совокупности с макроскопическими изменениями, позволяло четко верифицировать гистогенез опухоли в печени. Фоновые заболевания, и в частности, хронический гепатит и цирроз печени, были выявлены в 70% при ПРП и практически не определялись при МРП. Если частота желтухи при ПРП составила 45,0%, асцита - 50,0%, то при МРП – только 6,5% и 10,8%, соответственно. В то же время кахексия и перитонит при МРП отмечались в 3 раза чаще. Помимо вышеотмеченных изменений при МРП выявлялись осложнения, связанные с ростом первичного опухолевого узла. В частности, при раке кишечника закономерно определялись признаки кишечной непроходимости, выявленной в 26,6% наблюдений, а также перитонит, частота которого составила 46,6%. При раке поджелудочной железы в 16,0% наблюдений имел место сахарный диабет. Приведенные клинические и морфологические особенности могут быть использованы в дифференциальной диагностике ПРП и МРП еще до проведения пункционной биопсии печени или несогласии больного на такое исследование.

Литература:

1. Снешко Л.И. Профилактика рецидивов и метастазов рака толстой кишки. – Л., «Медицина», 1976.- 176с.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Гаджиева Ф.Г., Краева М.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.С. Околокулак

Репозиторий ГрГМУ

Изучение вариантной анатомии человека является актуальным направлением современной морфологии. Особенно это касается верхних конечностей, которые активно разрабатываются ребёнком в период новорожденности и грудном возрасте.

Цель исследования – оценка имеющихся данных о вариантной анатомии верхних конечностей по материалам отечественных и зарубежных изданий.

Объект исследования – 10 источников: 3 отечественной и 7 зарубежной литературы.

Анатомия верхних конечностей новорожденных имеет свои особенности: а) мышцы плеча слаборазвиты, превалируют сгибатели; на предплечье они мало дифференцированы; фасции тонкие и плохо визуализируются; б) плечевая артерия одного диаметра с плечевой веной; лучевая и локтевая артерии по диаметру одинаковые, но при этом превосходят диаметр одноимённых вен; в) нервные стволы плеча тонкие, чётко различимы, на предплечье последние слабо дифференцируются [3].

После рождения ребёнка, изменяется уровень отхождения ветвей от магистральных артерий, и даже тип их ветвления. Длина артерий возрастает пропорционально росту тела и конечностей [1].

Следует отметить также некоторые анатомо-топографические варианты сосудисто-нервных образований верхней конечности новорожденных: проекционные линии лучевой и локтевой артерии соответствуют наружному и внутреннему краям одноимённых костей; с возрастом локтевая и лучевая артерии перемещаются по отношению к срединной линии предплечья в латеральном направлении, и у детей старше 10 лет эти артерии располагаются и проецируются как у взрослого [4].

Таким образом, проведённый литературный обзор полностью подтвердил наличие определённых особенностей в строении верхних конечностей новорожденных. Однако вариантная анатомия верхних

Репозиторий ГрГМУ

конечностей документирована в отечественной и зарубежной литературе недостаточно, материал представлен фрагментарно, в необобщённой форме, что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения и обновления информации по данному вопросу.

Литература:

1. Соколов П.А. Особенности строения срединного и локтевого нервов и типы соединения между ними // 5-й Всесоюзный съезд анатомов, гистологов и эмбриологов / Труды. - Л., 1951. - С.248250

2. Сперанский В.С. О соотношении симметрии и асимметрии в развитии организма человека // 4-я межвузовская конференция физиологов и морфологов пед. институтов, посвященная 120летию со дня рождения акад. И.П.Павлова / Материалы. - Ярославль, 1970. - С.369-371.

3. Сперанский В.С. Симметрия, асимметрия в анатомии: понятия классификации, методики изучения // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. - 1978. - Т.74, вып. 2. - С.109-115.

4. Судаков Ю.П. Внутриствольные артерии нервов плечевого сплетения плодов и новорожденных // Вопросы морфологии нервной и сосудистой систем: Сборник статей. - Чита, 1967. - С.212-218.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Гаджиева Ф.Г., Краева М.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.С. Околокулак

Изучение особенностей строения нижних конечностей новорожденных представляется актуальным, учитывая достаточно высокую встречаемость патологии нижних конечностей у новорожденных и детей первого года жизни.

Репозиторий ГрГМУ

Цель исследования - обработать и обобщить имеющиеся данные об анатомии нижних конечностей в отечественной и зарубежной литературе.

Объектом исследования послужили 11 литературных источников.

Нижняя конечность составляет лишь 1/3 роста новорожденного, с возрастом она значительно удлиняется и у взрослого составляет половину роста.

Мышцы бедра к моменту рождения достаточно развиты, при этом лучше выражена задняя группа – сгибатели. Мышцы голени развиты слабо, особенно переднелатеральная группа. Фасции укорочены и прикрепляются непосредственно к надкостнице эпифизов.

Бедренная артерия имеет самый большой диаметр среди сосудов нижней конечности новорожденного. Благодаря О-образному изгибу бедра и голени проекционная линия бедренной и подколенной артерий смещена во внутреннюю сторону. Глубокая артерия бедра начинается относительно выше, чем у взрослого, и имеет небольшой диаметр [1].

В первые годы жизни ребёнка проекция бедренной и подколенной артерий смещается в латеральном направлении от срединной линии бедра, при этом первая из них приближается к медиальному краю бедренной кости, а вторая – к срединной линии подколенной ямки [2].

Нарастание диаметра поверхностных вен нижней конечности с периода новорожденности до 2-летнего возраста происходит особенно интенсивно. К концу 2-го года жизни из венозных сплетений отчётливо выделяются большая и малая подкожные вены.

Нервные стволы нижних конечностей тонкие (недоразвит периневрий), однако чётко видны. Уровень формирования их находится выше, чем у взрослых [3].

Проведенный анализ литературных источников показал, что вопросы особенностей строения анатомии нижних конечностей недостаточно освещены, требуют дальнейшей доработки и систематизации.

Репозиторий ГрГМУ

Литература:

1.Зарицкий А.Б., Кузьменко А.В., Мамедалиев Н.А. Вариантные особенности топографии основного сосудисто-нервного пучка области бедренного треугольника, значимые при катетеризации бедренной артерии // Архив клинической и экспериментальной медицины.- 2002.-Т. П.-№2.-С. 249-252.

2.Семёнова Т.В., Климовицкий В.Г., Поспелов АЛ., Зарицкий А.Б., Анохина АС. Топография ветвей бедренной артерии, значимая при катетеризации магистрального сосуда // Травма.- 2001.- Т. 2.- № 3.- С. 299-302.

3. Чижова Р.Ф. К вопросу о кровоснабжении бедренного и седалищного нервов // Избранные вопросы морфологии нервной системы и кровоснабжения нервов: Труды кафедры нормальной анатомии человека / Челябинский медицинский институт. - Челябинск, 1958. - С.94-102.

ДИНАМИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЁЗА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гаджиева Ф.Г., Гордюк И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фтизиатрии

Научный руководитель – к.м.н. Д.В. Шевчук

Одной из главных проблем фтизиатрии на современном этапе является рост лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерии туберкулёза (МБТ). Эта проблема актуальна на данный момент и в Беларуси. Различают ЛУ первичную, когда больной еще не лечился данным препаратом, и вторичную, возникающую в процессе проведения антибактериальной терапии. Особенно неблагоприятно наличие устойчивости к нескольким противотуберкулёзным препаратам (ПТП). Устойчивость одновременно к двум основным препаратам - изониазиду (H) и рифампицину (R) называют множественной

Репозиторий ГрГМУ

(мультирезистентность).

Анализ, проведенный ВОЗ за 1944-2002 гг., показал, что в мире наиболее распространена ЛУ к Н (до 42% в некоторых регионах). Резистентность к Н и стрептомицину (S) превалирует над устойчивостью к R и этамбутолу (E). Мультирезистентность чаще встречается у повторно леченных пациентов. Лекарственно устойчивые штаммы обладают повышенной способностью к распространению и вызывают тяжелые, прогрессирующие формы заболевания, нередко приводящие к летальному исходу. Лечение этих пациентов длительное, дорогостоящее, требует использования препаратов резервного ряда, которые по эффективности воздействия на МБТ значительно уступают основным.

Цель работы - оценить динамику чувствительности МБТ в различных группах туберкулезных больных Гродненской области в 2002 и 2005 гг.

Полученные данные свидетельствуют о том, что общее количество полирезистентных случаев выросло с 6,8% в 2002 г. до 15,2% в 2005 г. Количество случаев с множественной резистентностью в 2002 г. составило 22,8% , в 2005 г.-29,1%.; из них резистентность к Н и R возросла с 1% в 2002 г. до 4,0% в 2005 г.; к H+R+E+S с 3,2% до 5,4% соответственно, резистентность же к H+R+S к 2005 г. снизилась на 0,5% по сравнению с 2002 г. г. Количество случаев с сохраненной чувствительностью к ПТП снизилась с 59,3% в 2002 г. до 41,6% в 2005 г.

Всего монорезистентных случаев в 2002 г. составило 11,2% , а в 2005 г. 14,1%. В 2005 г. по сравнению с 2002 г. выросло число проб с ЛУ к ПТП: монорезистентных к Н от 4,2% в 2002 г. до 5,1% в 2005 г; R от 2,4% в 2002 г. до 3,5% в 2005 г.; к S от 4,6% в 2002 г. до 5,2% в 2005 г.

Приведенный анализ ЛУ МБТ свидетельствует о неблагоприятной ситуации по этому показателю в Гродненской области. Поэтому

Репозиторий ГрГМУ

существует острая необходимость в принятии мер по снижению количества устойчивых штаммов МБТ. Это требует разработки оптимальных схем лечения, поиска новых ПТП препаратов, проведения сан. просвет. работы по данному вопросу с населением и с больными.

Необходимо пересмотреть систему контроля за приёмом ПТП больными и условия их пребывания в стационаре, а также усовершенствовать оказание помощи на амбулаторном этапе.

Литература:

1. Итоги деятельности фтизиатрической службы Гродненской области за 2002 год// Гродненское областное учреждение здравоохранения «Фтизиатрия» Гродно 2002. С.-31-33

2. Романенко В.Ф. Генетическая обусловленность адаптивной изменчивости микобактерии туберкулёза.// Проблемы туберкулёза 2006. №9. С.-46-49

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Гаджиева Ф.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

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

Использование ультразвукового оборудования дает возможность не только диагностировать, но и лечить заболевания брюшной полости независимо от тяжести состояния больного. Эти операции часто являются альтернативными к обычным обширным вмешательствам.

Актуальность научного и клинического исследования очевидна из создавшейся экологической и радиационной обстановки, связанной с загрязнением окружающей среды. На этом фоне наблюдается тенденция к снижению иммунологического статуса, неспецифической резистентности, нарастает аллергический фон и толерантность к антибиотикам, что приводит к росту нагноительных заболеваний.

Репозиторий ГрГМУ

Наиболее грозной локализацией последних является брюшная полость.

Риск оперативных вмешательств у таких больных высок, влечет за собой инфицирование брюшной полости и передней брюшной стенки, часто осложняющееся перитонитом, нагноением послеоперационной раны, что нередко приводит к необходимости релапаротомии. Длительное заживление раневого канала требует большого количества дезинтоксикационных, обезболивающих, противовоспалительных препаратов, перевязочного материала.

Предоставлен анализ 72 чрескожных лечебных абдоминальных вмешательств, выполненных под контролем УЗИ при помощи стилет-катетеров (диаметром 0.3-7мм). Выбиралась наименее травматичная траектория. Среди 72 вмешательств:

Абдоминальные абсцессы 13

Абдоминальные кисты 7

Поддиафрагиальные подпечёночные абсцессы 8

Гнойные кисты поджелудочной железы и парапанкреатической области 24

Острые ложные кисты поджелудочной железы 17

Поликистоз 2

В результате проведенных вмешательств средний курс лечения составил от 7 до 16 дней (в сравнении с традиционным 30-45 дней). Летальных случаев не было, дополнительное проведение традиционного оперативного вмешательства потребовалось только в 1 случае при парапанкреатическом абсцессе.

Описанные лечебные мероприятия имеют ограниченное противопоказание, выполняются независимо от тяжести состояния больного, высокоэффективны, социально и экономически оправданы.

Литература:

1. Брискин Б.С., Минасян А.М., Карпов И.Б., Платова И.Р., Цыганов А.А. Лечебные вмешательства под контролем ультразвукового

Репозиторий ГрГМУ

исследования при заболеваниях брюшной полости// Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова 1996.- №6 С. – 17-20

2. Коротков Н.К., Кукушкин А.В., Метелев А.С. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении местных гнойных осложнений деструктивного панкреатита// Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова 2005.- №3 С. - 40-44

3. Мумладзе Р.Б., Чудных С.М., Колесова О.Е. и др., Перспективные направления терапии острого панкреатита// Анналы хирургии 1996.-№3 С. – 37-41.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Ган М. Н, Фурс В.В

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель - доцент Н.Д.Маслакова

Острый аппендицит (О.А) – распространенное хирургическое заболевание, не обходящее стороной и беременных женщин. Имеет двойную опасность, т.к угрожает жизни матери и плода. Практически для всех женщин с диагнозом острый аппендицит существует угроза прерывания беременности. Как известно, в Беларуси сложилась неблагоприятная демографическая ситуация. Поэтому на руки хирургов возложена не только проблема медицинского характера, но и будущее белорусского народа.

Необходимо вовремя провести диагностику, которая у беременных затруднена, что связано с особенностями физиологии организма женщины при беременности. Поэтому разрабатываются новые методы диагностики. 1.УЗИ – позволяет отдифференцировать острый аппендицит от другой хирургической и акушерской патологии. Для улучшения визуализации червеобразного отростка разработана методика дозированной компрессии линейным датчиком. 2. Лапароскопия. 3. Анализ крови.

Репозиторий ГрГМУ

С 2000 г. по 2005 г. обследовано 38 женщин на разных сроках беременности с подозрением на О.А: 14 оперировано (острый катаральный – 4, острый флегманозный – 8, острый гангренозный – 2), 12 после тщательного обследования выписаны с диагнозами: кишечная колика (6), правосторонний нефроптоз (2), гидронефроз (2), пиелонефрит (1), внематочная беременность (1 переведена в гинекологическое отделение), 10 обследовано амбулаторно с подозрением на О.А (отпущены домой по настоянию, после убеждения в необходимости госпитализации). Сопутствующие заболевания - ожирение 3 степени (1), хронический пиелонефрит (1). Угроза прерывания беременности (2).

По нашим данным О.А наиболее часто встречается во 2-ом и 3-ем триместрах беременности. Начало острое. У 8 начало болей отмечалось в эпигастрии и 3 по всему животу, с последующей локализацией в правую подвздошную область, у 3 начало болей – правая подвздошная область. Тошнота - 9 больных, рвота - 3, сухость во рту - 10, подъём температуры - 4, учащённое мочеиспускание – 2. При осмотре удовлетворительное состояние - 12 больных, тяжёлое – 2, язык сухой – 10, влажный – 4. обложен белым налётом – 6. Симптомы Ситковского (5), Бартомье-Михельсона (6), Ровзинга (4), Воскресенского (8), Щёткина-Блюмберга (6) положительны, остальные недостоверны.

Окончательный диагноз устанавливался консилиумом в составе акушера-гинеколога и хирурга, при необходимости уролога. С момента поступления до операции максимально проходило 3 часа. В послеоперационном периоде велось тщательное обследование: в первый день через три часа хирургом и реаниматологом, в последующем при хорошем состоянии беременной 2 раза в день хирургом и реаниматологом с рекомендацией гинеколога при выписке. Госпитализация 6-7 дней.

Осложнения (1): острый флегманозный аппендицит (беременность

Репозиторий ГрГМУ

34 нед.) – инфильтрат послеоперационной раны (консервативное лечение).

Литература:

1.Стрижаков, Диагностика трудных случаев острого аппендицита.М-Триада-Х,1997, С.125

2.Томашук И.П. Острый аппендицит (симптомы, дифференциальная диагностика, лечение) – Киев. - Здоровье, 1994, С. 80

3.Стрижаков, Современные принципы обследования и ведения беременных с острым аппендицитом.Акушерство,гинекология,1997,№ 4, С.24

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Гарбар Ю.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – доцент В.И.Аверин

Пилоростеноз – это врожденное заболевание, в основе которого лежит нарушение проходимости пилорического отдела желудка, обусловленное пороком развития пилорического жома в виде нарушения морфологических его структур. Популяционная частота 0,5-3:1000. Отмечается преобладание пилоростеноза у мальчиков – в соотношении (мальчики:девочки) 4:1. Пилоростеноз требует оперативного лечения. Классической операцией для лечения пилоростеноза является пилоромиотомия по Фреде – Рамштедту. В последнее время в лечении пилоростеноза стали внедряться малоинвазивные методики, в частности, лапароскопия.

Цель: изучить и сравнить результаты хирургического лечения пилоростеноза из лапаротомного доступа и лапароскопическим методом.

Репозиторий ГрГМУ

Материалы и методы: с 2003 по 2006 г.г. в Детском хирургическом центре г. Минска находилось на лечении 42 ребенка, из них у 15 (35,7%) операция проводилась из лапаротомного доступа и у 27 (64,3%) лапароскопическим методом. Из тех, кому выполнялась пилоромиотомия по Фреде – Рамштедту было 10 (66,7%) мальчиков и 5 (33,3%) девочек в возрасте от 2 недель до 2 месяцев, средний возраст составил 5,8±0,69 недель. Из 27 детей, оперированных лапароскопически, мальчиков было 22 (81,5%), девочек – 5 (18,5%). Возраст детей колебался от 2 недель до 2 месяцев и средний возраст равен 4,96±0,37 недель.

Результаты: Из 15 детей, оперированных лапаратомным доступом 8 (53,3%) до операции находились в отделении интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) от 1 до 5 дней (Σ = 2 ± 0,46). После операции все больные продолжили лечение в ОИТР от 1 до 7 дней (Σ = 2,8±0,48). Энтеральное кормление у 7 пациентов (46,7%) было начато с 1 дня, у 7 (46,7%) со 2 и у 1 с 3 (6,6%). Срыгивание и рвота отмечалась у 7 детей (46,7%) и продолжалась от 1 до 6 суток (Σ = 2,7±0,75).

Выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии 13 (86,7%) детей, а 2 (13,3%) были переведены в соматические отделения для лечения сопутствующих заболеваний. Средний показатель койко-дней составил 7,5±0,31.

Из 27 детей оперированных лапароскопическим методом только у 25 можно провести статистический анализ, т.к. у 2 детей отсутствуют некоторые данные в историях болезни. 22 (88%) пациента находилось до операции в ОИТР от 1 до 3 дней
(Σ = 1,6 ± 0,18). После операции все больные продолжили лечение в ОИТР от 1 до 7 дней (Σ = 2,75±0,34). Энтеральное кормление у 15 пациентов (60%) было начато с 1 дня, у 8 (32%) - со 2-го, у 1 (4%) - с 3-го и у 1 (4%) – с 4-го. Срыгивание и рвота отмечалась у 12 детей (48%) и продолжалась от 1 до 6 суток (Σ = 2,58±0,39).

Выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии 26

Репозиторий ГрГМУ

(96,3%) детей, а 1 (3,7%) был переведен в соматическое отделение для лечения сопутствующих заболеваний. Средний показатель койко-дней составил 7,57±0,39.

Выводы:

Лапароскопическая пилоромиотомия обладает рядом преимуществ:

1. Хороший косметический эффект;
2. Низкий уровень послеоперационной боли;
3. Быстрее проходит восстановительный период после операции;
4. Снижается срок госпитализации.

Литература:

1. Хирургические болезни у детей. Под редакцией Ю.Ф. Исакова. – М.- 1998.- 704 с.

2. К.У.Ашкрафт, Т. М. Холдер //Детская хирургия:[В 3 т. : Перевод] / 2 т.- СПб.- 1996 – 384с.

КАЛЯДНЫЯ ВЯЧОРКІ: АСАБЛІВАСЦІ ІХ ПРАВЯДЗЕННЯ НА ГРОДЗЕНШЧЫНЕ

Гарох В.М.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі універсітэт, Беларусь

Кафедра гуманітарных навук

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

Гісторыя беларускага фальклора самабытная і мнагагранная. Вусная народная творчасць фарміравалася на працягу шматлікіх стагоддзяў, таму на сучасны момант яе можна разглядаць як перапляценне язычніцкіх абрадаў з хрысціянскімі звычаямі. Цікавай старонкай фальклору з'яўляюцца народныя гулянні і менавіта тэрытарыяльныя асаблівасці іх правядзення, якія можна знайсці ў кожным рэгіёне. Мэта маёй працы - вызначыць асаблівасці правядзення калядных вячорак у Гродзенскім рэгіёне.

На Гродзеншчыне ў Карэліцкім раёне кідалі чаравік праз хату. У які

Репозиторий ГрГМУ

бок пакажа наском, адтуль прыйдзе суджаны. Калі ж абутак зачэпіцца за штосьці, то дзяўчына замуж пакуль не выйдзе. Акрамя таго, ў гэты вечар пяклі аладкі, кожная дзяўчына пазначала нейкім чынам сваю, клалі іх у радок, пасля пускалі сабак. І вось чыю ён схопіць хутчэй, тая першай і выйдзе замуж [2].

У Іўеўскім і Дзятлаўскім раёнах на багатую куццю таксама пяклі аладкі. Трэба было ўзяць першую ў суседа разам з кавалкам скваркі, выбегчы на двор на тое месца, дзе смалілі “пярэстую свінню”, памазаць аладку скваркаю, есці і слухаць, адкуль брэшуць сабакі – з гэтага боку і прыедуць сваты [3].

Ставілі сяброўцы пад сакрэтам пад ложак тазік ці іншы посуд з вадой і клалі трэсачку або галінку як масток. У сне хто дзяўчыну перавядзе цераз яго, той і будзе нарачоным. Галоўнае, каб ніякая сіла не сцягнула з мастка ў ваду, бо гэта знак смерці. Таксама тапілі ў лыжцы воск, а пасля вылівалі ў халодную ваду. Цень застылага злепку разглядалі на сцяне і па форме ўгадвалі будучыню. Падобнае рабілі з паперай: спаліўшы, разглядалі абрысы ценю. Яшчэ доўгую жэрдку ставілі роўна ўверх: куды яна ўпадзе, у той бок і пойдзе дзяўчына замуж. Былі і іншыя гаданні. Увогуле гадаць забаранялася, але было павер'е, што ў калядныя вечары Бог даруе гэты грэх.

Таксама калядавалі (“хадзілі па шчадрусе”). Калядаванні суправаджаліся “ваджэннем казы”. Каза па старажытных уяўленнях магла павялічваць урадлівасць зямлі. У “казу” перапранаўся хлопец пры дапамозе вывернутага аўчынай уверх кажуха, апраналася маска, рогі маглі рабіцца з саломы. Акрамя таго, быў павадыр або “дзед”, з гарбом, у старым адзенні, з доўгімі валасамі і льняной барадой. У гурце прысутнічалі механоша, музыка, маглі быць і іншыя казачныя персанажы. Атрымаўшы дазвол на спевы ў хаце, спачатку заходзіў “дзед” з “казой”, за імі астатнія. Спявалі пахвалы гаспадарам і хаце.

Пры гэтым адбывалася муштраванне “казы”. Гаспадары абавязкова павінны былі штосьці даць калядоўшчыкам (каўбас, пірага, грошай), не

Рэпозиторий ГрГМУ

даць лічылася дрэннай прыкметай, ды і перад людзьмі сорамна. Вядома, што на Гродзеншчыне сабраныя прадукты затым прадавалі і ўтаргаваныя грошы дзяліліся паміж сабою. У некаторых месцах на гэтыя грошы куплялі іконы і ахвяравалі царкве [1].

Гэта далёка не поўны пералік асаблівасцей калядных святкаванняў, распаўсюджаных на тэрыторыі Беларусі, а менавіта ў яе Гродзенскім рэгіёне. Але нават гэтых фальклорных элементаў на сённяшні дзень, асабліва ў гарадах, захавалася вельмі небагата. Увогуле зварот да нацыянальных звычаяў святкавання з'яўляецца цудоўнай формай культурнага ўзбагачэння, духоўнага росту людзей, штуршком да высокаманальнага выхавання маладога пакалення, дапамагае несці нашчадкам сапраўдныя скарбы духу.

Літаратура:

1.Гродзенская праўда,1996, 24 снежня

2.Памяць: Карэліцкі раён. Гіст-дакументальныя хронікі.-Мінск,2000

3.Голас Радзімы, 2006, 9 лістапада

ЗАВИСТЬ В ВОСПРИЯТИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Гаутам А. М., Картекиян В. К.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского языка как иностранного

Научный руководитель - преподаватель кафедры РКИ М.Г. Ситникова

С целью выявления различий в представлениях студентов о моральных качествах и этических категориях, в число которых было включено и такое социальное явление как зависть, нами было проведено анкетирование, в котором приняло участие более 100 граждан Сирийской Арабской Республики, Арабской Республики Египет, Ливанской Республики, Государства Палестина, Йеменской Республики и Республики Индия, обучающихся в Гомельском государственном медицинском университете.

Репозиторий ГрГМУ

Один из этапов анкетирования был посвящён выявлению. Все участники анкетирования в своих объяснениях содержания понятия «зависть» проявили единодушие в признании аморальности и деструктивности данного чувства. В толкованиях понятия «зависть» присутствовали исключительно его отрицательные оценки.

Наиболее частотными стали следующие толкования: «зависть — это плохое чувство \ качество», «зависть – это грех (порок, недостаток», «зависть — это качество людей злых (глупых, неудачников, недостаточно религиозных), «зависть – причина вражды (ненависти, преступлений и греховных поступков).

При этом более 80 информантов признали неоднородность зависти и существование различных её видов («чёрная зависть», «злая зависть», «желающая вреда зависть», «желчная зависть» и «белая зависть», «безвредная зависть», «спортивная зависть» и т. д.)

Белая зависть оценивается ими положительно, связывается с соревновательностью, конкурентной борьбой, заставляющей проявлять усилия и развивать таланты и способности, повышать уровень профессионализма с целью превзойти достижения объекта данной формы зависти. Отрицательную оценку получает так называемая чёрная зависть, порождающая, по мнению участников анкетирования, конфликты, вражду, стремление оклеветать и унизить объект зависти любыми аморальными способами, приводящая к моральной деградации завистника, разрушающая его психическое и физическое здоровье.

И арабские, и индийские студенты (49 информантов) назвали материальные ценности («богатство», «богатый и большой дом», «крутое авто», «современная клиника», золотые украшения») в качестве возможных объектов зависти. 37 студентов посчитали, что зависть вызывает высокий социальный статус («высокая карьера», «большое почтение», «успех в профессии и в обществе», «все боятся», «успех и признание»). Менее популярными вариантами ответов на

Репозиторий ГрГМУ

вопрос «чему завидуют люди?» стали варианты «спортивные достижения», «удача» «здоровье», «праведность и безгрешная жизнь». Все студенты согласились с утверждением, что люди склонны завидовать и часто завидуют друг другу. Большая часть участников анкетирования (72 информанта) признала верным утверждение, что человек, который испытывает зависть, может быть хорошим и добрым. Однако ни один из участников анкетирования не признал, что сам часто завидует кому-либо или чему-либо. Восемь студентов, согласившихся с утверждением, что они испытывают чувство зависти, назвали объектами своей зависти различные моральные качества и этические категории: «профессионализм хорошего врача-кардиохирурга», «знания преподавателей» и т. д. Все участники анкетирования согласились, что нет принципиальных отличий между завистью, испытываемой их соотечественниками, и завистью белорусов.

Полученные в результате анкетирования данные позволяют сделать вывод об универсальности моральных норм и сходстве в восприятии зависти представителей разных культур.

СТРЕСС И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРУДА

Германович О.В., Поплавская Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – ст. преподаватель О.Н.Рындова

Представленная работа посвящена проблемам стресса и безопасности труда, не утративших своей актуальности и на сегодняшний день.

Стресс (в переводе с английского – давление, напряжение) – понятие, которое используется для обозначения широкого круга экстремальных состояний и действий человека, возникающих в качестве ответа на разнообразные воздействия стрессоров, т.е. факторов, вызывающих стрессовое состояние.

Репозиторий ГрГМУ

Согласно теории, разработанной еще в 1936 году канадским физиологом Г.Селье, организм человека отвечает на повреждающие его факторы общими типовыми комплексами реакций, способствующими его приспособлению к этим факторам и противодействию им. Взаимосвязь между негативными воздействиями этих факторов на организм человека и порождаемыми ими состояниями является основой теории стресса. В свою очередь, современные исследования показали, что нервно-психическая реакция человека на стресс индивидуальна и специфична, так как она проходит через сознание каждого.

Реакция человека на факторы, вызывающие стресс, может быть непредсказуема. Однако существуют наиболее часто встречающиеся его проявления. Так, например, производственный стресс характеризуется повышением травматизма, и следствием этого является снижение работоспособности человека. Такой стресс приводит к появлению специфического заболевания – синдрому эмоционального выгорания.

К стрессу на производстве могут привести различные причины: семейные проблемы, проблемы и конфликты с начальством, радостные события, мелкий долг, перевод на другую работу, невозможность получения морального и материального удовлетворения от своей работы, монотонность выполняемых движений, неадекватная нагрузка, повышение или понижение в должности, штраф и прочее.

В современном менеджменте отдельно стоит проблема адаптации новичка или молодого специалиста к работе и предъявляемым требованиям на рабочем месте. Зачастую идеализирование будущей деятельности и столкновение с реальностью становятся причиной стресса, особенно у работников непроизводственной сферы и, в частности, молодых врачей и учителей. Также процесс «вливания» новичка в коллектив проходит

Репозиторий ГрГМУ

очень трудно как для нового специалиста, так и для коллектива. Человек в таких условиях может просто не найти себе места в коллективе, что, безусловно, приведет к стрессу, хотя других причин, как то низкая заработная плата, тяжелые условия труда, может и не быть. С другой стороны, стресс может мобилизовать силы и способности человека и привести к временному повышению производительности труда и более эффективной работе.

В конечном итоге, стресс в любом его проявлении, приводит к синдрому эмоционального выгорания, проявляющемся в полном отсутствии желания работать, плохом самочувствии и переносе своего плохого настроения на окружающих – коллектив и семью, что усугубляет и без того имеющийся стресс, и даже способен вызвать суицид. На производстве это ведет к снижению работоспособности, ухудшению качества продукции, резкому повышению травматизма.

Таким образом, психическое и эмоциональное состояние работников напрямую влияет на трудовую деятельность.

При разработке правил техники безопасности необходимо обратиться за консультацией к психологической службе, так как по формулировке, принятой Всемирной Организацией Здравоохранения, здоровье – это не только отсутствие болезней или увечий, а состояние полного физического, психического, социального, эмоционального благополучия.

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У КРЫС ПРИ ХОЛОДОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ В УСЛОВИЯХ МОДИФИКАЦИИ L-АРГИНИН-NO СИСТЕМЫ

Глуткин С.В., Хайчынов Т.А., Глуткин А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

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

Гомойотермные животные имеют относительно постоянную

Репозиторий ГрГМУ

температуру тела. Сохранению тепла в организме при воздействии холода способствуют как внутренние механизмы самого организма (сократительный, несократительный термогенез), так и влияние из вне (отогревание, согревание, вливание различных препаратов). Известно, что при введении L-аргинина (в дозе 300 мг/кг, внутривенно, одномоментно) крысам отмечалось повышение холодовой устойчивости, уменьшение кислородной недостаточности и меньший сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина влево [Zinchuk V.V., Dorokhina L.V., 2002], но не изучался эффект оксида азота в период отогревания после холодового воздействия. Целью настоящей работы является изучение влияния модификаторов L-аргинин-NO системы на ректальную температуру тела крыс в течение холодового воздействия и последующего их отогревания.

Наркотизирование крыс-самцов (массой 220-250 г, n=54) осуществлялось тиопенталом натрия (50 мг/кг, внутрибрюшинно). Катетеризировали наружную яремную вену животных для введения модификаторов L-аргинин-NO системы. Для проведения исследований нами использовался комбинированный метод создания искусственной гипотермии с последующим отогреванием животных. Крысы в период охлаждения и отогревания располагались в специальных боксах без непосредственного контакта с водой. Холодовое воздействие выполнялось в течение 120 минут при температуре воды 19 ^{0}C, отогревание животных осуществлямниотичлось на протяжении последующих 120 минут при температуре воды 32-35 ^{0}C, со средней скоростью отогревания 0,06 ^{0}C/мин. Для модификации L-аргинин-NO системы использовамниотичлись следующие вещества: субстрат синтеза оксида азота (NO) – L-аргинин (300 мг/кг), донор NO – нитропрусид натрия (50 мкг/кг), ингибитор NO-синтазы - Nw-нитро-L-аргинин метил эстер (L-NAME; 40 мг/кг). Препараты вводились внутривенно в течение первых 60 минут охлаждения в обьеме 1 мл. Животные были разделены на 6 экспериментальных групп: 1-ая – 0,9 %

Репозиторий ГрГМУ

хлорид натрия (NaCl) + контроль (интактное животное); 2-ая – 0,9 % NaCl + охлаждение; 3-я – 0,9 % NaCl + отогревание; 4-ая – нитропруссид натрия + отогревание; 5-ая – L-NAME + отогревание; 6-ая – L-аргинин + отогревание. Измерение температуры осуществлялось с помощью электротермометра ТПЭМ-1 через каждые 10 минут.

По отношению к крысам контрольной группы (28,55±0,16), которые получали 0,9% NaCl, ректальная температура крыс в конце холодового воздействия, получивших L-аргинин, составила – 29,05±0,18^{0}C, $p<0,05$; нитропруссид натрия – 27,14±0,21^{0}C, $p<0,001$; L-NAME – 28,33±0,27^{0}C, $p>0,05$. В конце периода отогревания ректальная температура по отношению к крысам контрольной группы (35,36±0,11) распределилась следующим образом: у крыс, помниотичлучивших L-аргинин – 36,24 ±0,05^{0}C, $p<0,001$; нитропруссид натрия – 35,80±0,13^{0}C, $p<0,05$; L-NAME – 35,28±0,11^{0}C, $p>0,05$. Повышение теплообразования, появление мышечной дрожи (сократительный термогенез) у животных, получавших L-аргинин, наблюдалось через 80-90 минут холодового воздействия, при введении нитропруссида натрия – через 110-115 минут, в остальных группах - через 100-105 минут. Влияние на температурный гомеостаз, возможно, связано с прямым (влияние на центральные терморецепторы) или непрямым (опосредовано через биологически активные вещества, влияние на сосудистый тонус, кислородтранспортную функцию крови [Зинчук В.В., 2003]) действием этих веществ. На основании вышеизложенного следует, что L-аргинин обладает термопротекторным действием: способствуя более медленному снижению ректальной температуры крыс в период охлаждения животных, восстанавливая ее наиболее близко к исходному значению в сравнении с другими группами. Однако нитропруссид натрия не обладает таким эффектом, что отражает сложную природу участия NO-зависимых механизмов в формировании температурного гомеостаза.

Репозиторий ГрГМУ

ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

Глуткин А. В., Гричик Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №1 с курсом детской хирургии

Научный руководитель – д.м.н. В.И. Ковальчук

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) у детей – одно из самых распространённых тяжёлых гнойно-воспалительных заболеваний. Мальчики болеют в 2—3 раза чаще, чем девочки.

Цель работы: Исследование клинического течения и анализ результатов лечения острого гематогенного остеомиелита у детей.

Материал и метод. Исследованы истории болезни 58 детей с ОГО, лечившихся в областной детской клинической больнице г. Гродно за период 2004 – 2006 гг. Мальчиков было 36 (62%), девочек - 22 (38%). Все больные были разделены на 2 группы по возрасту. Группу до трех лет составили 20 (34,5%) детей. Группу старше трех лет – 38 (65,5%). Наряду с клиническим обследованием больного, всем детям выполнялось рентгенографическое исследование костей, при необходимости диагностическая пункция костей и суставов с цитологическим исследованием.

Результаты клинических исследований:

Длительность заболевания до поступления у всех детей была разная - от нескольких часов до нескольких суток. В первой группе в тяжелом состоянии находилось 8 (40%) больных, в среднетяжелом – 10 (50%) и удовлетворительном состоянии было 2 (10%). Во второй группе в тяжелом состоянии было 10 (26,3%) больных, в среднетяжелом состоянии – 16 (42,1%) и в удовлетворительном состоянии – 12 (31,6%). У детей в младшей группе длительность температурной реакции до суток наблюдалось у 4 (20%) больных, от 1 до 2 суток – 2 (10%) больных и свыше трех суток – 4 (20%) больных. Температурная реакция отсутствовала у 10 (50%) больных. В старшей возрастной

Репозиторий ГрГМУ

группе с длительностью температурной реакции до суток было 6 (15,8%) больных, от 1 до 2 суток – 8 (21%) больных, свыше трех суток - 8 (21%) больных. Без температурной реакции – 16 (42,1%) больных.

С местно-очаговой формой ОГО было 54 (91,3%) больных, с септической формой – 4 (8,7%) больных. По локализации наиболее часто встречался остеомиелит бедренной кости - 16 (27,6%) случаев. Остеомиелит большеберцовой кости был у 12 (20,7%) больных. Остеомиелит малоберцовой кости – 4 (6,9%) больных. Поражение костей стопы наблюдалось у 9 (15,5%) больных. Остеомиелит плечевой кости - 8 (13,8%). Поражение локтевой кости наблюдалось у 2 (3,45%) больных, лучевой – 2 (3,45%). Фаланги пальцев были поражены у 5 (8,6%) больных.

Детям проводилось консервативное и оперативное лечение. В младшей возрастной группе консервативно лечилось 6 (30 %) больных, оперативно лечилось 14 (70%) больных. Методы оперативного лечения в младшей возрастной группе: пункция у 10 (50%) больных, вскрытие флегмоны - 3 (15%) больных и вскрытие инфильтрата 1 (5%). В старшей возрастной группе консервативно лечилось 16 (42,1 %) больных, оперативно - 22 (57,9%) больных. Методы оперативного лечения в старшей возрастной группе: пункция у 8 (21%) больных, вскрытие флегмоны - 3 (7,9%) больных и вскрытие инфильтрата – 1 (2,6%), остеоперфорация - 7 (18,4%) больных, секвестрэктомия при остеомиелите ногтевых фаланг была у 3 (7,9%) больных.

В результате проведенного лечения 8 (40%) детей из младшей группы полностью излечились от заболевания, 12 (60%) – выписаны в состоянии улучшения. В старшей возрастной группе с выздоровлением выписано 15 (39,5%) детей, с улучшением – 24 (60,5%).

Осложнением ОГО были свищ нижней трети правой голени у 1 (1,8%) больного; патологический перелом верхней трети левой плечевой кости у 1 (1,8%) больного, патологический вывих левого бедра был у 1 (1,8%) ребенка. Перехода в хроническую форму не

Репозиторий ГрГМУ

наблюдалось.

Выводы:

1. Тяжесть заболевания и длительность лечения ОГО зависят от сроков начала заболевания и стадии течения.

2. Выбор метода лечения ОГО у детей зависит от стадии воспалительного процесса. В младшей возрастной группе проводилось преимущественно консервативное лечение.

3. Осложнения ОГО наблюдались у детей с длительным сроком заболевания.

НЕКОТОРЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОТХОЖДЕНИЯ АРТЕРИИ ГОЛЕН

Гнядо Е. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научные руководители – к.м.н., ст. преподаватель Я.Е.Смолко;

к.м.н., ст. преподаватель Ж.А.Шавель

Целью данной работы является изучение уровня деления подколенной артерии на конечные ветви (переднюю и заднюю большеберцовые артерии), а также место отхождения малоберцовой артерии.

Работа выполнена на 15 ангиограммах артерии нижней конечности, которые были сделаны в кабинете ангиографии и эндоваскулярной хирургии УОЗ Гродненская областная клиническая больница.

В анатомической литературе сказано, что подколенная артерия, проходя по задней поверхности подколенной мышцы, подходит под край камбаловидной мышцы и делится на конечные ветви. Согласно нашим данным, это место находится на 6-7см ниже верхнего края межмыщелкового возвышения.

Нами изучались уровень деления подколенной артерии, угол между передней и задней большеберцовыми артериями, уровень

Репозиторий ГрГМУ

отхождения малоберцовой артерии.

В 10 случаях деление подколенной артерии происходило в пределах от 5,5 см до 7,5 см ниже верхушки межмыщелкового возвышения. При этом угол между конечными ветвями составлял от 55^0 до 70^0.

На уровне верхней точки межмыщелкового возвышения большеберцовой артерии начинались в 2 случаях, и угол между ними составил 45^0 и 50^0.

Два раза бифуркация подколенной артерии произошла на 2см выше от контрольной точки. При этом угол равнялся 40^0 и 45^0.

В одном случае мы отметили очень высокое деление подколенной артерии – на 4,5см выше межмыщелкового возвышения, а угол деления при этом был равен 20^0. В данном случае имел место перекрест двух большеберцовых артерий.

Уровень отхождения малоберцовой артерии (при делении подколенной артерии на классическом уровне) находился в пределах от 4см до 5,5см ниже начала задней большеберцовой артерии.

Полученные нами данные совпадают с литературными.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО И МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ГОРОДА

Гойко И.И., Насевич Е.В., Ситько И.М., Курилина Т.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.П.Волкова

Процессы роста и развития составляют основную характеристику детского возраста. Изучение закономерностей развития, обеспечение оптимального развития – одна из главных составных частей и педиатрической науки, и практической деятельности врача-педиатра. При этом на первый план выдвигаются задачи диагностики качества и темпа развития ребенка [1].

Репозиторий ГрГМУ

Целью нашего исследования было выявление особенностей физического и моторного развития городских детей первого года жизни.

Под наблюдением находилось 165 детей первого года жизни, проживающих в г. Гродно. Всем детям проводили антропометрические измерения: ежемесячно определяли массу и длину тела, окружность головы и грудной клетки, определяли индекс массы тела (ИМТ = масса тела в кг/ (длина тела в м)^2), оценивали моторное развитие.

Установлено, что при рождении масса тела детей составила в среднем 3368,4±8,5 г; длина тела 52,1±0,04 см, окружность головы 35,0 ±0,02 см, окружность грудной клетки 33,8±0,02 см. Недоношенными были 5,5% детей, с массой тела 2700-3000 г родилось 11,1% детей, с массой тела ≥ 4000 г родилось 9,3% детей. Среднемесячная прибавка массы тела за первый месяц жизни составила 1085,4±7,9 г; длина тела 2,2±0,02 см; окружности головы 1,7±0,01 см; окружности грудной клетки 2,1±0,02 см.

За I полугодие жизни среднемесячная прибавка массы тела составила 795,8±10,2 г; за II полугодие - 387,2±8,4 г. Среднемесячная прибавка в длине тела за I квартал составила 3,19±0,03 см; за II квартал – 2,03±0,02 см; за III квартал – 1,46±0,02 см; за IV квартал – 1,41±0,02 см.

Средняя масса тела в 1 год у детей была 10465±17,6 г; длина тела составила 76,3±0,05 см; окружность головы – 46,05±0,03 см; окружность грудной клетки – 47,4±0,04 см; индекс массы тела в 1 год составил 18,1 ±0,15 (более 75 центиля [2]).

5 (55,5%) недоношенных детей к 1 году имели массу тела в пределах 7500-8200 г. Имели массу тела к 1 году ≥ 11000 г – 45 (27,8%) детей, массу тела менее 9000 г – 10 (6,2%) детей

При оценке моторного развития выявлено, что дети держат голову в среднем с 2,1±0,1 мес., сидят с 6,1±0,2 мес., ходят с 10,9±0,5 мес.,

Репозиторий ГрГМУ

говорить дети начали с 9,9±0,3 мес., первые зубы у детей появились в 6,9±0,4 мес., к 1 году дети имели 6,8±0,2 зубов, большой родничок закрылся в среднем к 10,8±0,3 мес. Грудное вскармливание менее 4 месяцев было у 78 (48,1%) детей, до 1 года грудное вскармливание получал 41 (25,3%) ребенок.

Выводы:

1. Среднемесячные прибавки в массе и длине тела у городских детей в настоящее время соответствуют литературным данным.
2. Тем не менее, на первом месяце жизни имеется тенденция к превышению этих показателей.
3. К 1 году 27,8% детей имеют показатели физического развития выше среднего, 6,2% детей – ниже среднего.

Литература:

1. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. – СПб.: Фолеант, 2001. – С. 82.
2. Nhanes M.S. Am. J. Dis. Child. 1991, 145. p. 260/

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Головня А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент А.М. Жигальцов

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) в последние годы широко применяется в терапевтической практике. В многочисленных исследованиях показано прогностическое значение различных параметров СМАД. Установлена связь поражения органов – мишеней артериальной гипертензии (АГ) и сердечно-сосудистых осложнений не только с уровнем АД, но и с нарушением суточного

Репозиторий ГрГМУ

ритма АД [1,2].

Цель исследования: изучить изменение некоторых параметров СМАД у больных почечной АГ (ПАГ) с хронической почечной недостаточностью (ХПН), получающих программный гемодиализ (ПГД).

Материалы и методы исследования.

Обследовано 12 мужчин ПАГ на фоне ХПН IV стадии, находящихся на ПГД. Больных с хроническим нефритом было 10 (83,4%), с подагрической почкой – 2 (16,6%). Средний возраст пациентов составил 43,8±4,3 лет. СМАД проводилось на аппарате «Кардиотехника – 4000 АД» фирмы «ИНКАРТ» (Санкт-Петербург). Измерения АД осуществлялись каждые 20 минут в дневные часы и каждые 40 минут – в ночные. СМАД всем больным проводилось спустя 2-е суток после ПГД, т.е. за одни сутки до очередной процедуры. За одну неделю до исследования антигипертензивная медикаментозная терапия была отменена. Для оценки результатов использовали следующие показатели: среднее дневное систолическое и диастолическое АД (ср. дневное САД и ДАД), среднее ночное САД и ДАД. Суточный профиль АД оценивали по степени ночного снижения (СНС) АД с использованием традиционных критериев определения двухфазного ритма.

Результаты исследования.

Показатели СМАД приведены в таблице.

Показатели	Результаты
среднее дневное САД	176,3±8,2
среднее ночное САД	163,0±3,0
среднее дневное ДАД	99,2±1,9
среднее ночное ДАД	92,0±0,9

По результатам суточного профиля АД среди обследуемых больных выявлены следующие группы «Dipper» - 2 больных (16,6%),

Репозиторий ГрГМУ

«Non dipper» - 8 больных (66,7%), «Night peaker» - 2 больных (16,6%).

Выводы:

1. Исследование выявило высокую распространенность у больных недостаточное ночное снижение АД и устойчивое его повышение в ночное время.

2. Учитывая высокие цифры АД и изменения его суточного ритма у обследованных больных следует предполагать высокий риск кардиоваскулярных осложнений.

3. Для получения антигипертензивного эффекта у больных ПАД и ХПН проведение только ПГД недостаточно, что подразумевает назначение медикаментозной терапии.

Литература:

1. Зелвеян П.А., Бониатян М.С., Ощепкова Е.В. и др. Суточный ритм артериального давления: клиническое значение и прогностическая ценность. // Кардиология. – 2002. - №10. – С.55-61.

2. Есаян А.М. Антигипертензивная терапия и прогрессирование почечной недостаточности. // www. consilium-medicum. com. – 2001. – 1 (10).

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ ИБС

Головня А.Ю., Степенкова Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.В. Васильев

Актуальность. Среди лиц пожилого возраста, находящихся на стационарном лечении в инфекционных стационарах, до 60% составляют больные острыми кишечными инфекциями (ОКИ). Практически все эти больные имеют сопутствующую кардиопатологию. Гемоконцентрация, интоксикация и циркуляторные расстройства

Репозиторий ГрГМУ

нередко приводят у этой группы лиц к обострению кардиопатологии. Воздействие эндотоксинов возбудителей ОКИ на вегетативную нервную систему (ВНС) также может оказать влияние на течение ИБС у больных.

Целью настоящего исследования стало исследование значения отдельных показателей (индекс Робинсона, индекс Кёрде и среднее артериальное давление (САД)) при оценке течения ИБС на фоне ОКИ.

Материал и методы. Изучено 58 историй болезни больных ОКИ, имеющих сопутствующую патологию сердца (ИБС) и находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной клинической больнице. Средний возраст больных составил 60,1±2,2 лет. У всех больных определялись показатели гемодинамики (среднее давление), показатели интенсивности сердечного кровотока (индекс Робинсона) и показатели, определяющие преобладание тонуса различных отделов ВНС (индекс Кёрде). Полученные данные подвергнуты ранговому корреляционному анализу.

Полученные результаты. В ранее проводимых исследованиях и в настоящем исследовании получены результаты, позволяющие считать индекс Робинсона возможным критерием развития ишемии при ОКИ у больных ИБС. Так, индекс Робинсона давал обратную корреляцтивную связь с развитием ишемии, как при поступлении больного в стационар (-0,42; $p<0,05$), так и в динамике (-0,77; $p<0,05$).

Интерес представляет влияние ВНС, оказываемое на течение как ОКИ, так и сопутствующей ИБС. Согласно показателю Кёрде, ваготония сочеталась у больных с частой рвотой (+0,46; $p<0,005$), но при этом более редким стулом (-0,4; $p<0,01$). При ваготонии у больных ниже были показатели креатинина и мочевины (соответственно -0,44 и -0,38; $p<0,05$). Эти данные соответствуют литературным данным о влиянии парасимпатической НС на моторику кишечника и стимуляцию почечного кровотока. Однако полученные данные неоднозначны, поскольку получена достоверная ($p<0,01$) и существенная связь

Репозиторий ГрГМУ

содержания ионов Na^+ с ваготонией (+0,8), что трудно привести в соответствие с данными о частой рвоте и сохраненном мочеиспускании. У больных с ваготонией чаще отмечались блокады проводящей системы сердца (+0,61; $p<0,01$). Длительность интервала QRST прямо коррелировала с ваготонией(+0,51; $p<0,05$).

Гемодинамический показатель САД также представлял интерес. В ходе исследования выявлена обратная корреляция САД с частотой развития ишемии (-0,62; $p<0,01$), с уровнем мочевины (-0,4; $p<0,05$). С содержанием ионов Na^+ САД также обнаружил прямую и значимую связь (+0,73; $p<0,05$).

Выводы: Предложенные показатели (индекс Робинсона, индекс Кёрде и САД) могут помочь практическому врачу в прогнозировании как развития ишемии при ОКИ на фоне ИБС, так и развитие почечной недостаточности при ОКИ.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОТОКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Головня А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

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

Инфаркт миокарда – ишемический некроз участка мышц сердца, возникающий вследствие острого несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и доставкой его по коронарным сосудам.

Исходом заболевания может явиться выздоровление без какой-либо медицинской помощи, и, наоборот, привести к смерти больного, несмотря на все усилия врачей. Однако между этими крайностями множественная группа больных, судьба которых во многом зависит от своевременного вмешательства врача, его знаний, опыта и возможностей.

Целью данного исследования было изучение распространенности

Репозиторий ГрГМУ

инфаркта миокарда по полу и возрасту, частоты повторных случаев инфаркта миокарда, времени обращения за медицинской помощью с начала заболевания, наличие сопутствующей патологии.

Материалы и методы: изучено 139 бланков «Статистические карты выбывших из стационара» пациентов, лечившихся в кардиологическом отделении городской больницы в течение 2004 года с диагнозом инфаркт миокарда. Все пациенты – жители города, выписаны с улучшением. Потоки пациентов в стационар формировались за счет направлений врачей скорой помощи (66,9%), поликлиники (23,2%), других больниц (6,4%) и самостоятельного обращения (3,5%). Время поступления больных до 6 час от начала заболевания - 51,8%, от 6 час до 24час - 24,4%, свыше 24час –23,8%. Поступление в стационар на протяжении суток следующее: первая половина дня -50,3%, с 14.00 до 21.00 –29,4%, с 21.00 до 6.00 –20,1%. В 64,7% диагноз направившего учреждения совпал с основным клиническим диагнозом.

Большинство госпитализированных составили мужчины (67,6%), женщины - 32,4%. Возрастной состав госпитализированных следующий: до 49 лет – 11,5%, 50-59 лет – 29,4%, 60-69 лет – 33,8%, 70 лет и старше – 25,3%. Каждый третий заболевший (35,9%) работает.

Частота повторных случаев инфаркта миокарда наблюдалась у 19,4% больных. Прослеживается сезонность в госпитализации: зима – 26,6%, весна – 28,7%, лето – 21,5%, осень - 23,2%.

При дополнительном исследовании у пациентов выявлены сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (65,4%), аритмия (28,7%), ожирение (24,4%), хронический бронхит (17,2%), сахарный диабет (14,3%), язва желудка и двенадцатиперстной кишки (5,0%).

Выводы:

1. Максимальное количество госпитализированных по поводу инфаркта миокарда зарегистрировано у мужчин в возрастной группе 60-69 лет.

Репозиторий ГрГМУ

2. У каждого 5-го пациента наблюдается повторный случай инфаркта миокарда.

3. Наибольшая интенсивность госпитализации наблюдается весной, наименьшая – летом.

4. Половине заболевших помощь оказывалась в первые 6 часов от начала заболевания.

5. Основной поток поступления – первая половина дня.

6. 2/3 пациентов доставляются в стационар бригадой скорой помощи.

7. Сопутствующие заболевания, усугубляющие течение инфаркта миокарда, а, в ряде случаев, и являющиеся его причиной – артериальная гипертензия, аритмия и ожирение.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА

Гоменюк В.В., Носко М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель- ассистент Т.В.Новицкая

Экстрагенитальные заболевания, имеющиеся у беременных, представляют собой особую проблему как для акушеров-гинекологов, так и для терапевтов, поскольку экстрагенитальная патология определяет не только состояние женщины в гестационном периоде, течение родов, но и развитие плода. В основе малых аномалий развития сердца (МАРС) лежит врожденная дисплазия соединительной ткани (ДСТ) - наследственное аутосомно-доминантное полиорганное заболевание, вследствие нарушения развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах, на фоне генетически измененного фибриллогенеза внеклеточного матрикса. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что самым распространенным проявлением врожденной ДСТ со стороны

Репозиторий ГрГМУ

сердечно-сосудистой системы является пролапс митрального клапана (ПМК), актуальность изучения которого связана с большой частотой в популяции и риском развития серьезных осложнений.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности и родов у беременных с малыми аномалиями сердца, рожавших на базе УЗ «ГОКРД» за период с 01.01.2004 по 31.12.2006.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 288 историй родов женщин с МАРС, родивших за период 01.01.2004-31.12.2005 г. в УЗ «ГОКРД» и обследование 145 женщин с МАРС, родивших в УЗ «ГОКРД» в 2006году.

Результаты: за период с 01.01.2004 по 31.12.2006 в УЗ «ГОКРД» г. Гродно родили 433 женщины с МАРС. Возраст беременных колебался от 17 до 43 лет, причем до 19 лет-9%, с 20-29 лет 69%, старше 30 лет 22%. Из них в браке состояли 92% женщин. Отягощенный акушерский анамнез имел место у 62% женщин: наиболее часто встречались медицинские аборты - 20% и самопроизвольные выкидыши в сроке до 12 недель - 17%. Среди выявленной экстрагенитальной патологии у беременных с МАРС чаще встречались: аномалии зрения (миопия, миопический астигматизм), варикозное расширение вен нижних конечностей, нефроптоз, ВСД по кардиальному типу. В структуре МАРС преобладал ПМК – 45,4%, аномально расположенная хорда левого желудочка (АРХ) – 40,9%, сочетанная патология ПМК+ АРХ – имела место в 13,5 % случаев. Кроме того, имели место: аневризма межпредсердной перегородки - 3 случая, пролапс трикуспидального клапана - 4 случая. Течение настоящей беременности сопровождалось угрозой прерывания в различные сроки у 74 % женщин. У женщин, имеющих МАРС, преобладали срочные роды, кесарево сечение было выполнено в 27% случаев. Случаев рождения детей в состоянии асфиксии не было.

Выводы: 1. МАРС являются самым распространенным проявлением врожденной ДСТ со стороны сердечно-сосудистой

Репозиторий ГрГМУ

системы.

2. МАРС имеют большую частоту в популяции, наиболее часто сочетаются с аномалиями зрения (миопия, миопический астигматизм), варикозное расширение вен нижних конечностей, нефроптоз, ВСД по кардиальному типу.

3. В структуре МАРС преобладает ПМК и аномально расположенная хорда левого желудочка.

4. Течение беременности у женщин с МАРС сопровождается угрозой прерывания в различные сроки в 74 % случаев.

Литература:

1. Земцовский Э. В. Соединительнотканные дисплазии сердца. - СПб., 2000.

2. Журнал «Проблемы репродукции», 2005, том 11, №3.

3. Журнал « Кардиология», 2001, №9.

4. Милованов А.П. Патология системы «мать-плацента-плод». – М., 1999.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФЕРМЕНТНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКЗОКРИННОЙ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗЛИЧНЫЕ СТАДИИ ОНТОГЕНЕЗА ПОТОМСТВА, РОДИВШЕГОСЯ ОТ КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

Гончар Н.В., Анисько Е.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

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

Во время беременности многочисленные изменения обмена веществ, нейроэндокринной и иммунной систем способствуют существенным изменениям функций органов пищеварительной системы, особенно печени, нередко сопровождающихся холестазом (В. А. Петухов и др., 1998; Б.А. Кулавский, М.А. Нартайлаков, 2002). Сведения о влиянии этой патологии на развитие потомства и

Репозиторий ГрГМУ

становление его органов очень скудны.

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение влияния экспериментального холестаза самок на ферментную активность поджелудочной железы в различные стадии онтогенеза их потомства.

Материалом для исследования послужили беспородные беременные белые крысы-самки массой 170 – 210 г. и родившиеся от них крысята. После наступления беременности из крыс формировали 2 группы – контрольную и опытную. Опытным крысам на 12-е сутки беременности, т.е. в ранние сроки органогенеза, производили перевязку общего желчного протока. Контрольные крысы подвергались тем же манипуляциям, но без наложения лигатуры на общий желчный проток. В различные периоды онтогенеза (на 15-е, 45-е и 90-е сутки развития) родившихся животных подвергали эвтаназии парами эфира. Материал, взятый из поджелудочной железы, замораживали в жидком азоте, монтировали на объектодержателе параллельно «контроль-опыт» и помещали в криостат, где при t -15 ^{0}C приготавливали срезы толщиной 10 мкм. Затем общепринятыми гистохимическими методами определяли активность ключевых ферментов – сукцинатдегидрогеназы (СДГ), дегидрогеназы восстановленного никотинамиддинуклеотида (НАДН-ДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), кислой и щелочной фосфатаз (КФ и ЩФ). Количественную оценку активности продуктов реакции проводили с помощью компьютерной программы «Bioscan»; статистическую обработку количественных показателей - с помощью программы «Statistica».

Результаты исследования показали, что максимальную ферментную активность в экзокринных панкреатоцитах поджелудочной железы обнаруживает НАДН-ДГ, обычно связанная с транспортом электронов, несколько ниже СДГ и ЛДГ – показатели энергетического баланса клетки и слабую - КФ, которая необходима для процессов внутриклеточной перестройки и регенерации. Щелочная фосфатаза –

Репозиторий ГрГМУ

фермент трансмембранного переноса фосфорорганических соединений - выявилась только в стенке межацинарных капилляров. Причем, в ранний постнатальный период онтогенеза (15 суток) активность указанных ферментов ниже, чем в пубертатный (45 суток) и половозрелый (90 суток) периоды. Выявлено, что у 15-суточных опытных крысят активность СДГ и НАДН-ДГ, сосредоточенных в структурных компонентах гомогенной зоны клеток, по сравнению с контрольными несколько падает. Еще более заметно снижение ферментов у 45-суточных животных, причем не только в базальной, но и надъядерной зоне панкреатоцитов. Активность же ЛДГ, локализующейся преимущественно в вокругъядерной зоне клеток, у этих животных несколько повышается. Ферментная активность КФ остается такой же слабой, как у контрольных крысят. Активность ЩФ в эндотелиоцитах кровеносных капилляров снижается. К периоду половозрелости уровни ферментной активности всех изучаемых ферментов в значительной степени восстанавливаются и приближаются к контрольным значениям.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гончаревич Е.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – ассистент Е.В.Головкова

Ежегодно диагностируется около 25000 новых случаев рака молочной железы, и каждый год от него умирают приблизительно 15000 женщин - больше, чем от любого другого рака. За последнее десятилетие заболеваемость раком молочной железы среди женщин Беларуси увеличилась на 26,3%. Таким образом, рассматриваемая проблема является одной из самых острых в современной клинической онкологии.

Репозиторий ГрГМУ

Сестринский процесс – это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам. В практическом здравоохранении от медицинской сестры требуется не только наличие хорошей технической подготовки, но и умения творчески относится к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью.

Первый этап сестринского процесса при уходе за больной с раком молочной железы – обследование пациента. Это целенаправленный расспрос, осмотр пациента, оценка ее состояния. Установив причину беспокойства человека, медицинская сестра определяет конкретные факторы, вызывающие нарушение адаптации.

Второй этап сестринского процесса – установление проблем пациентки, которые беспокоят её в настоящее время и потенциальные проблемы, которые могут появиться с течением времени. Медицинская сестра должна помочь женщине адаптироваться в данной ситуации, по возможности устранить раздражители, установив сестринский диагноз. Например, сильная боль в области правой молочной железы, обусловленная выполненной операцией на груди; стрессовое состояние, обусловленное прошедшей операцией; повышение температуры тела, обусловленное наличием воспалительного процесса в области правой молочной железы, проявляющееся сухостью губ, жаром, общей слабостью; снижение тонуса мышц, обусловленное остаточным действием ранее введённых наркозных препаратов, проявляющееся неактивным поведением в постели; головная боль, обусловленная наличием воспалительной реакции, проявляющаяся ухудшением общего самочувствия.

К третьему этапу сестринского процесса относится планирование сестринского ухода. Выявив раздражители, вызывающие у пациентки неадекватные реакции, медицинская сестра совместно с пациенткой определяет краткосрочные и долгосрочные цели ухода.

Спланировав мероприятия по уходу за пациентом, медицинская

Репозиторий ГрГМУ

сестра их выполняет. Это будет четвёртый этап сестринского процесса – осуществление плана сестринских вмешательств. Его целью является обеспечение соответствующего ухода за пациентом, то есть оказание помощи пациенту в выполнении жизненных потребностей, обучение и консультирование, при необходимости, пациента и членов его семьи.

Существует 3 категории сестринского вмешательства: независимое – действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе; зависимое - выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением; взаимозависимое - предусматривает совместную деятельность медицинской сестры с врачом и другими специалистами.

Пятый этап сестринского процесса – оценка эффективности сестринского вмешательства. Его целью является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов. Сестринское вмешательство эффективно только в том случае, если достигнута цель в конечных адаптивных способах. Необходимо также оценить психологическую и поведенческую системы, степень достижения пациентом возможности самоухода.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЧЕОТТОКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУ

Гончарук В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – ассистент М.И.Милешко

Нами проанализированы результаты лечения 305 больных с механической желтухой различного генеза. Мужчин было 166, женщин – 139. В возрасте старше 60 лет находилось 127 больных (41,3%). Длительность существования желтухи составила 31±3 дня. Все больные разделены на 2 группы: 1-я – 137 человек с механической

Репозиторий ГрГМУ

желтухой на почве доброкачественных заболеваний, 2-я – 138 человек с желтухой в результате онкопатологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

У 27 больных с длительно существующей желтухой выполняли холецистэктомию, а основное вмешательство на желчных путях выполнялось после снятия желчной гипертензии и коррекции острой печеночной недостаточности. Основными пособиями, устраняющими желчестаз, были: холедохолитомия у 45 больных. У 16 человек произведена папиллосфинктеротомия. У 28 пациентов холедохотомия закончена наложением холедоходуоденоанастамоза по Клярес-шейну или Финстереру.

У больных с механической желтухой на почве онкозаболеваний столь большое число лапароскопических холецистостомий (118) связано с тем, что больные поступали в стационар с длительно существующей желтухой и имеющейся печеночной недостаточностью. Однако у 50 пациентов лапароскопическая холецистостома явилась единственной операцией, так как у больных этой группы во время лапароскопии были выявлены метастазы опухоли или у них имелась тяжелая сопутствующая патология. Среди различных видов билиодегестивных анастомозов наиболее часто выполняли холецистоеюностомию и холедоходуоденастомию. Характер остальных пособий зависел от локализации опухоли и технических возможностей выполнения обходного шунтирования.

После всех операций, выполненных у больных обоих групп, умерло 20 человек (послеоперационная летальность 6,5%), в том числе в группе больных с желтухами доброкачественного генеза умерло 9 (летальность 5,4%), среди больных желтухами опухолевого происхождения умерло 2-е человек (летальность 8,0%). Причинами смерти явилась: опухолевая интоксикация – 6, острая печеночная недостаточность – 5, холемические кровотечения – 5, перитонит – 2, послеоперационный панкреатит – 1, тромбоэмболия легочной артерии

Репозиторий ГрГМУ

– 1.

Таким образом, среди всех желчевыводящих операций у больных с механическим стазом желчи у каждого третьего больного выполнялась лапароскопическая холецистостомия. Декомпрессия желчных путей таким способом, наряду с лаважем билиарной системы, является эффективным мероприятием, устраняющим печеночную недостаточность, и предопределяет исходы операций. У ряда больных данное пособие является единственно выполнимой операцией, устраняющей желчестаз и позволяющей избежать лапаротомии. Объем других операций от характера препятствия, вызвавшего желтуху, возможности его устранения или обходного шунтирования.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СВЯЗИ С ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ

Горбач А.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

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

Фибромиомы являются наиболее частыми опухолями малого таза у женщин. Они встречаются по меньшей мере у 20 % всех женщин и у 40% женщин старше 40 лет. Поэтому можно ожидать, что миома матки в значительном проценте случаев сочетается с беременностью. Очевидно, что миома может неблагоприятно влиять на репродуктивный процесс: на зачатие, течение ранних и поздних сроков беременности, послеродовый период. В связи с этим в БСМП нами проведен ретроспективный анализ течения беременности у 36 женщин с миомой матки за период с 2004 по 2007 год. Из 36 беременных с фибромиомой матки, в возрасте до 30 лет было 12 (33%), 31–35 лет - 14 (39%), 36–45 лет - 10 (28%).

Среди наблюдавшихся беременных с миомой матки, первородящих было 7 беременных (19%) из них в возрасте до 30 лет - 4 беременных (11%), 30–35 лет - 2 (5%), 36–45 лет - 1 (3%). Средний

Репозиторий ГрГМУ

возраст первобеременных равнялся 23 года, повторнобеременных первородящих 34 года, повторнородящих - 34. У большинства повторнобеременных первородящих первая беременность, наступавшая в среднем на 1–2 году от начала регулярной половой жизни, была прервана путем искусственного аборта, при этом первые роды происходили через 7 лет. Настоящая беременность была второй у 19 (53%), третьей у 3 (8%), четвертой и т.д. у 1 (3%). Искусственные аборты отмечены в анамнезе у 5 (14%), самопроизвольные выкидыши у 6 (17%). При изучении репродуктивной функции у 29 повторнородящих, выявлено, что настоящая беременность была второй у 19 (35%), третьей у 3 (8%),. Обращает на себя внимание часто наблюдающееся осложненное течение предшествующих родов и абортов у повторнородящих. Так, у 20 (55%) женщин отмечались осложнения во время предыдущих родов.

Большое практическое значение имеет изучение особенностей течения беременности при миоме матки. В группе наблюдавшихся женщин у 13 (36%) беременность осложнилась угрозой прерывания беременности. В I триместре беременность осложнилась угрозой прерывания беременности у 3 (8%), во II триместре у 10 (28%), в III триместре у 6 (17%) женщин, на протяжении всей беременности угроза прерывания была у 5 женщин (14%). Все женщины получали сохраняющую, токолитическую терапию. В 13 случаях осложнением беременности при данной патологии было наличие гестоза. В 44% беременность осложнялась хронической ФПН, гипоксией плода. Все эти беременные получали соответствующую терапию: антиоксиданты, антиагреганты и так далее. В 7 случаях (19%) беременность сопровождалась анемией. В 81% случаев женщины родоразрешены в сроке 37–40 недель беременности. В 17 (47%) случаях роды закончились операцией кесарево сечение. В 19 случаев (53%) роды произошли через естественные родовые пути.

Таким образом, большинство миом при беременности являются

Репозиторий ГрГМУ

бессимптомными и клинически не диагностируются. Однако миомы, изначально бессимптомные или недиагностированные, могут оказывать вредное влияние на беременность, как и миомы, о существовании которых известно. Различный риск развития осложнений беременности при миоме матки обусловлен разнообразием клинических вариантов опухоли, поздним возрастом первородящих, наличием отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. Необходимо учитывать снижение репродуктивной функции после появления миомы матки, которая не всегда позволяет надеяться на повторное наступление беременности, несомненный вред аборта и опасность усиления нейроэндокринных сдвигов, предшествующих и сопутствующих развитию опухоли.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРФЕРОНОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Горбич Ю.Л., Сыромятина О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель – к.м.н., доцент Д.Е. Данилов

Целью этой работы явилось установление эффективности интерферонотерапии, проводимой при хроническом вирусном гепатите С на базе ЛПУ «Городская инфекционная клиническая больница» г. Минска.

В основу работы вошли - 145 клинических историй болезни больных хроническим вирусным гепатитом С, в лечении которых использовались интерфероны на базе ЛПУ «Городская инфекционная клиническая больница» г. Минска за период с июля 2003 по июль 2006 гг. (основная группа). В качестве контрольной группы была выбрана группа из 60 пациентов, получавших патогенетическую терапию (эссенциале, урсосан, урсофальк, зиксорин, гепатил) в стандартных терапевтических дозировках. Статистическая обработка проведена с

Репозиторий ГрГМУ

использованием Student’s t-теста.

Полученные данные представлены в таблице.

Таблица. Сравнительные результаты лечения хронического вирусного гепатита С монотерапией интерфероном, интерфероном в комбинации с рибавирином и патогенетической терапией

Критерии	Монотерапия интерфероном	Комбинированная терапия (интерферон +рибавирин)	Контрольная группа
Снижение уровня АЛТ	35 пациентов (63,6%)	68 пациентов (75,6%)	24 пациента (40%)
Снижение вирусной нагрузки	35 пациентов (53,8%)	64 пациента (71,1%)	-
Исчезновение РНК вируса гепатита С	12 пациентов (21,8%)	49 пациентов (54,4%)	0

Исходя из полученных нами результатов исследования эффективности интерферонотерапии, проводимой при хроническом вирусном гепатите С на базе ЛПУ «Городская инфекционная клиническая больница» г. Минска, следует, что:

•интерферонотерапия является достоверно более эффективным методом лечения хронического вирусного гепатита С (вирусологический эффект при интерферонотерапии наблюдался у 42,1% больных, а при патогенетической терапии – отсутствовал ($p<0,01$));

•комбинированная терапия (интерферон+рибавирин) достоверно более эффективна, чем монотерапия (вирусологический эффект при монотерапии наблюдался у 21,8% больных, при комбинированной терапии – у 54,4% больных ($p<0,01$));

Репозиторий ГрГМУ

•при комбинированной терапии чаще, чем при монотерапии, наблюдаются осложнения в виде гриппоподобного синдрома (94,4% и 81,8% соответственно ($p<0,05$)).

Литература:

1. Майер К.-П. «Гепатит и последствия гепатита». М. «ГЭОТАР-МЕД». 2004 год. 717 с.
2. Lawrens S.P. «Hepatitis C virus infection»//J. Advanced Internal Medicine. 2005. Vol.45. P.65-105.
3. World Health Organization. Hepatitis C – Global Surveillance Update. Weekly Epidemiological Record. 2000. Vol.75. P.17-28.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СЕКСОЛОГИИ И СЕКСОПАТОЛОГИИ

Горбунова Э.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – преподаватель И.О.Шмонина

В 80-е гг. XXв. среди медицинских дисциплин прочное место заняли сексология и сексопатология. Их формирование было обусловлено двумя основными факторами. Во-первых, развитием медицинского знания: физиологии половых систем, психоаналитической медицины, эндокринологии и нейроэндокринологии, медицинской генетики. Во-вторых, принципиальными изменениями в морально-мировоззренческих ориентациях европейской культуры последнего столетия.

Переход от “неприятия” и “угнетения” сексуальности к ее “освобождению” - не только условие возникновения и существования сексопатологии, но и одно из ее теоретических оснований. Ведущий принцип современной сексологии - принцип индивидуальных различий - базируется на признании относительности “нормативных” границ сексуального поведения.

Состояние современной сексологии свидетельствует, что вопрос о норме и патологии сексуальности человека на уровне медицинской

Репозиторий ГрГМУ

практики непосредственно связан с морально-мировоззренческим контекстом культуры. Преодолевая сопротивление этого контекста, медицинское знание пытается изменить смысл человеческой сексуальности.

Последние международные документы свидетельствуют о том, что сексология “успешно” продвигается в этом направлении. Так, например, еще в 1965-м и в 1975 годах одна из единиц психических расстройств Международной классификации болезней 8-го и 9-го Пересмотра определялась понятием “половые извращения”, к которым были отнесены гомосексуализм, фетишизм, трансвестизм, эротомания и др. В этих документах понятие “половые извращения” отражало тот морально-правовой негативизм, который был исторической нормой для христианской европейской культуры вплоть до 80-х гг. XX века. Ценностно-мировоззренческие сдвиги в современной культуре привели к признанию “нетрадиционных видов сексуальности”. В 10-м Пересмотре Международной классификации болезней (1993) понятие “половые извращения” вообще отсутствует. Вместо него появляются термины половое предпочтение, сексуальная ориентация и др. Эти изменения приводят к существенным структурным сдвигам не только в самом медицинском знании. Переориентация “нормативных моделей” неизбежно находит свое отражение в общественном сознании, трансформируя при этом не только нравы и моду, но даже закон и право.

Проблема “освобождения” сексуальности не может рассматриваться только как медицинская проблема. Сексуальность - одна их физиологических функций жизнеобеспечения человека. Но ее отличие от других жизнеобеспечивающих функций: пищеварения, дыхательной и сердечнососудистой деятельности и т.д. заключается в том, что она непосредственно вплетена в моральные отношения практически любого общества. Более того, между сексуальностью и моралью существует тесная связь и взаимозависимость, от которой в

Репозиторий ГрГМУ

значительной степени зависит как нравственное, психическое и физиологическое здоровье человека, так и благополучие культуры в целом.

Мораль всегда стояла на страже этого высвобождения, выполняя вполне определенную функцию в системе саморегуляции культуры. Об этом свидетельствует многовековой опыт человечества как на уровне морально-философского и медико-психологического знания, так и на уровне социального развития в целом.

Литература:

1. Буртянский Д. Кришталь В., Смирнов Г. Медицинская сексология. Саратов. 1990.

2. Имелинский К. Сексология и сексопатология. М., 1986.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА ЖЕНЩИНАМИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АБОРТА

Господарева С.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – ст. преподаватель Е.В. Головкова

Сестринский процесс – это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациенткой, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества. Он состоит из 5 этапов.

1 ЭТАП. Сестринское обследование. Сбор информации о состоянии здоровья пациентки.

Используются субъективные и объективные методы, учитываются репродуктивные данные, психологический статус, семейное положение, данные лабораторных и диагностических исследований. Конечным результатом этого этапа является занесение базы данных в сестринскую историю болезни.

2 ЭТАП. Медсестра, выявляя проблемы, которые существуют или

Репозиторий ГрГМУ

могут возникнуть (потенциальные) при проведении аборта, формирует сестринский диагноз. Примером потенциальных диагнозов могут служить проблемы в физической сфере со следующими *сестринскими диагнозами:* нарушение и дискомфорт при мочеиспускании; боли внизу живота, обусловленные проведенной операцией либо возникновением воспалительного процесса и проявляющиеся ограничением подвижности; кровотечение, обусловленное наличием остатков плодного яйца после проведения аборта, проявляющееся бледностью кожных покровов, слабостью; появление белей, обусловленное воспалительным процессом, возникшим после аборта, проявляющимся чувством дискомфорта.

3 ЭТАП. Медсестра ставит перед собой цели для предупреждения возникновения осложнений, формирует план действий.

Прежде всего, необходим щадящий режим, в частности, нервно-психический. Женщине должно быть обеспечено достаточное время для сна, дневного отдыха, ежедневного пребывания на свежем воздухе. Если она по каким-то причинам должна находиться дома, то необходимо предупредить родственников, что следует освободить ее от домашней работы и т. д.

Большое значение имеет соблюдение чистоты нательного и пастельного белья, одежды, гигиены тела. После проведения аборта женщине необходимо объяснить, что мыться надо, стоя под душем. Недопустимо в это время мыться в ванне, посещать баню, а также купаться в реке, море, непроточных водоемах. Кажется, что это мелочи, но медсестра должна объяснить, к чему может привести несоблюдение этих правил. Особенно тщательно надо проводить специальный туалет наружных половых органов, чтобы предупредить занос инфекции в половые пути. Так как восстановление внутренней поверхности стенки матки проходит за 3-4 недели, то в этот период противопоказана половая жизнь.

Диета, назначаемая женщинам в этот период должна содержать

Репозиторий ГрГМУ

легко усваиваемые белки и углеводы, овощи, фрукты, комплексы витаминов для восполнения потерь энергетических ресурсов. Если же предупредить осложнения не удалось, то медсестра составляет план ухода, направленный на скорейшее выздоровление.

4 ЭТАП. Организация и осуществление сестринского процесса. Это непосредственное осуществление плана действий, т.е. сестринское вмешательство. Медсестра выполняет: *зависимые функции* – это все назначенные врачом манипуляции (инъекции, лекарства, физиопроцедуры), *независимые функции* – это уход за пациентками (создание покоя пациентке, холод на живот при кровотечении), *взаимозависимые функции* – это совместная деятельность сестры и врача, а также других специалистов.

5 ЭТАП. Оценка эффективности сестринского процесса может проводиться пациенткой после проведения выполненных манипуляций, оценивается эффективность проведенных действий, проводится работа над ошибками.

ПРАВИЛЬНО ЛИ МЫ ГОВОРИМ?

Гохил Джайдипсингх Бхупатсингх

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – преподаватель Е.А.Дымова

Культура человека, наряду со знаниями, начитанностью и умением вести себя, включает как непременное условие и культуру речи – умение правильно произносить и употреблять слова, составлять из них фразы, строить речь в целом.

Можно выделить три основные ступени в овладении культурой речи. Первая из них – правильность речи, иначе говоря, соответствие нашей речи строгим правилам и нормам русского языка.

В устной речи некоторых людей часто встречаются просторечные, грубовато-пренебрежительные слова и формы, вроде *«пихнуть»,*

Репозиторий ГрГМУ

«делов» (родительный падеж множественного числа от *дело*), хотя литературный язык требует *толкнуть* и *дел*.

Многие школьники, студенты любят щеголять жаргонными словами: *«Законно! Круто!»* и так далее. Употребляя на каждом шагу такие слова, люди делают свой язык бедным.

Нормы литературного языка мы усваиваем в общении с образованными людьми, при чтении художественной литературы, а закрепляем эти знания на уроках русского языка. Например, как сказать – *обоих* или *обеих*? Приходят на помощь правила: *оба* – для мужского и среднего рода (обоих друзей, обоих звеньев), *обе* – для женского (обеих подруг).

В трудном случае у нас всегда есть надёжный советчик – словарь; с его помощью можно разрешить сомнение, касается ли оно грамматики, ударения, значения слова. Например, можно ли сказать *«своя автобиография»*? Читаем в «Словаре русского языка» С.И. Ожегова: биография – «описание чьей-нибудь жизни», автобиография – «описание своей жизни». Таким образом, «своя автобиография» неверно, потому что понятие «своя» уже входит в содержание слова автобиография (греческое autos значит «сам»).

Часто можно услышать слова, употребляемые не в том значении, какое они имеют в литературном языке. Например, слово *обратно*. Оно означает «направление, ведущее назад». Но часто это слово используют в значении «снова, опять»: «Обратно ты пошёл без куртки?».

Однако одного соответствия речи нормам литературного языка недостаточно. Мало знать языковые средства, надо ещё уметь правильно их использовать в речи. Вторая ступень в овладении культурой речи – стилистическая грамотность, умение употреблять слова, формы слов, синтаксические конструкции в соответствии с содержанием и условиями речи.

Это требование станет понятным, если сравнить свою речь в

Репозиторий ГрГМУ

различных условиях, например, при ответе на занятии и в разговоре с другом. В первом случае необходимо следить за своей речью, тщательно подбирать слова, стараться строить полные предложения. А в разговоре с другом можно говорить, не задумываясь, короткими репликами: «А ты?» - «Я тоже» (ведь обоим собеседникам отлично известно, о чём идёт речь).

В зависимости от стиля речи мы одно и то же понятие можем выразить по-разному. Стилистическая грамотность предполагает, что говорящий (и пишущий) использует каждый раз те слова, которые в наибольшей степени подходят к обстановке речи, принадлежат тому стилю, который наиболее соответствует данному случаю.

Наконец, есть ещё одно требование, которое мы должны предъявлять к нашей речи, - умение строить свою речь (и устную и письменную) так, чтобы форма речи помогала донести содержание до слушателей (и читателей).

Итак, речь должна быть:

разнообразной – не повторяющей без необходимости одно и то же слово или выражение;

выразительной – использующей образные средства языка: фразеологизмы и крылатые слова, пословицы и поговорки, метафоры и сравнения;

точной – употребляемые слова и выражения должны называть именно то, о чём мы действительно хотим сказать;

логичной – последовательной (последующее вытекает из предыдущего);

краткой – экономной, не содержащей ничего лишнего;

ясной – чётко формулирующей передаваемую мысль;

доступной – выраженной в понятной форме, известными словами.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ

Репозиторий ГрГМУ

ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Гребень С.А., Литвинович С.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Брестская областная детская больница

Детский церебральный паралич (ДЦП) продолжает оставаться одной из важнейших проблем детской невропатологии как в научно-исследовательском, так, и особенно, в организационно-практическом, социальном плане. Популяционно-эпидемиологические исследования показывают, что частота церебрального паралича составляет 2 – 2,5 на 1000 населения. Тем не менее, до настоящего времени этиология этого заболевания до конца не изучена и нет ясности в вопросе, какие патологические факторы и при каких условиях приводят к развитию ДЦП. Можно констатировать только полиэтиологичность ДЦП и необходимость большего внимания к изучению различных маркеров, позволяющих формировать группы риска, что дает наиболее ощутимые результаты лечения, которые могут быть получены только при ранней диагностике.

Исходя из вышесказанного, целью нашего исследования является установление конституциональных особенностей у больных детским церебральным параличом.

Нами было изучено 112 больных детским церебральным параличом в возрасте от 3 до 13 лет. Исследование выполнялось в г. Бресте в два этапа: первый в 2002 г. (Литвинович С.Н.), второй в 2007 г. (Гребень С.А.)

Статистическая обработка осуществлялась при помощи пакета Statistica5.5.

Результаты исследования.

Распределение групп крови системы АВО у здоровых и больных ДЦП представлено в таблице.

Репозиторий ГрГМУ

Группа крови	Здоровые (n= 518)	Больные ДЦП (n=112)
O(I)	35,2	31,25
A(II)	36,7	52,68*
B(III)	19,4	13,39
AB(IV)	8,7	2,68

* - отличие от здоровых p<0.05

Из таблицы видно, что группа крови A(II) у больных ДЦП встречается в полтора раза чаще по сравнению со здоровыми.

Традиционно считается, что одной из основных причин развития ДЦП является родовая травма. Мы изучили характер родоразрешения у 90 больных детским церебральным параличом. Оказалось, что естественные роды имели место в 76,7% случаев, операция кесарева сечения в 22,2% и акушерские щипцы накладывались только 1 раз (1,1%). Это свидетельствует о том, что родовая травма не может являться основной причиной заболевания, так как этот фактор полностью исключен в случае кесарева сечения, а частота этой операции практически одинакова как у больных ДЦП, так и у здоровых.

Весьма интересные данные были получены нами при изучении показателя доношенности. Мы проанализировали истории 10221 родов, из которых 309 были преждевременными, что составляет всего 3,02% от общего числа родов. В то же время процент недоношенных детей из числа больных ДЦП составляет 53,8%.

Этот факт нуждается в углубленном изучении, но уже сейчас можно сказать, что недоношенные дети являются группой риска по ДЦП и нуждаются в более внимательном наблюдении в течение первого года жизни.

Полученные данные обеспечивают дальнейшее развитие учения о конституции человека и указывают на наследственные механизмы

Репозиторий ГрГМУ

предрасположенности к ДЦП, что может использоваться в теории и практике медицины для формирования групп риска до клинического проявления заболевания.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Гричик Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Иодковский К.М.

Обструктивные уропатии занимают третье место по частоте среди аномалий и врожденных пороков мочевыделительной системы. Уретерогидронефроз – это врожденный порок развития мочевой системы, характеризующийся резким расширением почечной лоханки, мочеточника на всем протяжении вследствие анатомического стеноза дистального отдела мочеточника или функциональной обструкции. Различают обструктивный, рефлюксирующий, не обструктивный и не рефлюксирующий. По данным литературы, истинная обструкция (с анатомическим стенозом терминального отдела мочеточника) встречается в 12% случаев, у остальных же нарушение уродинамики носит не обструктивный характер.

Цель. Изучить результаты лечения уретерогидронефроза у детей по материалам клиники детской хирургии Гродненский областной детской больницы (ГОДКБ).

Материал и метод. В основу работы положен анализ 46 историй болезни пациентов с уретерогидронефрозом, лечившихся в ГОДКБ в 2000 – 2006 гг. Среди обследованных 24 (52%) мальчика и 22 (48%) девочки. Все пациенты были разделены на 4 группы по возрасту. Группу до года составило 16 (34,8%) пациентов. От года до трех лет – 20 (43,5%) пациентов. От четырех до семи лет – 8 (17,4%) человек. Старше восьми лет – 2 (4,3%) пациента. Пациентам первой и второй групп диагноз был поставлен внутриутробно. Всем больным

Репозиторий ГрГМУ

выполнялись УЗИ исследование в динамике, экскреторная урограмма с отсроченными рентгенограммами, микционная цистография, 26 пациентам была выполнена динамическая сцинтиграфия.

Результаты клинических исследований были следующими: левосторонний уретерогидронефроз, мегалоуретер – 16 (34,8%) пациентов, правосторонний уретерогидронефроз, мегалоуретер – 16 (34,8%) больных. Двухсторонний уретерогидронефроз – 7 (15,2%) человек. Уретерогидронефроз верхнего полюса удвоенной левой почки – 3 (6,5%) пациента. Уретерогидронефроз верхнего полюса удвоенной правой почки – 4 (8,7%) пациента. Рефлюксирующий уретерогидронефроз наблюдался у 3 (6,5%) пациентов, у остальных - обструктивный уретерогидронефроз.

Все больные лечились оперативно. Операция по наложению уретерокутанеостомы, как первый этап, была выполнена у 10 (21,7%) человек. Уретеронеоцистоанастомоз (УНЦА) по Ледбеттеру-Политано выполнен 13 (28,2%) пациентам. УНЦА по Ледбеттеру-Политано с сужением мочеточника по Калитинскому – 3 (6,5%) больным. УНЦА по Коэну выполнена у 3 (6,5%) пациентов. УНЦА по Коэну с сужением мочеточника по Калитинскому – 1 (2,1%) ребенка. Пластика мочеточника по Боари – 1 (2,1%) пациент. Геминефруретероэктомия произведена у 7 (15,2%) пациентов. Нефрэктомия, в связи с отсутствием функции почки, выполнена у 2 (4,2%) пациентов. Закрытие уретерокутанеостомы после реконструкции пузырно-мочеточникового сегмента выполнено у 4 (8,7%) больных. Операция по реконструкции лоханочномочеточниковой системы выполнена 1 (2,1%) ребенку. Резекция добавочного удвоенного мочеточника – 1(2,1%) больному.

Уретерогидронефроз, осложненный вторичным пиелонефритом, наблюдался у 40 (87%) пациентов, поступивших по данному заболеванию.

Вывод

1. У детей младшей возрастной группы с обострением

Репозиторий ГрГМУ

пиелонефрита и мегалоуретером показано наложение уретерокутанестомы.

2. У детей старшей возрастной группы возможно проведение реконструктивной операции на мочеточнике сразу.

3. На мочеточнике, диаметр которого превышает 2см, показана реконструктивная операция с гофрированием мочеточника по Калитинскому.

ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА ГОСПИТАЛИЗИРУЕМЫХ В РЕАНИМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Гродская М.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.И. Заборовский

Нами изучен сплошным методом состав госпитализированных в реанимационное отделение центральной городской больницы за 2004г. общим количеством 477 наблюдений.

Почти 2/3 госпитализированных (64,6%) составили мужчины, женщины – 35,4%. На долю лиц молодого возраста (до 18 лет) пришлось 0,2%, трудоспособного – 57,4%, пенсионного – 42,4% всех случаев госпитализаций. Средний возраст пациентов составил 50,5± 0,7 лет. Установлена прямая зависимость между возрастом и уровнем госпитализации.

Основными причинами (85,8%) в структуре госпитализированной заболеваемости являются ишемическая болезнь сердца (30,6%), алкогольные и наркотические отравления (22,2%), отравления медикаментозного и растительного происхождения (10,5%), острые нарушения мозгового кровообращения (10,3%), черепно-мозговые травмы (6,7%) и болезни органов дыхания (пневмония, бронхиальная

Репозиторий ГрГМУ

астма) – 5,5%. Остальную патологию по убывающей представляют эпилепсия, сахарный диабет, переломы костей, раны, переохлаждения и отморожения.

Мужчины чаще госпитализируются по поводу ишемической болезни сердца, алкогольного и наркотического отравления, черепно-мозговых травм, переломов костей, переохлаждений организма и отморожений, а женщины превалируют при отравлениях медицинского и растительного характера, остром нарушении мозгового кровообращения.

Обращает на себя внимание большой удельный вес (29,4%) повторных госпитализаций в течение года. При отдельных состояниях этот показатель весьма значителен: алкогольное и наркотическое отравление – 61,5%, сахарный диабет – 80,0%, эпилепсия – 83,3%.

Прослеживается сезонность в уровне госпитализации. Интенсивность поступления пациентов в реанимационное отделение нарастает весной (26,7%) и осенью (26,6%), а ниже - зимой (21,3%). Существует различие в наполнении отделения по дням недели. Почти каждая вторая (45,6%) госпитализация приходится на выходные и послевыходные дни.

Основной контингент больных (76,1%) доставляется скорой помощью, каждый пятый (19,5%) – по направлениям врачей поликлиник и стационаров, а 4,4% - без направлений (самотеком) преимущественно по поводу различного рода отравлений. Больше половины (57,4%) поступают в стационар в первые 6 часов после заболевания (получения травмы), 19,1% - в промежутке от 7 до 24 часов и 23,5% - позднее 24 часов.

Уровень болезненности контингента реанимационного отделения довольно высок (2012,6 случая на 1000 госпитализированных), незначительно различаясь по полу (мужчины – 1993,5%о, женщины – 2029,6%о, $t<2$). Одно заболевание регистрируется у 28,1% больных, два заболевания – у 43,2%, три и более – у 28,7%.

За время госпитализации осложнения имелись у 45,9% больных,

Репозиторий ГрГМУ

что свидетельствует о тяжести патологии пациентов реанимационного отделения. Одновременно с этим средний срок пребывания в стационаре составляет 8,1±0,1 дня, увеличиваясь с 7,0 дней при наличии 2-х заболеваний, до 9,8 дня – при трех и более.

Относительно непродолжительный средний срок лечения объясняется тем, что 3/4 пациентов (68,6%) переводятся в другие отделения, в 14,5% регистрируется летальный исход, а выписывается лишь 16,9%. Исходом лечения последних является положительная динамика (63,9% - улучшение состояния здоровья, 17,6% - выздоровление) и без перемен – у 18,5% пациентов.

Таким образом, при организации работы реанимационных отделений необходимо учитывать особенности контингента госпитализируемых.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ КЛЕТОК СЕМЕННИКОВ 15-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОДИВШИХСЯ ОТ САМОК С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ, ВЫЗВАННЫМ В ПЕРИОД ФЕТОГЕНЕЗА

Груцан Е.С., Кизюкевич Д.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – д.б.н., профессор Я.Р. Мацюк

Вопросы репродукции являются одними из социально значимых. Процесс репродукции зависит от многих факторов, в том числе от морфофункциональных свойств интерстициальных клеток, влияющих на процесс сперматогенеза. Из цикла работ [1,2,3] известно, что от матерей с хроническими заболеваниями печени, сопровождаемых холестазом, рождается физиологически незрелое потомство. У него задерживается развитие семенников, нарушается процесс сперматогенеза. Характер становления в этих условиях интерстициальных клеток не изучен, что явилось целью исследования.

Репозиторий ГрГМУ

Материалом исследования служили девятнадцать 15-суточных крысят, девять из них родились от самок, которым на 17-е сутки беременности экспериментально вызывали обтурационный холестаз.

Гистологическими, морфометрическими, гистохимическими методами со статистическим анализом установлено, что у 15-суточных крысят, родившихся в условиях холестаза, семенники отличаются сниженной массой, прямолинейностью семенных канальцев, суженным их диаметром, уменьшенной шириной в них эпителиосперматогенного слоя и числа входящих в его состав сперматогоний. Межканальцевая соединительнотканная строма отечная, а число интерстициальных клеток в ней проявляет тенденцию к увеличению (4,06±0,27 при 3,06± 0,41 в контроле на поле зрения). Притом, последние располагались преимущественно группами, вблизи стенок семенных канальцев или окружающих их перитубулярных гемокапилляров и отличались выраженным полиморфизмом, от мелких по размерам с четкими границами до больших, с расплывчатыми краями. Они отличались и разными тинкториальными свойствами, от базофильной до слабооксифильной окраски. Количество оксифильных гранул снижено, они неравномерно распределялись по микровакуолизированной цитоплазме. Содержание в ней гликопротеинов и активность КФ, ЛДГ незначительно увеличены, а активность СДГ, НАДН-ДГ снижена. Ядра интерстициальных клеток незначительно увеличены (3,62±0,20мкм при 3,55±0,29 в контроле) и зачастую с конденсированным хроматином.

Результаты показали, что холестаз, возникший в период фетогенеза, задерживает после рождения не только становление структуры семенников, но и инволюцию интерстициальных клеток, изменяет их структурные и цитохимические свойства, что может отразиться в будущем на процессе сперматогенеза.

Литература:

1. Брюхин Г.В., Калугина М.А., Гребенюк Н.Г. и др. Состояние органов и систем потомства, рождённого от матерей с хроническими

Репозиторий ГрГМУ

поражениями печени.// Тез. докл.II Всерос. съезда анат. гистол.и эмбр. М. – 1988. – с.18.

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. Гр.ГМУ – 2005. - №2, с.31-35.

3. Мацюк Я.Р. Неблагоприятные воздействия холестаза беременных на становление структурных и цитохимических свойств семенников родившегося потомства и протективная роль урсофалька.//Актуальные проблемы морфологии: сб. тр. Международной науч.-практ. конф., посвященной 85-летию БГМУ / под ред. П.Г. Пивченко. – Минск: БГМУ, 2006. – С. 103-104.

Работа выполнена при поддержке ФФИ АН Беларуси.

УЧЕНЫЕ - ГИГИЕНИСТЫ И ОРГАНИЗАТОРЫ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ – ВОСПИТАННИКИ ГРОДНЕНСКОГО МЕДИНСТИТУТА

Гуминская Т.Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к. м. н., ассистент Ф.И.Игнатович

В составе Гродненского мединститута с 1960 года действует кафедра общей гигиены (с 1990 г. общей гигиены и экологии). За прошедшие 45 лет профессорско-преподавательский состав кафедры внес существенный вклад в развитие гигиены как науки и предмета преподавания. К научным исследованиям привлекались и студенты, для которых в 1961 г. при кафедре создан студенческий научный кружок. Некоторые из них, получив диплом врача-лечебника, стали гигиенистами: докторами и кандидатами медицинских наук, организаторами санитарной службы, санитарными врачами.

Высокой оценки заслуживают успехи трех выпускников, добившихся наиболее значительных результатов. М.С. Омельянчик с

Репозиторий ГрГМУ

отличием окончил в 1969 г. мединститут и поступил в аспирантуру. Кандидатскую диссертацию защитил в 1973 г., докторскую - в 1993 г. Работал на кафедре ассистентом (1972-1977), доцентом (1980-1993), заведующим кафедрой общей гигиены и экологии (1994-2004). В 1995 г. ему присвоено звание профессора. Подготовил 3 кандидатов наук. В настоящее время работает профессором кафедры спортивной медицины Гродненского университета им. Я. Купалы. Автор 250 опубликованных научных работ, посвященных гигиене труда в производстве минеральных удобрений и спирта.

В 1972 г. с отличием окончил мединститут А.Н. Мартинчик и был направлен в целевую аспирантуру при институте питания АМН СССР. Кандидатскую диссертацию защитил в 1975 г., докторскую - в 1991 г. С 1977 г. работает в институте питания, где прошел путь от младшего научного сотрудника до руководителя лаборатории. Одновременно является профессором кафедры питания детей и подростков Российской академии последипломного образования. Автор более 100 научных публикаций, в том числе 3 монографий. Научные исследования посвящены изучению роли питания в предупреждении вредного воздействия химических веществ и лекарственных средств. Эксперт отдела питания Европейского регионального бюро ВОЗ.

Е.И. Макшанова получила диплом врача в 1973 г. После окончания в 1976 г. аспирантуры работала ассистентом (1976-1981), доцентом (1981-1986, 1989-1996) кафедры. Кандидатскую диссертацию защитила в 1980 г., докторскую - в 1997 г. Организатор и руководитель курса радиационной медицины и экологии (1990-1996). С 2004 г. заведующая кафедрой общей гигиены и экологии. Автор 125 опубликованных научных работ по вопросам гигиены труда в кожевенной и нефтеперерабатывающей промышленности, радиационной медицины, экологии и валеологии.

Выпускник 1966 г. Я.Л. Мархоцкий работал на кафедре ассистентом. В 1972 г. защитил кандидатскую диссертацию, которая

Репозиторий ГрГМУ

посвящена исследованию влияния условий труда в производстве минеральных удобрений на обмен в организме рабочих витамина B_6. С 1979 г. работает в Белорусском университете культуры, где заведует кафедрой основ медицинских знаний и экологии. Имеет звание профессора. Опубликовал книги: “Профилактика ВИЧ - инфекции” (2003), “Валеология” (2006).

А.И. Шпаков после окончания мединститута (1985) обучался в аспирантуре при кафедре. В 1991 г. защитил кандидатскую диссертацию. Затем перешел в Гродненский университет им. Я. Купалы, где работал доцентом кафедры основ медицинских знаний, с 2002 г. заведует кафедрой спортивной медицины. Научные исследования посвящены проблемам гигиены физического воспитания, экологии и валеологии. Автор 200 научных работ.

В 1964 г. окончила мединститут и стала работать ассистентом кафедры Н.Г. Царь. Кандидатскую диссертацию, посвященную изучению влияния газообразных примесей азотнотукового производства на обеспеченность рабочих витамином А, защитила в 1974 г. В 1970 г. перешла на работу в Гродненский университет им. Я. Купалы, где преподавала школьную гигиену. С 1990 г. доцент кафедры основ медицинских знаний, затем спортивной медицины.

Выпускник мединститута 1965 г. В.К. Прокопович был оставлен на кафедре. После окончания в 1968 г. аспирантуры работал ассистентом. В 1972 г. защитил кандидатскую диссертацию. С 1990 г. доцент кафедры основ медицинских знаний, затем кафедры спортивной медицины Гродненского университета им. Я. Купалы.

В 1970 г. мединститут окончила С.П. Сивакова и поступила в аспирантуру при кафедре патологической физиологии. В 1975 г. защитила кандидатскую диссертацию. С 1977 г. работает на кафедре общей гигиены, сначала ассистентом, затем доцентом. Автор 103 научных работ, посвященных вопросам гигиены детей и подростков, валеологии.

Репозиторий ГрГМУ

Н.В. Пац после окончания в 1988 г. мединститута работала педиатром. В 1998 г. окончила аспирантуру по педиатрии и направлена на кафедру общей гигиены, где работала ассистентом. В 2001 г. защитила кандидатскую диссертацию, в настоящее время доцент кафедры. Научные исследования посвящены вопросам неблагоприятного воздействия экологических факторов на здоровье детей. Автор 71 публикации.

Многие выпускники Гродненского мединститута стали санитарными врачами, организаторами санитарной службы. Главными врачами санэпидстанций, центров гигиены и эпидемиологии работали и работают: В.Д. Шахрай (Барановичи), А.И. Левкович (Горки), И.К. Бобков (Ветка), В.М. Кучеров (Гомель), Л.А. Цитко (Лельчицы, Светлогорск), А.С. Парафиянович (Берестовица), Т.С. Цыдик (Ивье, Мосты), В.П. Выдрицкий (Кореличи), В.Ф. Рейшель (Щучин).

АЮРВЕДИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ МИРА

Гурджар Умеш

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель - ст. преподаватель Г.И. Боборико

Аюрведа как терапия естественного лечения сейчас успешно конкурирует с самыми передовыми медицинскими науками и имеет эффективные средства для лечения различных заболеваний, имеющиеся в её таких различных ответвлениях, как ная чикитса (общая медицина), балачикитса (педиатрия), граха чикитса (психиатрия),), урдванга чикится (ухо, горло, нос и офтальмология), салья (хирургия), дамштра чикится и виша чикитса (токсикология) и ваджэикарана чикитса (наука о средствах, возбуждающих половое влечение). В принципе аюрведа предлагает два типа терапии: для лечения каких-либо специфических болезней и для повышения иммунитета.

Помимо Индии и шата керады, где она первоначально зародилось,

Репозиторий ГрГМУ

по всему миру сейчас открывает множество аюрведческих центров. Недавно Индийская фирма «Кайрали», имеющая свои филиалы во многих городах, была приглашена подготовить презентацию об Индийской системе аюрведы для конференции ISPA для региона Азии и Тихого океана, проводившей в Иокогаме в Японии. В центре внимания этой конференции находились вопросы альтернативной и дополняющей медицины в Японии, лечения с помощью терапии римских бань, ароматерапии, системы шинатсу, удаляющей боль посредством внутренней мускульной и внутренней лимфатической терапии, терапии имидж и уникальной японской традиционной системы онсен (горячие источники – бани). Все это изучалось на фоне быстро получающей признание по всему миру культура спа.

В Индию сейчас прибывает много туристов на отдых в спа – аюрведических курортах, расположенных в различных частях страны. Более того, аюрведическое лечение и аюрведические лекарства сейчас имеются на Западе и Ближнем Востоке, где открыты подобные центры в шарджэ, Абу Дхаби и Дубае. В Нью-Дели, Бомбее и Палаккаде проводятся семинары на тему панчкармы, в которых участвуют медицинские эксперты и косметологи из США, Японии, Италии и Швейцарии.

Та важность, которая была придана аюрведе на международной конференции SPA для региона Азии и Тихого океана и на Востоке 2004 года в Японии, является доказательством популярности этой древней медицинской системы Индии.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ОСВОЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА КАФЕДРЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ И ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ

Гуща М.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент П.М.Ложко

Репозиторий ГрГМУ

В системе подготовки высококвалифицированного врача на стыке теоретических и клинических дисциплин важное место занимает топографическая анатомия и оперативная хирургия. Знание основ этой дисциплины необходимо для врача любой специальности, так как без этих знаний нельзя гарантировать качественное проведение диагностических исследований и лечебных мероприятий. Поэтому на кафедре уделяется пристальное внимание усвоению не только теоретической базы предмета, но и отработке основных практических навыков.

В решении этих вопросов на кафедре существует определенная преемственность, которая позволяет более углубленно и полноценно изучить и освоить материал по топографической анатомии и оперативной хирургии.

Начиная заниматься на кафедре, студенты третьего курса постепенно знакомятся с топографо-анатомическим подходом в изучении строения тела человека, обучаются пользоваться хирургическим инструментарием, постигают навыки выполнения простейших хирургических манипуляций. На практических занятиях они учатся находить на отпрепарированном трупе и учебных цветных фотографиях основные сосудисто-нервные пучки конечностей, органы в различных областях тела, отделы полостей, осваивают технику вязания узлов, рассечения тканей, гемостаза в кожно-мышечной ране, наложения кожно-мышечных швов на учебных муляжах. На более поздних этапах обучения, когда студенты приобрели необходимые знания, перед ними ставятся более сложные задачи: отработка техники кишечных швов и наложение межкишечных анастомозов на фиксированных препаратах, знакомство с техникой пункции суставов, сухожильных и сосудистых швов. В конце семестра студенты сдают зачет по практическим навыкам, и самостоятельно под руководством преподавателя выполняют операцию на экпериментальном животном

Репозиторий ГрГМУ

(кролик), в процессе которой они демонстрируют приобретенные на занятиях навыки и умения.

Для более глубокого изучения дисциплины на кафедре проводятся ежемесячные собрания студенческого научного кружка. Здесь, кроме обсуждения наиболее актуальных вопросов оперативной хирургии, студенты отрабатывают технику прикладных хирургических манипуляций на подопытных животных, учебных муляжах. Наиболее популярным среди студентов является проведение хирургических операций на подопытных животных.

Следующим этапом углубленного изучения оперативной хирургии заинтересованными студентами является посещение элективных курсов (4-5 курсы). Программа обучения составлена таким образом, чтобы уделить внимание укзкоприкладным вопросам («Микрохирургическая техника»).

Заключительным этапом в освоении хирургических навыков является цикл занятий для студентов-субординаторов хирургов и акушер-гинекологов (6курс). Они закрепляют полученные ранее знания и совершенствуют их, чему призвано способствовать значительное количество экспериментальных операций (3 занятия из 5).

Именно такой подход, как показывает практика, способствует подготовке медицинских кадров довольно высокой квалификации.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПО ДАННЫМ ВСКРЫТИЙ

Гущин А.М., Валеев С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель - ассистент К.М.Бутолина

Острый панкреатит - это тяжелый воспалительный процесс, характеризующийся ферментативным повреждением поджелудочной железы и сопровождающийся ее отеком, жировыми некрозами, кровоизлияниями, нагноением, образованием ложных кист и

Репозиторий ГрГМУ

секвестров. Он был и остаётся одной из сложных проблем хирургии брюшной полости. Летальность при деструктивных формах острого панкреатита достигает 30 - 40% и обусловлена тяжестью синдрома системного воспалительного ответа неинфекционного генеза и инфицированием зон некроза поджелудочной железы и клетчаточных пространств.

Целью исследования стал клинико-морфологический анализ случаев смерти от острого панкреатита в 2005 году по данным Гродненского областного патологоанатомического бюро. Нами проанализированы протоколы вскрытия 37 умерших от острого панкреатита Из них 4 человека умерло на дому.

Результаты. На долю острых панкреатитов в 2005 г. пришлось 1,2% всех вскрытий. Среди болезней органов пищеварения смерть от острых панкреатитов стояла на 2-ом месте после язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Среди умерших было 18 женщин и 19 мужчин в возрасте от 25 до 94 лет. 56,8% составили лица трудоспособного возраста. Средний возраст женщин был 60,4 года, мужчин - 50,5 лет. У 17 мужчин и 12 женщин развитие острого панкреатита имело связь с употреблением алкоголя, у 3 женщин и 2 мужчин - с желчнокаменной болезнью. У 3 женщин в генезе заболевания лежал алиментарный фактор. Во всех случаях смерти в стационарах отмечалось позднее обращение больных за медицинской помощью: спустя двое - трое суток и даже неделю после появления жалоб. В связи с этим, в первые сутки пребывания в больнице умерло 7(21,2%) человек. Среди морфологических форм острого панкреатита выявлены следующие: острый панкреонекроз с распространенными жировыми некрозами в железе и окружающей ее клетчатке -26(67,6%) случаев, острый геморрагический панкреонекроз - 12(32,4%) случаев. В 30(81,1%) наблюдениях отмечалось диффузное поражение поджелудочной железы, в 4 случаях процесс локализовался в головке и теле и в 3 случаях - в теле и хвосте железы. Гнойное расплавление

Репозиторий ГрГМУ

некротизированных тканей выявлялось в 15(40,5%) наблюдениях. При этом отмечались абсцессы жировой клетчатки малого сальника, абсцессы и флегмона забрюшинной клетчатки, межкишечные абсцессы, абсцессы передней брюшной стенки. В 5 случаях развился сепсис. Ложные кисты в поджелудочной железе обнаружены у 4 умерших. В 2 наблюдениях отмечалась деструкция селезеночного угла толстой кишки, в связи с чем больные поступали в стационар с подозрением на опухоль толстой кишки. 30(81,1%) панкреатитов осложнилось разлитым фибринозно-геморрагическим или гнойно-фибринозным перитонитом. В 2 случаях отмечалось развитие панкреатогенного сахарного диабета, один из которых сопровождался декомпенсацией углеводного обмена (гипергликемия - 35 ммоль/л) и смертью от отека и набухания головного мозга. 1 случай панкреонекроза осложнился влажной гангреной участка тощей кишки на почве тромбоза ветвей верхней брыжеечной вены. Оперативное вмешательство по поводу острого панкреатита было предпринято у 10 человек. Причиной смерти в послеоперационном периоде явилась интоксикация, обусловленная прогрессированием острого панкреатита и его гнойными осложнениями. Таким образом, смерть от острого панкреатита наблюдалась в различных возрастных группах, одинаково часто у мужчин и женщин. Ведущая роль в генезе острого панкреатита принадлежала злоупотреблению спиртными напитками, что способствовало позднему обращению больных за медицинской помощью и смерти от деструктивных и осложненных форм заболевания.

ДЕТСКАЯ РЕЧЬ

Данильчик Ю.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – доцент. Н.А.Мишонкова

Репозиторий ГрГМУ

Определение лексического значения слова — одно из ведущих умений, которым должны овладеть дети школьного возраста. При этом нельзя не учитывать, что слово — это система языковых значений, которые передаются с помощью морфем. Но, определяя семантику морфем, дети часто испытывают трудности. Хотя даже дети дошкольного возраста обладают языковым чутьем и сами создают слова, опираясь при этом на значение морфем. Такие слова в лингвистике рассматривают как отдельный языковой пласт — *детскую речь*. Здесь, конечно, много речевых ошибок, но почти все «придуманные» слова имеют ярко выраженную внутреннюю форму.

Факты детской речи полезно использовать при лексико-словообразовательном анализе. Это слова, значение которых можно определить по значению составляющих их морфем.

Источником для подбора примеров явился для нас «Словарь детской речи» В. К. Харченко (Белгород: Белгородский гос. пед. ин-т, 1994).

Попробуем правильно отнестись к детской речи. К примеру, можно обсудить слова В. К. Харченко: «Детские речевые ошибки — это ценнейшие недра, неистощимые ресурсы языка, огромный потенциал смыслов, слов, форм...» Кроме того, можно посоветовать познакомиться с книгой К. И. Чуковского «От двух до пяти», увлекательно рассказывающей о детском «словообразовании».

• В детской речи встречаются слова *прогол, недогол*. Когда дети так говорят? Можно ли эти слова считать однокоренными слову *гол*?

Прогол — о ситуации в футболе, когда мяч залетел за ворота. *Недогол* — ситуация в футболе, когда мяч немного не долетает до ворот.

• Какое значение имеет приставка в каждой из приведенных групп детских слов?

*При*асфальтировать, *при*драть, *при*металлить.

Приставка *при-* имеет здесь значение «соединение, скрепление

Репозиторий ГрГМУ

предметов».

*Про*мазутить, *про*растворить, *про*шампунить.

Приставка *про-* имеет значение «насытить, пропитать предмет чем-либо».

• Как вы думаете, что обозначают и как образуются слова: *пошутитель, пауктина, объедахина, аллокаться?*

Пошутитель — шутник; пауктина — паутина; объедахина — обжора; аллокаться — говорить алло по телефону.

• Чем занимаются люди, которых дети называют так: *ансамблист, базарник, асфальтилыцик, аварийник?*

Ансамблист — участник ансамбля; базарник — человек, торгующий на базаре; асфальтильщик — рабочий, занимающийся асфальтированием дорог; аварийник — человек, устраняющий аварию.

Какие суффиксы будут использовать дети от слов *мышь, волк* со значением «кому-то принадлежащий»? Как образуют подобные слова дети? Очень просто: *мышатин, мышачий, мышоный; волкин, волчий, волчоный.*

* Приведенные ниже детские слова называют что-то небольшое, маленькое: *домятки, заборушко, корзиненок, овчонок*. (домятки — маленькие дома; заборушко — маленький забор; корзиненок — маленькая корзина; овчолок — ягненок).

* Учитывая значение корней, слова детской речи *хорошеписец, горячедильник, книгопад, сончас* можно объяснить так: хорошеписец — талантливый писатель; горячедильник — противоположное холодильник; книгопад — падение книг со стола или из шкафа; сончас — тихий час.

* Являются ли синонимами слова детской речи *заверток, заворочалка, заворотка*? Что ответят дети….?

МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ

Репозиторий ГрГМУ

УО «ГГМУ»

Дас А. А., Пател Н К.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского языка как иностранного

Научный руководитель - преподаватель М.Г.Ситникова

Цель: анализ практики межкультурных контактов иностранных студентов УО «ГГМУ», являющихся гражданами Республики Индия, с русскоязычными ровесниками как в стенах университета, так и за его пределами, установление причин данных контактов и оценки информантами результативности межкультурной коммуникации.

Материал и методы исследования: в целях изучения межкультурных контактов индийских студентов, обучающихся в УО «ГГМУ», нами были использованы методы наблюдения, интервью, анкетирования информантов, при отборе которых был применён метод гнездовой выборки: в исследовании приняли участие иностранные студенты пяти учебных групп, все члены которых участвовали в сплошном опросе.

Результаты исследования: большинство студентов (96%), составивших выборку, отметили полное отсутствие в их практике межкультурной коммуникации каких-либо конфликтов с русскими и белорусскими ровесниками.

В учебных группах, студенты которых принимали участие в анкетировании в рамках нашего исследования, 81 % студентов второго курса отметили наличие русских и белорусских друзей и подруг, с которыми их объединяют общие интересы (учёба, спорт, музыкальные предпочтения, другие хобби), совместная учебная или научная деятельность, совместные занятия спортом либо искусством. При этом информанты отмечали важность для них подобной совместной деятельности, её результатов и заинтересованность в дальнейшем продолжении и упрочении их дружеских контактов с русскими и

Репозиторий ГГМУ

белорусскими ровесниками. 11 % информантов отметили, что имеют дружеские контакты с представителями местного населения, однако считают русских и белорусских людей скорее знакомыми и приятелями, чем друзьями.

Только 2 % опрошенных нами студентов заявили об отсутствии у них каких-либо контактов с представителями местного населения за исключением преподавателей университета и работников общежития. Индийские студенты-медики называли множество причин, побудивших их к установлению дружеских контактов с русскими и белорусскими ровесниками. Например, желание применить на практике знания, полученные на занятиях по русскому языку как иностранному, улучшить свои навыки общения на русском языке при помощи разговорной практики с носителями языка (данная причина названа всеми информантами, однако в качестве единственной причины контакта с представителями местного населения она указана лишь 31 % студентов).

Студентами были названы и такие причины знакомства с русскими и белорусскими людьми, как, например, интерес к русской и белорусской культуре, традициям и иному образу жизни, необходимость в партнёрах при совместных занятиях спортом, различными хобби, стремление избавиться от одиночества и удовлетворить потребность в общении, стремление заниматься благотворительностью и т. д.

В результате проведённого нами в 2005-2006 учебном году анкетирования индийских студентов первого курса получены данные, указывающие на то, что 98 % информантов поддерживают активные контакты с местным населением. При проведении в 2005 – 2006 учебном году анкетирования среди индийских студентов третьего курса не было выявлено ни одного информанта, признавшего отсутствие у него русскоязычных друзей и знакомых.

Выводы: полученные в ходе исследования результаты

Репозиторий ГрГМУ

иллюстрируют значительную положительную динамику процессов аккультурации и социализации англоязычных студентов ГГМУ, являющихся гражданами Республики Индия.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДАКТИЛОСКОПИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Деева А.А., Дибиргаджиева Д.А.

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, Россия

Волгоградская Академия МВД России, Россия

Кафедра нормальной анатомии человека

Кафедра трасологии и баллистики

Научные руководители – д.м.н., профессор, А.И.Краюшкин;

к.ю.н., доцент Н.И.Нестеров

Дактилоскопия использует данные ряда фундаментальных и прикладных наук – химии, физики, биологии, анатомии человека и судебной медицины. На нее распространяются все общепринятые положения криминалистики и медицины. В представленной работе решается вопрос о возможности использования данных, полученных в результате современных медицинских исследований в области дерматоглифики, для решения криминалистических задач, целью которых является идентификация личности. В ходе работы проанализированы научная литература и сведения из МЭКО №1 при ЭКЦ ГУВД Волгоградской области.

Следы папиллярных узоров пальцев и ладоней рук, оставленные на месте происшествия, являются наиболее распространенным ценным источником информации о личности преступника.

На различных участках тела человека кожный покров имеет определенный рельеф внешнего строения. На ладонной поверхности рук основными элементами рельефа являются папиллярные линии, флексорные (сгибательные) складки и морщины. Наличие этих

Репозиторий ГГМУ

элементов обусловлено анатомическим строением кожи на данном участке тела, предопределенным биологической эволюцией человеческого организма.

Основными свойствами папиллярных узоров, имеющими большое значение, являются индивидуальность, относительная неизменяемость, восстанавливаемость.

Вариабельность пальцевых узоров настолько велика (особенно в мелких деталях, называемых минуциями), что они неповторимы у разных индивидов.

Восстанавливаемость – при повреждениях участков кожи с папиллярными узорами они восстанавливают свой первоначальный вид, если сосочковый слой не поврежден.

Относительная неизменяемость (устойчивость) – заключается в том, что на протяжении жизни, как правило, строение папиллярного узора остается неизменным, увеличиваются лишь его размеры.

При некоторых заболеваниях (эпилепсия, туберкулез, злокачественная опухоль опорно-двигательного аппарата) дискутируется вопрос об изменении рисунка папиллярных линий.

На современном этапе развития дактилоскопии как науки исследования в указанном направлении позволили бы более эффективно решать вопросы идентификации личности.

Учитывая вышеназванный фактор, целесообразно ввести в курс «Дактилоскопическая экспертиза» сведения и научные положения дерматоглифики.

Для решения задач, поставленных при проведении дактилоскопической экспертизы, возможно сотрудничество специалистов медиков и экспертов-криминалистов (проведение комплексной экспертизы).

Литература:

1. «О наследовании пальцевых узоров человека» /В.П. Войтенко, А.М.Полюхов, В.П. Колодченко/ «Генетика», 1979, т. 15, №

Репозиторий ГрГМУ

2. «Дерматоглифика у больных ревматизмом» / Б.С. Белов, В.А. Мякоткин/ «терапевтический архив, 1988, т.60, №1

3. «Трасология и трасологическая экспертиза»/ И.В. Кантор/ М. 2002

4. «Следы кожного покрова человека»/ И.В. Кантор/ ВА МВД РФ, г.Волгоград

5. «Диагностика синдрома Шершевского- Тернера с помощью показателей дерматоглифики»/ Е.М. Сильванского, О.П. Минцер, Е. А. Беникова, Л.В. Дзюза/ «Цитология и генетика», 1982, т.16, №1

ПИЩЕВАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ И ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Демидович Л.К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Р.Н.Хоха

В структуре заболеваемости детей различного возраста большой удельный вес приобретает патология, обусловленная непереносимостью белковых компонентов пищевых продуктов. Исследования, посвященные мембранному пищеварению при хронических заболеваниях пищеварительной системы у детей, свидетельствуют о необходимости индивидуального подбора лечебного питания в зависимости от переносимости пищевых продуктов.

Целью данного исследования явилось установление распространенности сенсибелизации к традиционно используемым продуктам в рационе питания детей старшего возраста, страдающих хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта.

Репозиторий ГрГМУ

Нами обследовано 20 детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта в возрасте 10-14 лет, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении детской областной клинической больницы г. Гродно. Всем детям, помимо общеклинического обследования, проводили эзофагогастродуоденоскопию, быстрый уреазный тест для диагностики Helicobacter pylori, фракционное исследование желудочной секреции, реакцию лизиса и аггломерации лейкоцитов с пищевыми аллергенами, лейкопенический тест с коровьим молоком. Индекс аллергизации рассчитывали по формуле, предложенной А.А. Солдатовым и соавт. (1997).

Проявление пищевой аллергии в анамнезе отмечено у 20% больных. У 1/2 обследованных детей диагностированы хронические заболевания верхних отделов пищеварительного тракта, ассоциированные с Helicobacter pylori. Кислотообразующая функция желудка была повышена у 90% больных. В общем анализе крови эозинофилия зарегистрирована у 26% обследованных. Индекс аллергизации у 13% детей был в пределах нормы (0,68-1,08 условных единиц), у 87% он оказался повышенным (1,65 условных единиц). Анализ результатов аллергологического обследования с пищевыми аллергенами у детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта показал, что положительный тест на цитрусовые (лимон) и утку был у 100% больных, на ячменную и овсяную крупы у 83%, на хек и пшеничную муку у 81%, на свинину и ржаную муку у 75%, на говядину, белок, желток куриного яйца у 68%, на гречку у 60%, на курицу и рис у 50%, на овсяную крупу у 40%, на молоко у 33%. По своим аллергенным свойствам все пищевые продукты мы разделили на 4 группы: 1 группа - мясо утки, ячменная крупа (лизис лейкоцитов 31%), 2 - говядина, рис, гречка, пшеничная мука (лизис лейкоцитов 27%), 3 - хек, курица, лимон, овсяная крупа (лизис лейкоцитов 24%), 4 - яйцо, рисовая мука, молоко, свинина (лизис лейкоцитов 21%).

Репозиторий ГрГМУ

Таким образом, у детей старшего возраста с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта наиболее часто отмечается пищевая сенсибилизация к мясу утки, ячменной крупе, говядине, рису, гречке, пшеничной муке, что необходимо учитывать в питании этой категории больных.

ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ БИОГЕННЫХ АМИНОВ, ИХ ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ И МЕТАБОЛИТОВ В ПЕРФУЗАТЕ В ПРОЦЕССЕ ВЕНТРИКУЛО-ЦИСТЕРНАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫСЫ

Денисенко А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Центральная научно-исследовательская лаборатория

Научный руководитель – д.б.н., профессор С. М. Зиматкин

Нами предложен метод вентрикуло-цистернальной перфузии для изучения обмена биогенных аминов в головном мозге крысы в норме и при воздействии различных факторов. Однако для получения более точных результатов при длительных исследованиях необходимо выяснение динамики изменения в перфузате содержания биогенных аминов, их предшественников и метаболитов в процессе такой перфузии. Это и явилось целью настоящего исследования.

Крыс-самцов Вистар массой 250 г. под общей анестезией помещали в стереотаксический аппарат. Искусственную спинномозговую жидкость вводили через иглу в боковой желудочек мозга с помощью шприцевого дозатора с постоянной скоростью 12 мкл/мин в течение трёх часов. Выход перфузата под влиянием повышенного давления нагнетаемой жидкости осуществлялся самотёком через иглу, введённую в большую цистерну ствола мозга. Пробы перфузата брали каждые пять минут и смешивали с эквиобъемным количеством среды для гомогенизации мозга, содержащей хлорную кислоту (0,2 М) и внутренний стандарт (4,6 мкМ ванилиновая кислота); затем центрифугировали 15 мин при 22000 об/

Репозиторий ГрГМУ

мин, надосадочную жидкость исследовали с помощью высокоэффективного жидкостного хроматографа с электрохимическим детектором Coulochem 5100A.

В перфузате обнаружены следующие биогенные амины, их предшественники и метаболиты: тирозин (Tyr), 3,4-дигидроксифенилаланин (DOPA), 3,4-дигидроксифенилуксусная кислота (DOPAC), гомованилиновая кислота (HVA), 3-метокси-4-гидроксифенилгликоль (MHPG); триптофан (Trp), 5-гидрокситриптофан (5-HTP), серотонин (5-HT), 5-гидроксииндолуксусная кислота (5-HIAA), в концентрациях от 20 до 5000 нМ. Если на основании полученных данных построить графики зависимости концентрации каждого соединения от фактора времени, то наглядно становится видно, что в случае серотонина наблюдается незначительное возрастание концентрации с последующим выходом на плато. В случае 5-гидроксииндолуксусной кислоты – постоянное незначительное снижение концентрации. Для всех остальных соединений характерно постепенное равномерное снижение концентрации в течение 1 часа с последующим выходом на плато.

Это свидетельствует о том, что клетками мозга идет их постоянное выделение в межклеточную жидкость биогенных аминов и их метаболитов, вместе с которой они выходят в ликвор. Попадая в систему желудочков мозга, перфузионная жидкость равномерно смешивается с ликвором, благодаря чему можно получить картину содержания в ликворе разных соединений. Следовательно, происходит постоянное динамическое уравновешивание концентраций биологически активных веществ между нервной тканью, межклеточной жидкостью мозга и ликвором, а не только разбавление последнего перфузионной жидкостью. Можно полагать, что выявляемые изменения в вентрикуло-цистернальном перфузате в целом отражают прижизненные изменения метаболизма биогенных аминов в мозге, а, следовательно, и функциональное состояние последнего.

Репозиторий ГрГМУ

Таким образом, содержание биогенных аминов, их предшественников и метаболитов в вентрикуло-цистернальном перфузате имеет определённую динамику, которую следует учитывать при проведении длительных экспериментов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛОВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПО ХАРАКТЕРУ ИЗМЕНЕНИЯ ОКСИДА АЗОТА И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОМОТОРНОЙ РЕАКЦИИ

Дешко Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – ассистент Е.А.Балла

Нестабильная стенокардия является одной из основных причин высокой заболеваемости, потери трудоспособности среди больных с сердечной патологией.

Ишемическая болезнь сердца продолжает оставаться основной причиной смерти населения в развитых странах. Одной из самых тяжелых форм ее является инфаркт миокарда, в двух третьих которого в остром периоде обнаруживается атерома коронарных сосудов, приводящая к развитию острого коронарного синдрома (ОКС), в основе которого лежит остро развивающаяся ишемия миокарда.

Целью данного исследования стало изучение возможности быстрого снижения концентрации общего холестерина у больных нестабильной стенокардией с помощью ловастатина и дальнейшего использования препарата на амбулаторном этапе, а также влияния гиполипидемической терапии на эндотелийзависимую релаксацию.

Работа выполнена в отделении кардиологии 1-ой ГКБ г. Гродно. В исследование включено 28 пациентов обоего пола в возрасте от 49 до 64 лет с диагнозом нестабильная стенокардия. Контрольную группу составили 15 мужчин и женщин в возрасте от 25 до 49 лет, не имеющие

Репозиторий ГрГМУ

клинических и инструментальных признаков ИБС, артериальной гипертензии, сахарного диабета, некурящих. Оценку степени эндотелийзависимой сосудистой релаксации проводили методом реоплетизмографии. Изучали исходный пульсовой кровоток предплечья в покое, а затем – эндотелийзависимый и эндотелийнезависимый механизмы вазодилатации. О продукции NO судили по суммарному содержанию нитратов и нитритов в плазме крови, определяемых спектрофотометрически с применением реакции Грисса, конверсию нитратов в нитриты производили металлическим кадмием.

Лечение больных нестабильной стенокардией ловастатином в кардиологическом стационаре показало эффективность применения данного препарата на раннем этапе, что нашло отражение в быстром снижении концентрации общего холестерина и триглицеридов. Одновременно с этим в группе больных, принимавших ловастатин, увеличилось ЭЗСР. Полученные данные позволяют считать, что благоприятное влияние статинов на течение ИБС параллельно с улучшением липидного обмена способствует улучшению и функции эндотелия, что необходимо учитывать в кардиологической практике.

Литература:

1 . Лис М.А., Добродей М.А., Пронько Т.П., Балла Е.А. Особенности функционального состояния эндотелия и некоторых метаболических процессов у больных артериальной гипертензией и коронарным атеросклерозом // Актуальные вопросы кардиологии: Сборник научных трудов, Вып. 2. / под ред. Н.А. Манака. – Минск: Лимарус, Энциклопедис, 2002. – с. 296-297

2. Ванин А.Ф. Оксид азота в биологии: история, состояние и перспективы исследований. Биохимия 1998; 63 (7): 867-869

3. Голиков П.П., Николаева Н.Ю., Гавриленко И.А. Оксид азота и перекисное окисление липидов как факторы эндогенной интоксикации при неотложных состояниях. Пат.физиол. 2000; 2: 6-9

Репозиторий ГрГМУ

4. Vanhoutte P.M. Other endothelium – derived vasoactive factors. Circulation 1993; 87: Suppl V: 9 – 17

5. Карпов Р.С., Дудко В.А. Атеросклероз: патогенез, клиника, функциональная диагностика, лечение. Томск: SST 1998; 656

ХРОНИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ: МОДУЛЯЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ АУТОВАКЦИНОТЕРАПИИ

Дешко М.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – ассистент О.С. Волосач

Среди оппортунистических инфекций наиболее распространенными возбудителями являются грибы рода Candida. Иммунный ответ на Candida spp. является в определенной степени компартментализованным. Так, нейтрофилы необходимы для защиты от системных инфекций, слизистые же находятся под протекцией Th1-клеток и продуцируемых ими цитокинов [2]. В последнее время наблюдается рост устойчивости Candida spp., что требует сдерживания кандидоза на более ранних, неинвазивных стадиях процесса. Иммунотерапия, направленная на усиление неспецифической резистентности, признается важнейшим стратегическим направлением в борьбе с Candida spp. [2], однако гуморальный иммунитет при аутовакцинотерапии остается, главным образом, незадействованным [1].

Целью данной работы явилась оценка модулирующего эффекта аутовакцинотерапии на показатели клеточного иммунитета у больных с хроническим кандидозом.

Обследовано 23 больных хроническим кандидозом, мужчин 9, женщин 14, с локализацией возбудителя в различных биотопах организма. Аутовакцина готовилась на основании выделенной флоры по методике Позняка С.Б. (1980). До и после лечения производилось

Репозиторий ГрГМУ

иммунологическое исследование с акцентом на показатели клеточного иммунитета. Статистическую оценку изменения показателей осуществляли с помощью непараметрического критерия Вилкоксона для зависимых групп (пакет Statistica 6.0).

В результате, получено статистически значимое снижение лейкоцитоза с 6,38±0,42*10^9 до 5,08±0,20*10^9 ($p<0,001$) преимущественно за счет нейтрофилов - 3,25±0,18*10^9 после против 4,02±0,35*10^9 до аутовакцинотерапии ($p<0,01$). Отмечен прирост общего количества лимфоцитов (CD3+) с 28,50±1,53% (0,520±0,047*10^9) до 39,08±1,30% (0,696±0,044*10^9) ($p<0,001$). Задействованы NK-клетки (CD16+) с 19,73±2,12% (0,350±0,040*10^9) до 24,13±1,59% (0,431 ±0,034*10^9) ($p<0,01$) и следующие спецификации лимфоцитов: Т-хелперы (CD4+) с 20,48±1,15% (0,376±0,035*10^9) до 30,16±1,51% (0,541 ±0,041*10^9) ($p<0,001$); Т-киллеры (CD8+) с 16,96±0,96% (0,316±0,033*10^9) до 20,36±1,32% (0,360±0,029*10^9) ($p<0,001$); В-лимфоциты (CD19+) с 18,78±1,38% (0,356±0,041*10^9) до 22,48±1,49% (0,394±0,029*10^9) ($p<0,001$). Изменения в популяции лимфоцитов повлекли сдвиг иммунорегуляторного индекса с 1,28±0,08 до 1,64±0,11 ($p<0,001$). Экспрессия лимфоцитами CD25 (маркер активации) статистически не различалась, составляя 16,74±1,52% (0,310±0,037*10^9) до и 16,76 ±1,05% (0,315±0,029*10^9) после терапии ($p>0,05$), что соответствует оптимальным значениям показателя. Фагоцитарная активность (63,79 ±1,65 и 64,77±1,99) и фагоцитарное число (7,48±0,26 и 7,56±0,28), располагаясь у нижнего предела нормальных величин, также не изменились после аутовакцинотерапии ($p>0,05$). Изменение показателей сопровождалось заметным клиническим улучшением.

Таким образом, аутовакцинотерапия оказывает положительный эффект на ряд показателей клеточного иммунитета, что делает ее применение обоснованной для терапии хронических форм кандидоза.

Литература:

1. Rusch V., Ottendorfer D., Zimmermann K. Results of an open, non-

Репозиторий ГрГМУ

placebo controlled pilot study investigating the immunomodulatory potential of autovaccine // Arzneimittelforschung. – 2001. – Vol. 51. - №8. – P. 690-697.

2. Vonk A.G., Netea M.G., van der Meer J.W. Host defence against disseminated Candida albicans infection and implications for antifungal immunotherapy // Expert. Opin. Biol. Ther. – 2006. – Vol. 6 - №9. – P. 891-903.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ХОРДАХ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Дешко М.С., Кейко О.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д.м.н., доцент В.А. Снежицкий

Среди кардиальных проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани ведущие позиции занимают пролапс митрального клапана (ПМК) и аномально расположенная хорда левого желудочка (АРХ ЛЖ). По данным ряда исследователей ПМК и АРХ в 100% случаев сочетаются с клинически значимыми нарушениями ритма, требующими медикаментозной коррекции [3], другие характеризуют данные изменения как индифферентные [1, 2].

Целью данного исследования явился сравнительный анализ электрофизиологических показателей (ЭФП) у лиц с ПМК и АРХ ЛЖ, а также определение частоты наблюдавшихся в группах аритмий.

В качестве объекта исследования выступили 138 больных, средний возраст 23,05±7,67 лет, среди них 30 женщин и 108 мужчин. Все обследованные были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 53 человека, у которых данные аномалии отсутствовали, 2-ю группу – 35 больных с ПМК (31 - 1 ст. и 4 - 2 ст., митральная регургитация (МР) 1 ст. регистрировалась у 6 пациентов) и 3-ю группу – 50 пациентов с АРХ

Репозиторий ГрГМУ

ЛЖ.

Всем наблюдавшимся выполнено чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧП ЭФИ), по показаниям – парасимпатическая блокада атропином или полная медикаментозная денервация сердца. Определялись следующие ЭФП: зубцы и интервалы ЭКГ, время синоатриального проведения (ВСАП), время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ), корригированное ВВФСУ, истинный ритм синоатриального узла (ИРСАУ), эффективный рефрактерный период атриовентрикулярного соединения (ЭРПав), точка Венкебаха (ТВ). Изучалась частота дисфункции синусового узла (ДСУ), пароксизмальных нарушений ритма, синдрома предвозбуждения (СПВЖ) и ранней реполяризации (СРРЖ) желудочков, экстрасистолии (ЭС) в группах. Сравнивали группы больных с ПМК и АРХ ЛЖ с группой контроля и между собой. При статистической обработке данных использовали пакет Statistica 6.0: сравнение в группах до и после фармакологических проб проводили по критерию Вилкоксона, между группами – Манна–Уитни. Частота выявления нарушений ритма оценивалась по точному критерию Фишера.

Результаты анализа показали, что группы не различаются по ЭФП как до, так и после фармакологических проб. Также не выявлено значимых отличий по частоте вышеуказанных нарушений ритма в группах.

Таким образом, соединительнотканные дисплазии сердца не следует считать непосредственной причиной нарушений в электрофизиологии сердца, в частности, аритмических событий, а точка зрения о доброкачественности ПМК и АРХ ЛЖ является более предпочтительной, по крайней мере, при умеренных изменениях и невыраженной МР.

Литература:

1. Martin St. John Sutton, Arthur E. Weyman Mitral Valve Prolapse Prevalence and Complications. An Ongoing Dialogue // Circulation. – 2002.

Репозиторий ГрГМУ

– Vol. 106. – P. 1305-1307.

2. А.И. Дядык, А.Э. Багрий, Д.В. Гришин и соавт. Пролапс митрального клапана: современные представления о номенклатуре, эпидемиологии, диагностике, прогнозе и тактике ведения. Обзор литературы и собственные данные // Український Терапевтичний Журнал – 2004. - № 4. – С. 63-69.

3. Р.М. Севериненко, О.В. Павличенко, В.А. Невзорова и соавт. Нарушения ритма и проводимости у больных с аномально расположенными хордами левого желудочка и пролапсом митрального клапана // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2005. - № 1. – С.43-45.

МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ О МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

Диковицкая Т.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Медицинская сестра осуществляет целенаправленный уход за больным в целях его лечения, облегчения страданий и укрепления здоровья. Оказывая помощь, медицинская сестра должна видеть в пациенте, в первую очередь, личность, обеспечивать не только физический, но и психологический уход. В связи с этим, целью данного исследования явилось изучение медико-социальных аспектов осуществления сестринского процесса, а также эффективности и качества сестринского ухода в современной клинике.

Проведен статистический анализ специально разработанных анкет 292 больных, госпитализированных в разноплановые отделения Гродненской областной клинической больницы. Анкета включала вопросы, отражающие представления больных о сестринском уходе, оценке его качества. Из опрошенных 68% – мужчины и 32 % – женщины.

Возраст больных колеблется в пределах 40-60 лет. 43%

Репозиторий ГрГМУ

респондентов имели среднее профессиональное образование.

Основными качествами, которыми обладают медицинские сестры, работающие в отделении – это профессионализм (63%), заинтересованность в каждом пациенте (18% респондентов), сострадание и сочувствие (10%), доброжелательность (9% респондентов). Оценка работы медицинских сестер, осуществляющих уход за больными: 5 и 4 балла (41% и 23% соответственно). При оценке внешнего вида медицинского персонала 50% опрошенных поставили 5 баллов. Степень своего доверия к профессионализму медицинских сестер пациенты выразили следующим образом: 5 баллов – 41% респондентов, 4 балла – 28% респондентов.

Качество ухода за тяжелобольными со стороны медицинской сестры, по мнению 64% респондентов, находится на высоком профессиональном уровне. Однако третья часть опрошенных требует улучшения качества обслуживания, условий пребывания в стационаре.

Каждый пятый опрошенный не был знаком с заведующим отделением и старшей медсестрой. Каждому четвертому респонденту не нравятся взаимоотношения между сотрудниками отделения, а также их отношение к больному и его родственникам.

Таким образом, при организации медицинской помощи необходимо учитывать возрастающую роль сестринского ухода в современной клинике.

КИСЛОРОДСВЯЗУЮЩИЕ СВОЙСТВА И ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Довнар Р.И., Довнар А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - д.м.н., профессор Н.Н.Иоскевич

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния

Репозиторий ГрГМУ

кислородтранспортной функции и прооксидантно-антиоксидантного баланса крови при видеоторакоскопическом и традиционных методах хирургического лечения рецидивирующего спонтанного пневмоторакса (РСП).

Нами проанализированы результаты лечения 84 больных неосложненным и осложненным РСП со средним возрастом 40,9±1,2 года. Соотношение мужчин и женщин составило 5:1. В хирургическом лечении РСП использовались плевральная пункция (17 чел.), трансторакальное дренирование (16 чел.), торакотомия (15 чел.), VTS и VATS с механически-коагуляционным плевродезом (36 чел.). Видеоторакоскопические операции проводились с помощью базового комплекса эндоскопической аппаратуры фирмы «Aesculap» (ФРГ). При анализе КТФ крови из локтевой вены изучались величины P_VO_2, p_VCO_2, pH и $p50_{станд}$. Активность перекисных реакций оценивалась по содержанию диеновых конъюгатов (ДК) и оснований Шиффа (ОШ). Состояние АОС определялось по концентрации α-токоферола и β-каротина.

Установлено, что коллапс легкого при РСП сопровождался развитием сложного гипоксического синдрома с одновременным смещением прооксидантно-антиоксидантного равновесия венозной крови в сторону активации ПОЛ и истощением АОС.

У больных с неосложненным РСП, перенесших трансторакальное дренирование, в раннем послеоперационном периоде наблюдалось улучшение показателей КТФ крови из локтевой вены с их нормализацией на 7 сутки послеоперационного периода. Одновременно у данной группы пациентов на 2 сутки происходило достоверное, по сравнению с дооперационным состоянием, повышение в плазме крови из локтевой вены концентрации ДК в 1,3 раза, а ОШ в 1,5 раза. К 7 суткам послеоперационного периода их концентрация снизилась до значений практически здоровых лиц. Абсолютные значения АО у больных неосложненным РСП, перенесших

Репозиторий ГрГМУ

трансторакальное дренирование, прогрессивно уменьшалось в течение всего раннего послеоперационного периода. После торакотомии у больных РСП, осложненным бронхоплевральным свищом и пиотораксом, в раннем послеоперационном периоде отмечалась тенденция к некоторому улучшению показателей КТФ крови из локтевой вены. Однако они достоверно отличались от значений практически здоровых лиц. В этой же группе больных на 2 сутки послеоперационного периода, по сравнению с дооперационным состоянием, концентрация в плазме венозной крови ДК достоверно повысилась в 1,4 раза, а ОШ в 1,6 раза. На 7 сутки их концентрация снизилась до исходных значений ($p>0,5$). Содержание АО прогрессивно уменьшалось в течение всего раннего послеоперационного периода. VTS с механически-коагуляционным плевродезом у больных РСП, осложненным бронхоплевральным свищом, сопровождалась нормализацией КТФ крови из локтевой вены на 7 сутки раннего послеоперационного периода. VATS с механически-коагуляционным плевродезом у больных РСП, осложненным бронхоплевральным свищом и пиотораксом, в эти же сроки характеризовалась частичной нормализацией КТФ венозной крови, более выраженной, чем в аналогичной группе больных, перенесших торакотомию. Все варианты видеоторакоскопических вмешательств сопровождались активацией процессов ПОЛ и угнетением активности АОС, но менее выраженной, чем после торакотомии.

Таким образом, видеоторакоскопические вмешательства оказывают благоприятное влияние на состояние КТФ и прооксидантно-антиоксидантного баланса венозной крови у больных РСП.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Дорошкевич Е.М., Грушевич М. О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Репозиторий ГрГМУ

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

Первичная артериальная гипертензия (ПАГ) – хроническое систоло-диастолическое повышение артериального давления, в основе которого лежит крушение нервных механизмов, регулирующих сосудистый тонус, без первичного поражения внутренних органов [1]. По данным популяционных исследований, ПАГ среди детей и подростков встречается от 2,4% до 18% [2].

Цель исследования - оценить клинические особенности и диагностику ПАГ у детей и подростков.

Обследовано 29 пациентов с ПАГ в возрасте от 11 до 18 лет, находившихся на лечении в Гродненской областной детской клинической больнице с 2004 по 2007 год. Среди обследованных мальчиков было 16 - (55%), девочек 13 - (45%). Все наблюдавшиеся дети были школьниками в возрасте 11-12 лет – 2 (7%), 13-18 лет – 27 (93%). Верификация диагноза ПАГ проводилась на основании жалоб больного, анамнеза заболевания, наследственности, данных клинического, лабораторного и инструментальных методов исследования. ПАГ I степени диагностирована у 23 (83%) детей; II степени – у 6 (17%) подростков.

При поступлении в клинику 78% обследованных предъявляли жалобы на периодические головные боли, 23% - головокружение, 48% - непостоянные боли в области сердца. 4 ребёнка в возрасте 16-18 лет поступило в клинику на фоне гипертонического криза. По длительности течения ПАГ дети распределились следующим образом: до 1 года – 12 (41%), от 1 до 2 лет – 11 (38%), длительность заболевания более 4 лет отмечена у 6 подростков (21%).

При оценке физического развития у 58% выявлен избыток массы тела: у 27% подростков - ожирение I степени, у 31% - ожирение II степени.

Наследственный анамнез по ПАГ среди родственников I–II степени

Репозиторий ГрГМУ

родства отягощен у 25 (86%) детей: по линии матери у 12 (41%) детей, по линии отца у 11 (38%), по линии обоих родителей у 2 (7%) детей.

При анализе данных электрокардиограмм, гипертрофия левого желудочка и нарушение внутрижелудочковой проводимости выявлены у 4% обследованных; полная блокада правой ножки пучка Гиса у 1 ребенка. Нормальное положение оси сердца определялось у 52%, вертикальное у 38%, горизонтальное у 3%, отклонение влево у 7%. У 58% детей частота сердечных сокращений была в пределах возрастной нормы, брадикардия у 14%, тахикардия – у 28%. При изучении вариабельности сердечного ритма (ВСР) у 42 % подростков, выявлен симпатикотонический исходный тонус, у 28% смешанный, у 24% - ваготония; Асимпатикотоническая вегетативная реактивность отмечена у 34% обследованных, у 28% - симпатикотоническая, у 38% - гиперсимпатикотоническая.

Обследование глазного дна не выявило изменений у 41% обследованных, у 49% подростков диагностирована дистония сосудов сетчатки, у 10% - ангиопатия сетчатки.

При анализе результатов эхокардиографии у 2 подростков выявлена гипертрофия левого желудочка, у 14 % - пролапс митрального клапана (ПМК) I ст.; фальш-хорды левого желудочка (ФХЛЖ) – у 24%, ФХЛЖ в сочетании с ПМК I ст. - у 22%.

Таким образом, ПАГ чаще диагностируется у подростков старше 13 лет. Отягощенная наследственность по ПАГ отмечалась у 86%, избыточная масса тела – у 58% подростков.

Литература:

1. Орлова Н.В. Кардиология: Новейший справочник педиатра. – СПб.: Сова, 2003. – 549с.

2. Леонтьева И.В. Проблемы артериальной гипертензии у детей и подростков// Российский вестник перинатологии и педиатрии, №5, 2006. – С. 5-9.

СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ И ИХ

Репозиторий ГрГМУ

ПРОИЗВОДНЫЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ИХ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Драгун М.Н., Гурневич Е.Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель - профессор И.И.Климович

Рост заболеваемости ЖКБ и ее осложнениями, в частности, острым калькулёзным холециститом, обуславливает актуальность поиска более оптимальных методов лечения этих больных. Течение данных заболеваний часто сопровождается возникновением осложнений, связанных с развитием цирроза, печеночной недостаточности и энцефалопатии. В патогенезе последних аминокислотам и их производным отводится особое место. Очевидно, что наличие сведений, характеризующих аминокислотный баланс в плазме крови позволило бы оптимизировать существующие лечебно-диагностические программы, пред- и послеоперационную тактику лечения больных острым калькулёзным холециститом. Целью исследования было охарактеризовать аминокислотный фонд плазмы крови у больных острым холециститом при поступлении больных и на этой основе обосновать необходимость целенаправленной метаболической коррекции аминокислотами, улучшающую результаты лечения. В исследование включены 59 больных острым холециститом в возрасте до 30 лет – 4, 30-49 лет – 18 и старше 50 лет – 37, мужчин – 11, женщин – 48, Контрольную группу составили 31 больной (паховые грыжи), поступившие для планового оперативного лечения.

Определение свободных аминокислот и родственных соединений проводили с помощью автоматического анализатора аминокислот Т339М (Чехия).

При поступлении ряд показателей, характеризующих фонд свободных аминокислот плазмы крови, у больных острым

Репозиторий ГрГМУ

калькулёзным холециститом, достоверно отличался от таковых у практически здоровых лиц. Так, у больных острым холециститом были снижены концентрации таурина, мочевины, треонина, серина (здесь и далее – только изменения, расцениваемые как достоверные с учетом значений t-теста, различия дисперсий и значений медианного теста Краскелла-Уоллиса), глутамата, глутамина, аланина, цистатионина, фенлилаланина, бета-аланина, этаноламина, аммиака, мочевины, орнитина и гистидина. Преимущественной характеристикой аминокислотного дисбаланса у больных острым калькулезным холециститом можно считать обеднение аминокислотного фонда за счет гликогенных аминокислот. Уровни кетогенных аминокислот (лейцина и лизина) не отличались от контрольных. Характерно, что уровень таурина снижался на фоне неизмененных уровней предшественников (цистина и цистеиновой кислоты).

Это может иметь значение для разработки способов направленной метаболической коррекции при хирургическом лечении.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ АНГИОМИОЛИПОМЕ ПОЧКИ

Дрогайцева Д.В., Войтехович В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н. Н.А.Нечипоренко

Цель работы. Уточнение частоты ангиомиолипомы (АМЛ) почки среди всех опухолей паренхимы, оценка информативности УЗИ, рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике АМЛ почки и обоснование тактики ведения больных с АМЛ почки.

Материал и метод исследования. Проведен анализ результатов обследования, методов лечения и диспансерного наблюдения 100 пациентов с АМЛ почки.

Репозиторий ГрГМУ

Результаты исследования. АМЛ почки составляет 9,3% среди всех пациентов с опухолями паренхимы почки в Гродненской области.

Типичные местные симптомы опухоли почки имели место у больных с АМЛ диаметром 5 см и более.

УЗИ является наиболее доступным и весьма информативным методом диагностики АМЛ, благодаря специфическим акустическим признакам этой опухоли – округлый однородно-гиперэхогенный узел в паренхиме почки с четкими границами. Диагностическая чувствительность и специфичность УЗИ в выявлении АМЛ почки составляет соответственно 87,9 и 96,1%.

РКТ и МРТ обладают наибольшей диагностической чувствительностью и специфичностью в выявлении АМЛ почки. Эти показатели соответственно составляют при РКТ 100,0 и 96,1% и при МРТ 95,0 и 100,0%, поскольку эти методы визуализации позволяют выявить жировую ткань в структуре опухоли – характерный признак АМЛ.

Использование перечисленных методов визуализации почки только в 12 случаях из 98 (когда опухоль почки была выявлена методом УЗИ, МРТ или РКТ) не позволило исключить почечно-клеточный рак почки до операции.

При выборе тактики ведения больных с АМЛ почки предлагается учитывать размеры опухоли и клинические проявления заболевания, возраст пациентов, локализацию опухоли и скорость роста в случаях первоначально избранной тактики наблюдения за опухолью.

Оперировано 62 человека, от операции отказались 17 и 23 рекомендовано динамическое наблюдение за опухолью. Органосохраняющая операция (ОСО) в виде секторальной резекции почки или резекции полюса почки выполнена 52 пациентам и нефрэктомия, в силу поражения опухолью двух смежных сегментов почки, выполнена в 10 случаях. При выполнении ОСО использовались способы ушивания раны почки, разработанные на курсе урологии

Репозиторий ГрГМУ

ГрГМУ.

Все пациенты хорошо перенесли вмешательства и выписаны домой. За всеми проводится диспансерное наблюдение. При наблюдении за пациентами признаков рецидива опухоли нет. Функция оперированной почки через год после операции нарушена у 3-х человек, у остальных функция оперированной почки не отличается от таковой до операции.

Выводы: 1. Ангиомиолипома составляет 9,3% среди всех опухолей паренхимы почки.

2. Ультразвуковое исследование является наиболее доступным и весьма информативным методом диагностики ангиомиолипомы почки. Наибольшей диагностической значимостью в выявлении АМЛ почки отличаются РКТ и МРТ.

3. Тактика ведения больных с АМЛ почки после установления диагноза определяется размерами опухоли, возрастом больных, клиническими проявлениями заболевания. В процессе наблюдения за пациентами с АМЛ почки тактика определяется скоростью роста опухоли.

4. Органосохраняющая операция является оптимальным методом лечения ангиомиолипомы почки.

МЕТОДИКА КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЛЬФАКТОМЕТРИИ В ИССЛЕДОВАНИИ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ АНАТОМИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И НАРУШЕНИЕМ ОБОНЯНИЯ

Дубровская Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии

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

Нарушения обоняния могут быть симптомами серьезных патологий со стороны полости черепа. Поэтому раннее их выявление вносит неоценимый вклад в диагностику многих заболеваний. В настоящее

Репозиторий ГрГМУ

время не существует четкой единой методики количественной оценки обоняния.

Целью данной работы является разработка методики количественной оценки обоняния с использованием упрощенного ольфактометра.

Методика. Принцип данной методики предложен Эльсбергом и Леви. Мы, в отличие от данных авторов, для исследования обоняния использовали ольфактометр, состоящий из банки емкостью 200 мл, герметично закрывающейся пробкой. В пробку установили хлорвиниловую трубку диаметром 4 мм и длиной 20 см и удлиненную иглу, опускающуюся в пахучий раствор. В банки заливали по 100 мл раствора Tincturae Valerianae с разными концентрациями: 0,5%, 2%, 5%, 10%, 20% и 30%. Шприцем емкостью 10 мл в банку нагнетался воздух, который после прохождения через раствор поступал через трубку в полость носа пациента. Обследуемые поочередно помещали оливы от разных банок в каждую ноздрю и оценивали свои обонятельные ощущения от каждой концентрации запаха. Промежуток времени между исследованиями составлял 1 - 2 минуты. Оценка проводилась по 3-балльной шкале: 0 баллов – запах не ощущается; 1 балл – запах ощущается, но не идентифицируется; 2 балла – запах ощущается, идентифицируется как родственный запах; 3 балла – запах ощущается, идентифицируется правильно.

Результаты. По данной методике было обследовано 11 внешне здоровых пациентов. 5 студентов субъективно отмечали нормальное восприятие запахов. При оториноларингологическом обследовании у восьми обследуемых дыхание оказалось свободным, среди них выявлена патология носа у четырех человек (у одного – вазомоторный ринит и у четырех – искривление носовой перегородки)(1 группа).

У трех человек выявлено нарушение дыхания; у всех из них обнаружено искривление носовой перегородки, у 2-х выявлен вазомоторный ринит (2 группа).

Репозиторий ГрГМУ

В 1 группе у трех обследованных порог восприятия составил 3 балла. Средний показатель в группе составил 1,75±0,27 балла. Во 2 группе ни у одного из обследованных порог восприятия ни составил 4 балла. Средний показатель в группе составил 0,67±0,45 балла. Погрешность объясняется малым количеством обследованных во второй группе.

Выводы. 1. Предложенная методика количественной ольфактометрии достоверна, доступна к использованию в любых медицинских учреждениях.

2. Нарушение дыхания достоверно снижает обоняние.

3. Наличие анатомических дефектов не влияет на функцию обоняния, при условии, что носовое дыхание не затруднено.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Дубровщик А.В., Янковская А.Г., Патонич В.А., Жимайло А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор О.И.Дубровщик

В настоящее время отмечается увеличение больных деструктивными формами острого панкреатита (ОП), на долю которого приходится 18,4-32,4%. Летальность остается достаточно высокой – 7-12% - общая и 35-85% - при инфицированных панкреонекрозах.

Представляло интерес провести анализ результатов лечения больных с панкреонекрозами и оценить возможности профилактики и коррекции полиорганной недостаточности. В клинику общей хирургии с 1999г. по 2006г. госпитализировано 2652 больных панкреатитом. Хронический панкреатит (ХП) диагностирован у 1059 (39,9%), острый у 1593 (60,1%), при этом 99 (6,2%), из них лечились по поводу острого панкреонекроза (ОПН). При анализе историй болезни установлено, что мужчин было – 84 (84,8%), женщин 15 (15,2%) в возрасте от 28 до 84

Репозиторий ГрГМУ

лет. В стадии асептического некроза лечилось 70 (70,8%) больных, в стадии инфицированного панкреонекроза 29 (29,2%). Комплексное лечение ОПН в фазе токсемии проводится с учетом полиэтиопатогенетического характера панкреонекроза, в связи с чем проведен анализ причин развития этой тяжелой патологии. Установлено, что среди пациентов пожилого и старческого возраста основной причиной ОПН явилась желчекаменная болезнь (ЖКБ) и ее осложнения (23,2%), у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов (76,8%). Успех лечения больных с ОПН зависит от сроков госпитализации: до 24 часов от начала заболевания поступило 23 (23,3%), до 48 часов – 34 (34,3%), и позже 48 часов – 42 (42,4%).

Все больные госпитализированы в отделение реанимации для проведения интенсивной консервативной терапии. Для устранения болевого синдрома использовали анальгетики, наркотики, спазмолитики. Всем пациентам производили субксифоидальные или параумбиликальные блокады, у 78 (78,8%) выполнены пролонгированные перидуральные блокады. Экстракорпоральные методы детоксикации включали: УФОК (86), ВЛОК (213), гемосорбций (с/2), плазмаферезы (15), гемофильтраций (8) (с 2002г.). Снижение секреторной активности поджелудочной железы достигалось применением овомина, гордокса, контрикала, сандостатина и др. Проводили профилактику и лечение гнойных осложнений (антибактериальная терапия), коррекцию иммунной недостаточности, воздействие на кислотообразующую и ферментативные реакции желудка, заместительную терапию органных дисфункций (ИВЛ, инотропная поддержка, парентеральное питание). У 59 больных острым геморрагическим панкреонекрозом и ферментативным перитонитом выполнена лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, с последующим перитониальным лаважем; у 40 из них, с желчной гипертензией и

Репозиторий ГрГМУ

симптомами механической желтухи, выполнено чрезкожное чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ контролем и у 28, дополнительно, произведена пункция и дренирование жидкостных образований в сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке. Показания к лапаротомии, в связи с инфекционными осложнениями, возникли у 29 (29,3%) больных. Объем оперативных вмешательств включал: вскрытие и дренирование гнойников, удаление свободно лежащих секвесторов поджелудочной железы, марсупиализацию и дренирование гнойных полостей и сальниковой сумки. Отдельно, по показаниям, дренировали парапанкреатическую и забрюшинную клетчатку. У 13 из них операция была завершена формированием лапаростомы. Общая летальность при остром панкреонекрозе составила 26,4%, из 29 пациентов с инфекционными осложнениями панкреонекрозом умерло 11, послеоперационная летальность составила – 37,3%.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСК ВОЗРАСТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Дубровщик А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор О.И. Дубровщик;

зав. отделением анестезиологии и реаниматологии Г.Б.Брейдо

В задачи анестезиолога при ЛХЭ у пациентов пожилого и старческого возраста входит минимизация интра- и послеоперационных осложнений, провоцируемых особенностями данного вида операций состоящих в следующем: положительном давлении в брюшной полости, перераспределении крови, ограничении экскурсионной способности легких, компрессии сердца в сочетании с уменьшением притока крови, охлаждении большой поверхности

Репозиторий ГрГМУ

брюшной полости, резорбции углекислого газа. В клинике общей хирургии за последние 5 лет выполнено 710 ЛХЭ у пациентов старше 50 лет. Распределение больных по степени анестезиологического риска (по ASA) и возрасту было следующим: II ст. – 223 (50-60 лет), 67 (61-70 лет), 9 (71-75 лет); III ст. – 138 (50-60 лет), 178 (61-70 лет), 54 (75-80 лет) и 5 старше 80 лет; IV ст. – 5 (50-60 лет), 4 (71-75 лет), 9 (75-80 лет). Всем больным вводили профилактические дозы фракционированного гепарина, проводили однотипную премедикацию, включающую холинолитики, антигистаминные препараты и наркотические анальгетики. Для вводного наркоза применяли гексенал и тиопентал натрия. Миоплегия поддерживалась введением релаксантов, деполяризующего и антидеполяризующего действия в дозе 1,5-2 мг/кг и 0,4-0,5 мг/кг соответственно. Во время операции проводили кардиомониторинг, пульсооксиметрию, капнометрию. Обезболивание проводили фентанилом в дозе 6 мг/кг/ч, а при гиподинамическом типе кровообращения дополнительно фракционно использовались микродозы калипсола (по 25 мг). Торможение вегетативных реакций достигалось использованием бензодиазепинов, клофелина, дроперидола и др. Мы отказались от ранее применяемой гипервентиляции считая ее некорректной из-за увеличения периферического сосудистого сопротивления и возможного развития ишемических поражений мозга. Нами принята к исполнению нормовентиляция под обязательным цифровым мониторингом дыхательных газов (полузакрытый контур с натронной известью и подачей расходного газа в пределах 3л/мин). Соотношение закиси азота и кислорода менялось в зависимости от способности организма больного поддерживать уровень сатурации. В раннем послеоперационном периоде выполняли продленную вспомогательную (в течении нескольких часов) ИВЛ, при этом декураризация не проводилась по причине токсичности прозерина и возможной провокации дополнительных осложнений. Послеоперационное

Репозиторий ГрГМУ

обезболивание проводилось неспецифическими противовоспалительными препаратами в сочетании с трамалом и синтетическими антагонистами-агонистами опиатных рецепторов. От назначения наркотических анальгетиков отказались из-за депрессивного действия их на дыхательный центр, способности провоцировать рвоту и спазм желчевыделительного сфинктера.

Таким образом, принятая в стационаре методика отбора больных с высоким риском для плановых ЛХЭ, методы подготовки к операции, анестезиологическое пособие соответствуют степени хирургической агрессии на данном этапе оснащения анестезиологической службы. Однако для дальнейшего расширения показаний к плановому оперативному лечению пациентов пожилого и старческого возраста у больных с сопутствующими органными дисфункциями необходимо внедрение более чувствительных методов диагностики, мониторинга, более управляемых анестетиков, менее агрессивных аппаратов ИВЛ, лифтинговых методов исполнения оперативных вмешательств.

ИЗМЕНЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МИНУТЫ КАК ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕСИНХРОНОЗА ПРИ ПЕРЕВОДЕ ЧАСОВ

Дудинский А.К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент О.А. Балбатун

Индивидуальная минута отражает психофизиологическое состояние организма и ее величина пропорциональна степени эмоционального напряжения. Длительность индивидуальной минуты коррелирует с изменениями сомато-вегетативных показателей и поэтому может использоваться при оценке возможностей адаптации организма. Целью данного исследования являлось изучение изменения длительности индивидуальной минуты при переводе часов с зимнего

Репозиторий ГрГМУ

на летнее время.

В исследовании приняли участие 36 студентов 2-4 курсов ГрГМУ в возрасте от 18 до 27 лет, не имеющие отклонений в физическом развитии. У всех испытуемых проводили психологическое тестирование. При помощи теста Айзенка (EPI) определяли степень нейротизма и экстра-интраверсии. Длительность индивидуальной минуты определяли по Моисеевой Н.И. (1989 г.). Измерения проводили на протяжении 6-ти недель, в воскресенье, в 8^{00}. В последующем производили статистическую обработку результатов: подсчитывали среднее значение показателя и его стандартную ошибку ($M \pm m$), проводили корреляционный анализ.

Длительность индивидуальной минуты до перевода часов составила: 2 недели до перевода часов – 63,9±2,43 с; 1 неделя до перевода часов – 63,6±1,87 с. Перевод часов вызвал статистически достоверное укорочение индивидуальной минуты до 55,5±1,53 с по сравнению с данными 1-ой и 2-ой недель до перевода часов ($p<0,005$). Затем происходило постепенное восстановление длительности индивидуальной минуты: 1 неделя после перевода часов – 61,1±1,59 с; 2 неделя после перевода часов – 61,8±1,64 с; 3 неделя после перевода часов – 59,8±1,44 с. Обнаружена слабая отрицательная корреляция между степенью экстра-интраверсии испытуемых и длительностью индивидуальной минуты на 3-ей неделе после перевода часов ($r=-0,38$; $p<0,05$). Не обнаружены достоверные корреляционные связи между степенью нейротизма студентов и изменением длительности индивидуальной минуты при переводе часов.

У взрослых здоровых лиц индивидуальная минута - достаточно стойкий показатель, в то время как у людей с пониженной адаптацией она значительно уменьшается. Например, у суицидентов обнаружены очень низкие значения индивидуальной минуты: от 22 до 35 секунд (Самохина Т.В., 1980). Низкие величины индивидуальной минуты

Репозиторий ГрГМУ

выявлены также у людей с проявлениями напряжения адаптации и, особенно, с начальными признаками срыва адаптации, у лиц со стойкими системно-деструктивными расстройствами (онкология, ишемическая болезнь сердца). Таким образом, нарастание тревожности ведет, как правило, к укорочению индивидуальной минуты, переоценке времени. Учитывая выраженное, статистически достоверное укорочение индивидуальной минуты сразу после перевода часов с зимнего на летнее время, можно утверждать, что перевод часов вызывает развитие десинхроноза и повышение напряженности функционирования организма. Измерение длительности индивидуальной минуты может использоваться в качестве критерия оценки степени развития десинхроноза при переводе часов и планировании возможных профилактических мероприятий.

НАРУШЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Дудук С.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биохимии

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

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) составляют до 50 % от всех травм среди населения трудоспособного возраста. Для клиницистов главным (часто субъективным) критерием оценки степени тяжести ЧМТ является длительность потери сознания. Вместе с тем, клиническая картина ЧМТ и состояние пациента могут не отражать тяжести имеющихся повреждений. Тем не менее, ЧМТ сопровождается существенными повреждениями нейронов и нарушением их функций, как на уровне психической деятельности человека, так и на уровне вегетативных расстройств. В связи с этим для оценки тяжести поражения головного мозга при ЧМТ актуальным является поиск

Репозиторий ГрГМУ

объективных критериев, которыми могут служить биохимические показатели.

Нами была проанализирована литература, касающаяся биохимических изменений в ткани мозга при закрытой ЧМТ. Тяжесть повреждения мозга при ЧМТ обусловлена не только механическим воздействием на ткань, но и теми патологическими реакциями, которые развиваются в результате травмы и приводят в дальнейшем к вторичным функциональным и структурным повреждениям нейронов, усугубляя последствия травмы. В остром периоде ЧМТ морфологическая патология не визуализируется; все изменения происходят на молекулярном уровне. В повреждении мозга после травмы принимает участие ряд факторов, среди которых главными являются нарушение микроциркуляции, ишемия и гипоксия ткани. Следствием сниженного поступления кислорода в клетку и нарушением его использования является резкое расстройство энергетического обмена.

При закрытой ЧМТ в головном мозге снижается уровень глюкозы, гликогена (как резервного источника энергии), креатинфосфата (как наиболее легко мобилизируемого макроэрга). В результате гипоксии, нарушения структурной целостности митохондрий и снижения активности ферментов цикла Кребса основным путем образования энергии становится анаэробный гликолиз. Об этом свидетельствует повышение концентрации лактата и пирувата в мозге. Снижение интенсивности окислительных процессов при ЧМТ подтверждается данными об угнетении активности дегидрогеназ мозговой ткани. Эти изменения сохраняются в течение 4 суток после травмы.

Установлено, что при ЧМТ изменяются концентрации специфических субстратов мозга (N-ацетил-L-аспарагиновой кислоты, цистатионина и гомокарнозина), которые связаны с функциональной деятельностью нейронов. Одним из патогенетических факторов в прогрессировании повреждения нейронов при ЧМТ является

Репозиторий ГрГМУ

чрезмерная интенсификация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Несмотря на активацию антиоксидантной защиты, в частности, повышение активности супероксиддисмутазы и каталазы, происходит нарушение интенсивности свободнорадикального окисления.

В клинике о состоянии мозга при острой ЧМТ можно судить по изучению промежуточных и конечных продуктов энергетического обмена в ткани, а также по исследованию спинномозговой жидкости и крови, притекающей к мозгу и оттекающей от него. Четко прослеживается нарастающая продукция мозгом молочной кислоты при падении выделения CO_2. По содержанию лактата в ликворе можно судить о нарастающем лактоацидозе ткани мозга.

Литература:

1. Виноградова И. Н., Снигирев В.С. // Вопр. нейрохир. - 1994. - №1. -С. 42-44.
2. Промыслов М И.//Обмен веществ и его регуляция при ЧМТ. – М.: Медицина, 1984.

СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕОНАТИЦИДА (УБИЙСТВА МАТЕРЬЮ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА)

Дудук С.Л.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент В.А.Карпюк

Убийство матерью новорожденного ребенка относится к категории «привилегированных» преступлений, когда убийство не исключает уголовной ответственности, но было совершено при смягчающих обстоятельствах.

При рассмотрении уголовного дела об убийстве матерью

Репозиторий ГрГМУ

новорожденного ребенка требуются специальные познания в психологии и психиатрии. С этой целью назначается КСППЭ. Без психологического анализа взаимодействия личности подэкспертной с предшествующей детоубийству ситуацией невозможно понять сам механизм правонарушения, дать ему адекватную экспертную оценку.

Целью настоящего исследования явилось определение социальных и психологических особенностей женщин, совершивших убийство своего новорожденного ребенка (период от рождения до 30 суток – педиатрический критерий новорожденности).

За период 2000-2006гг. из 9587 амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, проведенных на базе Гродненской СПЭ, в 10 случаях экспертной оценке подвергались женщины, обвиняемые в убийстве новорожденного. На основании заключений соответствующих экспертиз были проанализированы данные психического, соматического, наркологического, экспериментально-психологического обследования, некоторые аспекты социального анамнеза обвиняемых, особенности отдельных следственных ситуаций, материалы уголовных дел.

Результаты и обсуждение: Средний возраст женщин, совершивших детоубийство, составил 26 лет. У всех 10 обвиняемых наследственность психопатологически не отягощена, не было судимостей и административных взысканий, физическое и неврологическое состояние в норме. Большинство женщин (70%) выросли в неполных семьях. Две получили среднее, 6 – среднее специальное (в т.ч. 1 – медицинское) образование, две закончили вспомогательную школу ввиду психической патологии. Ни одна женщина в медицинские учреждения по вопросу прерывания беременности не обращалась. Методы детоубийства: удушение веревкой или пуповиной, множественные удары, ожог углями с отравлением угарным газом, переохлаждение, утопление. Три младенца остались живы благодаря обстоятельствам, не

Репозиторий ГрГМУ

обусловленным поведением матери. Все дали признательные показания, у всех в планах на будущее – семья и дети.

Психиатры-эксперты констатировали сохранность способности обвиняемых сознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В четырех случаях было проведено экспериментально-психологическое обследование, причем дважды – повторно. Помимо классического набора методик оценивались данные характерологического опросника Леонгарда-Шмишека, цветового теста Люшера, FPI. Предродовый личностный конфликт имел место у двух женщин из 10 (доминирование авторитарного стиля поведения матери – вербальная и физическая агрессия – угрозы со стороны отца ребенка, комплекс вины и стыда за внебрачную связь), но этот конфликт не достиг уровня аффектогенной мотивации, ограничивающей осознавание женщиной значения своих действий. Поэтому ситуация, вызванная родами, ни в одном из рассматриваемых случаев не явилась психотравмирующей.

Изучение личностных характеристик женщин, совершивших убийство новорожденного ребенка вне психотравмирующей ситуации и в состоянии психического здоровья, требует более детального анализа социальных факторов развития личности, особенностей взаимодействия с окружающими, эффективности копинг-стратегий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА КАВИНТОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ОТМЕНЫ

Епитропова В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии с курсом общей психологии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Э.П. Станько

Проблема выраженного алкогольного синдрома отмены, развития острых психотических расстройств вследствие употребления алкоголя

Репозиторий ГрГМУ

продолжает оставаться в центре внимания врачей-наркологов и отечественных исследователей. Это обусловлено огромным количеством больных с алкогольной зависимостью, частотой алкогольных психозов и высокой смертностью больных, поступающих в состоянии алкогольного психоза. Если больным с синдромом отмены легкой или средней тяжести врачебную помощь можно оказать в амбулаторных условиях с минимальным объемом терапевтического вмешательства, то больные с выраженным синдромом отмены требуют неотложной госпитализации. При этом вопросы терапевтической тактики, инфузионной терапии, дозы используемых медикаментозных средств, возможность и целесообразность применения отдельных препаратов для купирования выраженного состояния отмены и профилактики развития острых алкогольных психозов остаются спорными. Целью исследования явилось изучение терапевтической эффективности препарата *кавинтон* при лечении выраженного синдрома отмены вследствие злоупотребления алкоголем.

Материалы и методы. Произведена обработка 40 медицинских карт стационарного больного – пациентов с алкогольной зависимостью, находящихся на стационарном лечении в отделении интенсивной терапии ГОКЦ «Психиатрия-наркология» в период с 10.09. по 10.12.2006г. Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический. С целью оценки выраженности синдрома отмены и эффективности проводимой терапии нами разработана карта, включающая 24 квалифицированных признака синдрома отмены, основанных на диагностических критериях МКБ-10 и ранжированных по степени выраженности от 0 до 4 баллов. Также для контроля за эффективностью проводимого лечения в работе использована Шкала общего клинического впечатления (CGI).

Результаты исследования. В ходе исследования обследовано 40 больных мужского пола в возрасте от 30 до 50 лет с выраженным синдромом отмены, клиническая картина которого сопровождалась

Репозиторий ГрГМУ

транзиторными зрительными, слуховыми иллюзиями и галлюцинациями. Число респондентов опытной (I группа) и контрольной (II группа) групп было одинаковым (20 пациентов). Объем терапевтического вмешательства для больных I и II групп проводился в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 466 от 19 августа 2005 года «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь». Наряду с использованием бензодиазепинов, больным I группы назначался *кавинтон* в дозе 10 мг внутривенно капельно, один раз в день на протяжении 3-х дней с последующим пероральным приемом в дозе 10 мг 3 раза в день в течение 5 – 7 дней. Установлено, что у больных I группы по сравнению с больными II группы на 1-2 дня раньше редуцировались такие симптомы, как головная боль, чувство тяжести в голове, выраженная истощаемость, раздражительность и напряженность, затруднение концентрации внимания, гиперестезия, парастезии, мнестические расстройства, бессонница, психомоторное возбуждение, явления деперсонализации и дереализации, транзиторные иллюзорно-галлюцинаторные переживания ($p<0,05$).

Выводы. Использование кавинтона при проведении комплексной терапии у больных с выраженным алкогольным синдромом отмены ускоряет редукцию психических и некоторых соматовегетативных симптомов синдрома отмены. Терапевтический эффект кавинтона значительно выражен при его использовании в комбинации с другими психотропными препаратами в лечении синдрома отмены вследствие употребления алкоголя.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАКА ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ В 1 ОТДЕЛЕНИИ ГРОПБ С 1997 ПО 2001 И С 2002 ПО 2006ГГ.

Ефименко А.С., Красько Ю.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель - к.м.н., ассистент И.Я.Лагодская

По данным ВОЗ в мире ежегодно возникает 680тыс. новых случаев рака желудка(РЖ).Несмотря на то, что в последние годы существует тенденция к уменьшению частоты РЖ, в большинстве стран по показателям заболеваемости и смертности РЖ прочно удерживает второе место среди онкологических заболеваний. К тому же, настораживает то, что каждый 2-3 больной поступает в стационар в четвёртой стадии процесса и независимо от характера лечения в течение 5 лет после установления диагноза РЖ погибает до 85% больных. При этом выживаемость больных РЖ после оперативного лечения чаще не превышает 4-6 месяцев.

Целью данного исследования явился клинико-анатомический анализ наблюдений случаев смерти за 2002-2006 годы и сравнение полученных данных с аналогичными за 1997-2001 г.

Материалами исследований послужили протоколы вскрытий и выписки из историй болезней умерших от рака желудка.

Сравнительный анализ РЖ в г.Гродно с 1997 по 2001гг. и с 2002 по 2006гг.

	Признаки	1997-2001г	2002-2006
1	Общее число умерших от РЖ	67	46
2	Возраст (преимущественно) - мужчины	60-69 лет – 26 сл.	70-79 лет – 10 сл.
	- женщины	70-79 лет – 20 сл.	70-79 лет – 9 сл.

Репозиторий ГрГМУ

3	Преимущественная локализация опухоли Антральный и пилорический отделы желудка	36 сл.	21 сл.
	Тело желудка	14сл.	10сл.
4	Макроскопические формы опухоли Экзофитно-экспансивный рост	36 сл.	22сл.
	Эндофитный	31сл.	20сл.
5	Гистологические формы РЖ Аденокарцинома	35 сл.	16 сл.
	Недифференцированный рак	33 сл.	22 сл.
6	Наиболее частые осложнения: кахексия, анемия	51 сл.	34 сл.
	Кровотечения из распадающейся опухоли	12 сл.	3 сл.
	Пневмония	30 сл.	6 сл.
	Перитонит	23 сл.	10 сл.

Таким образом, сравнительный клинико-анатомический анализ РЖ у жителей г. Гродно по данным аутопсий свидетельствует :

1) о снижении количественных и относительных показателей частоты РЖ;

2) возраст больных с данной патологией увеличился;

3) чаще стали встречаться опухоли с экзофитно-экспансивным ростом, локализованные в антральном и пилорическом отделах;

4) данной патологией чаще болеют мужчины, чем женщины.

Литература:

1. Стуконис М.К. Эпидемиология и профилактика рака.-Вильнюс: Москлас,1984г.- 163с.

Репозиторий ГрГМУ

2. Correa P., Chen V. W. Gastric cancer // Cancer Surveys. – 1994. – V. 20. – P. 55 – 76.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЕРИФИКАЦИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Желудок М. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В.Пронько

Актуальность проблемы гепатитов у детей связана с возросшей инфицированностью вирусами В и С, вирусом простого герпеса, высокой заболеваемостью и смертностью, риском развития тяжелой хронической патологии.

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности, структуры, путей заражения, клинических аспектов, особенностей течения и исходов гепатитов у детей.

Под нашим наблюдением находилось 82 ребенка с патологией печени. Мальчиков было 54, девочек - 28. Вирусный гепатит В (ВГВ) определялся у 9 больных, вирусный гепатит С (ВГС) – у 39, герпетический гепатит (ГГ) – у 17, цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ) – у 2, в 15 случаях этиология гепатита осталась неустановленной. Определяли уровень билирубина и его фракций, активность АлАТ и АсАТ, протромбиновый индекс, белковые фракции. При необходимости осуществлялось ультразвуковое сканирование печени и желчевыводящих путей. Этиологическая расшифровка осуществлялась определением серологических маркеров гепатита В (HbsAg, анти-HBc IgM), ВГС (анти-HCV IgM), герпетической и цитомегаловирусной инфекции (анти-CMV IgM и IgG). Одновременно обследовались родители.

При ВГВ симптомы поражения печени были значительно выражены. Явления интоксикации проявлялись вялостью, беспокойством, снижением аппетита. У всех больных отмечалось

Репозиторий ГрГМУ

увеличение печени, селезенка была увеличена у 55,6% больных. Отмечалась высокая билирубинемия и гиперферментемия, активность АлАТ была увеличена в 6-8 раз. Диспротеинемия проявлялась повышением β- и γ-фракций глобулинов. При ультразвуковом сканировании выявлено увеличение размеров печени, чаще за счет правой доли, повышение эхогенности паренхимы.

За наблюдаемый период отмечается постепенное увеличение количества больных гепатитом С. Чаще ГС болели дети старшего возраста: от 7 до14 лет – 27 больных (69,2 %). Хроническая HCV инфекция у большей половины больных протекала латентно без яркой клинической картины, не отмечалось отчетливого начала заболевания. Больные поступали в клинику в связи с длительной гепатоспленомегалией и умеренной гиперферментемией. Лишь у одного больного отмечалось повышение билирубина крови, в остальных случаях цифры билирубина оставались в пределах нормы. Активность АлАТ была повышена в 2-4 раза. УЗИ печени обнаружило эхо-признаки уплотнения по прослойкам глиссоновой капсулы, утолщение стенки желчного пузыря у 58,9 % больных. При параллельном обследовании с детьми у двух матерей были выявлены антитела к вирусу ГС, одна мать страдала ВГС. Клиническая картина гепатита у больных ЦМВ-инфекцией характеризовалась желтухой, геморрагическим синдромом и гепатоспленомегалией. Геморрагический синдром проявлялся в виде петехий и экхимозов, кровотечениями из мест инъекций.

Таким образом, клинические проявления и исходы гепатитов были различны в зависимости от этиологии и механизма инфицирования. У большинства детей первые признаки поражения печени выявлены в неонатальном периоде. Для уточнения этиологии хронических гепатитов решающее значение имело определение маркеров гепатитов; клинико-лабораторные показатели позволяли определить тяжесть течения и активность патологического процесса в печени.

Репозиторий ГрГМУ

Своевременность верификации обеспечивает возможность рациональной этиопатогенетической терапии (циклоферон, препараты интерферона, ацикловир и др.). После купирования активности патологического процесса дети нуждаются в тщательном и длительном катамнестическом наблюдении в связи с частой и достаточно быстрой их трансформацией в цирроз печени, а также для решения вопроса о прогнозировании исхода заболевания и назначении адекватной терапии.

ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ РАКУРС

Жерносек О.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., профессор Л.И.Лукьянова

Вопросы полового воспитания и сексуального образования в последнее время приобрели особую актуальность не только в связи с участившимися случаями заболеваний, передающимися половым путем, феноменом подросткового материнства и т.п., но и отсутствием стандартных образовательных программ и специалистов, способствующих формированию полового самоохранительного поведения и сексуальной культуры. Данные проблемы решают многие специалисты в рамках своей профессиональной деятельности (акушеры-гинекологи, дерматологи, педиатры, участковые терапевты, социологи, социальные работники, преподаватели образовательных учреждений и др.).

Под половым воспитанием принято понимать «процесс, направленный на выработку качеств личности, позволяющих провести собственную половую идентификацию и выработать необходимое поведение человека и представителя другого пола на всех этапах его жизнедеятельности. Половое воспитание включает пропаганду

Репозиторий ГрГМУ

определенных взглядов на взаимоотношения между мужчинами и женщинами, привычек, вкусов, связанных с данными взглядами и учитывающих этнические и национальные особенности» [1, с. 103].

В этом контексте проблема полового воспитания сегодня стоит как никогда остро. Это связано с недостаточно систематизированными программами по половому воспитанию, отсутствием данного предмета в структуре образования, а также изобилием недостоверной, противоречивой, а порой даже абсурдной информации о половых отношениях. И как результат недостаточной просветительной работы – высокое число абортов, ранние беременности, высокая частота заболеваемости ИППП среди подростков.

Принимая во внимание данные факты, мы провели 2 социологических опроса. В ходе первого были опрошены 150 человек в возрасте от 14 до 55 лет из различных социальных групп, а в ходе второго соцопроса – 120 студентов медицинского ВУЗа, в возрасте от 17 до 28 лет. В структуре высшего медицинского образования предусмотрены такие курсы, как акушерство и гинекология (где подробно изучаются контрацепция, влияние абортов и ранних беременностей на организм женщины), психология (где рассматриваются проблемы взаимоотношения полов), а также «Курс сексологии, сексопатологии». Поэтому студенты медицинских ВУЗов являются наиболее просвещёнными в вопросах полового воспитания. Данное утверждение подтверждается результатами сравнительного анализа двух соцопросов. Количество абортов: студентки медунивера – 2 на 100 женщин, среди женщин не медиков – 9 на 100 женщин. Положительно к абортам относится лишь 2 % студентов, в то время как не медики, благосклонные к аборту, составляют 13 %. Как наиболее использующийся контрацептив - презерватив - указывают 85, 3 % медиков, не медиков - 68, 2 %, а прерванный половой акт более распространён среди лиц без медобразования (медики – 17, 3 %, не медики – 37, 1 %).

Репозиторий ГрГМУ

Учитывая вышеизложенные факты, можно сделать вывод о высокой значимости полового просвещения среди молодёжи, необходимости введения спецкурсов по изучению вопросов интимной гигиены, контрацепции, техники половой жизни и др. не только в высшей, но и в средней школе. К моменту полового созревания дети должны знать особенности физиологических, интимных отношений мальчиков и девочек, а также быть информированы об изменениях, которые начнут происходить во время полового созревания.

Литература:

1. Резер Т.М. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования // Социс. 2003. С. 102-107.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Жерносек О.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научный руководитель - ассистент А.Н.Мельников

ВИЧ-инфекция широко распространена в мире, наносит огромный экономический ущерб и приводит к развитию большого количества осложнений, часто переходит в клиническую стадию – СПИД, с наступающей в разные сроки заболевания смертью больных. На сегодняшний день отсутствуют эффективные методы лечения, и больные должны пожизненно принимать противовирусные препараты.

Не вызывает сомнения тот факт, что у всех без исключения людей, заразившихся ВИЧ, возникают различные психосоциальные проблемы, а часто и психопатологические нарушения. Но в настоящее время практически все проблемы ВИЧ-инфекции, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой, рассматриваются преимущественно в рамках узко соматического подхода. Имеющиеся аффективные нарушения значительно затрудняют диагностику,

Репозиторий ГрГМУ

отягощают клиническое течение, способствуя снижению эффективности проводимой терапии, и отрицательно влияют на прогноз.

В большинстве случаев диагностика аффективных нарушений при ВИЧ-инфекции не проводится, и они, соответственно, не только не лечатся, но и не коррегируются. Причина такого положения дел заключается в том, что лёгкие и средней степени тяжести нарушения часто носят скрытный характер. Работ, изучающих особенности психической сферы у ВИЧ-инфицированных, крайне мало. В доступной литературе отсутствуют данные относительно применения психотерапии и психофармакотерапии у данной категории пациентов. Это и послужило причиной нашего интереса к данной проблеме.

Мы обследовали 28 человек с лабораторно диагностированной ВИЧ-инфекцией на асимптомной стадии болезни, находящихся в ИК 11 г. Волковыска. Использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии и шкала Гамильтона (HAM-D) для оценки депрессии, а также анамнестические и объективные данные. У 13 человек (46,4%) выявлены психические расстройства. Чаще всего мы диагностировали расстройство адаптации со смешанной тревожной и депрессивной реакцией – 30,8%. У 23,1% было выявлено смешанное тревожное и депрессивное расстройство, у 15,4% - расстройство адаптации с пролонгированной депрессивной реакцией. В структуре аффективных нарушений также генерализованное тревожное расстройство – 15,4%, депрессивный эпизод лёгкой тяжести без соматических симптомов – 7,7% и депрессивный эпизод средней степени тяжести без соматических симптомов – 7,7%.

В клинике аффективных нарушений преобладала соматическая и вегетативная симптоматика, а также беспокойство, снижение настроения, ожидание худшего, чувство вины, эмоциональная лабильность, раздражительность, постоянный страх за последствия заражения.

Репозиторий ГрГМУ

Таким образом, актуальность изучения психических расстройств и расстройств поведения, в частности, аффективной патологии у ВИЧ-инфицированных, а также возможности их коррекции и лечения, основываясь на общепринятых подходах применения комплексных методов терапии, совершенно обоснована и очевидна.

Врачи психиатрического профиля должны оказывать общую поддержку, медико-психологическую помощь ВИЧ-инфицированным, а также при необходимости обеспечивать и лечение имеющихся психопатологических нарушений.

АСКАРИДОЗ НА ТЕРРИТОРИИ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Жмакин Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – д.м.н., профессор В.М. Цыркунов

В течение последних 50 лет в Республике Беларусь произошло снижение заболеваемости гельминтозами. Показатели суммарной инвазированности населения гельминтами снизились с 12-14 тысяч до 6-8 тысяч на 100 тысяч населения. В 2005 году в Республике Беларусь выявлено 58344 больных, пораженных гельминтами, относящимися к 10 различным нозологическим формам, что составило 599,56 на 100 тыс. населения и уступило лишь показателям заболеваемости гриппом и ОРВИ (Г.Н. Чистенко, А.Л. Веденьков, 2006). Особую тревогу вызывает сохранение высокой частоты вовлечения детского населения.

Целью работы явилось изучение аскаридозной инвазированности различных возрастных групп населения г. Гродно и Гродненской области за 2004-2005 гг.

По возрасту обследуемые были разделены на 3 группы: от 0 до 6 лет, от 7-14 лет, старше 14 лет. Среди наблюдаемых было 65.4% городских и 34.6% сельских жителей.

Репозиторий ГрГМУ

В 2004-2005 году количество копроовоскопически обследованного населения, по данным Обл.ЦГЭ, составило 113334, из них выявлен аскаридоз в 1228 случаях. Полученные данные свидетельствуют о снижении заболеваемости аскаридозом населения области в 2005 году на 29.7% по сравнению с предыдущим годом. Снижение суммарного показателя отмечено на большинстве административных территорий области с интенсивностью от 0.6% (Гродненский район) до 45.5% (Корелечский район). Рост показателей зарегистрирован в Островецком – на 1.9%, Зельвенском – на 20%.

Из общего числа инвазированных гельминтами лиц на аскаридоз пришлось 8,2%. Превалировала возрастная группа от 0 до 14 лет – 72,3%. Увеличилось также количество случаев заболеваний аскаридозом среди городского населения по сравнению с сельским. Удельный вес городского населения, инвазированного аскаридозом, составил 65,4% (в 2004 – 60,8%). Снижение числа инвазированных по некоторым районам составило: по Волковысскому на 25,5%, Дятловскому – 20,8%, Мостовскому – 32.5%, Островецкому – 13,1%, г. Гродно - на 4,1%. В целом заболеваемость аскаридозом снизилась на 21,4%, однако в виду отсутствия плановой диагностики показатели пораженности населения в целом существенно не изменились.

Следует отметить, что на снижение заболеваемости аскаридозом повлияло то, что в анализируемый период времени был сокращен контингент лиц, подлежащих обследованию на гельминты по клиническим показаниям.

На наш взгляд, это решение требует пересмотра, в частности, в разделе уточнения контингента (клинических групп) детей с гастроинтестинальной, гепатобилиарной, легочной, аллергической патологией.

Литература:

1. Чистенко Г.Н., Заболеваемость паразитарными болезнями в Беларуси / Чистенко Г.Н. Веденьков А.Л. Витебск : ВГМУ, 2006. – 14 с.

Репозиторий ГрГМУ

2. Информационное письмо Обл.ЦГЭ о состоянии заболеваемости паразитарными болезнями за 2005 год и задачах на 2006 год: утв ГУ МЗ РБ ”Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья: текст по состоянию на 2 марта 2006 г. - Гродно. 2006 г. – 10 с.

ОЦЕНКА КОЖНОЙ РЕАКЦИИ НА ТУБЕРКУЛИН У ДЕТЕЙ, ИНВАЗИРОВАННЫХ АСКАРИДАМИ

Жмакин Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций.

Научный руководитель – д.м.н., профессор В.М. Цыркунов

Одним из наиболее распространенных гельминтозов является аскаридоз, который в силу особенностей миграционной стадии в организме человека способен вызвать существенные изменения в различных жизненно важных системах организма. Аскаридозная инвазия у детей может неблагоприятно влиять на формирование иммунного ответа при различных физиологических и патологических состояниях, включая период проведения у детей профилактической иммунизации. Одним из показателей оценки локальных механизмов клеточного иммунитета является реакция организма при проведении внутрикожного теста с туберкулином (проба Манту).

Целью работы явилось изучение показателей пробы Манту у детей различного возраста, инвазированных аскаридами.

Под наблюдением находились 2 группы детей в возрасте от 4 до 16 лет: 1 группа - 26 детей, инвазированных аскаридами, 2 группа (контрольная) - 26 здоровых детей. В каждой группе дети были разделены по подгруппам в зависимости от возраста: от 4 до 6 лет, от 7 до 9, от 10 до 12 и от 13 до 16. Для «чистоты» исследования и исключения влияния на показатели внутрикожной пробы из наблюдения были исключены дети, у которых документально

Репозиторий ГрГМУ

фиксировались какие-либо патологические состояния (болезни, реакции), способные изменить или повлиять на результат пробы. Все дети проживали примерно в одинаковых жилищных условиях и посещали общие дошкольные и средние школьные учреждения. Показатели пробы Манту были проанализированы в динамике по годам (1 группа - 3 года до выявления аскаридоза и в год выявления; 2 группа – 4 года подряд в те же сроки) по данным прививочных кабинетов детских поликлиник, которые посещали дети в течение последних 4 лет (2003-2006 гг.).

Результаты показали, что в обеих группах детей при 1, 2 и 3 исследовании количественный показатель кожной реакции имел тенденцию к уменьшению диаметра папулы ($P>0,05$), однако в год диагностики аскаридоза в 1 группе больных (фаза аскаридозной инвазии) данный показатель достоверно превышал аналогичный в контрольной группе ($P<0,05$).

Таким образом, оценка локальной реакция организма на внутрикожное введение туберкулина детям, инвазированным аскаридами, показала наличие у них активации механизмов клеточного иммунитета, что могло быть связано с действием токсико-аллергических компонентов аскарид. Данный тест может быть использован в качестве дополнительного диагностического приема, так как показатели кожной реакции у детей, инвазированных аскаридами и не имеющих данной патологии, не только отличаются между собой, но и имеют противоположную динамику в процессе постановки и учета пробы Манту.

С другой стороны, наличие размера папулы у 35% детей здоровой группы, превышающего средние показатели, не исключает наличие недиагностированной гельминтной патологии среди детей, отнесенных к «здоровым», так как данная группа детей в настоящее время не обследуется, проходя ежегодно превентивный курс дегельминтизации, к сожалению, без соответствующего лабораторного контроля.

Репозиторий ГомГМУ

КРОВОСНАБЖЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Журко А.И.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – д.м.н., профессор В.П.Юрченко

Желчный пузырь получает питание за счет пузырной артерии, отходящей в 83% случаев от правой печеночной артерии. Диаметр пузырной артерии колеблется от 1,2 до 1,8 мм, длина - от 0,5 до 4,7 см. Основной ствол артерии в области шейки делится на 2 ветви, идущие по верхней и нижней поверхности тела желчного пузыря. От основного ствола пузырной артерии, а при низком ее делении – и от ее ветвей, отходят тонкие сосуды, кровоснабжающие пузырный проток. Важное значение при оперативных вмешательствах на желчном пузыре имеет атипичный ход пузырной артерии, ошибки при перевязке последней могут привести к нежелательным осложнениям. Мы наблюдали отхождение пузырной артерии от собственно печеночной, левой печеночной и верхней желудочно-двенадцатиперстной артерий и наличие трех стволов: один - от правой печеночной и два - от общей печеночной артерий.

Кровоснабжение правого, левого и общего печеночных протоков в основном осуществляется от правой печеночной артерии и реже от общей печеночной и задней двенадцатиперстно-поджелудочной артерий. Правый печеночный проток получает кровоснабжение только от правой печеночной артерии. Левый печеночный проток получает кровоснабжение в 90% случаев от правой печеночной артерии и в 10% случаев к нему подходят ветви от левой печеночной артерии. При этом количество ветвей к левому печеночному протоку может варьировать от одной до четырех, чаще три. В случаях, когда проток кровоснабжается за счет левой печеночной артерии, от нее отходит

Репозиторий ГрГМУ

одна ветвь к левой части протока, а к правой подходят ветви от артерий, кровоснабжающих общий печеночный проток.

Общий печеночный проток в 80% случаев получает кровоснабжение за счет ветви правой печеночной артерии. Диаметр артерии - 0,2-0,3 мм. При параллельном ходе общего печеночного и пузырного протоков ветвь принимает участие в кровоснабжении последнего. Этот факт необходимо учитывать при выделении пузырного протока во время операции, так как возможно повреждение данной ветви, что может привести к нарушению кровоснабжения общего печеночного протока. В 11% случаев артерия к общему печеночному протоку начиналась от левой печеночной артерии. В 9% случаев артерия общего печеночного протока является ветвью общей печеночной артерии

Кровоснабжение общего желчного протока в основном (62%) осуществляется за счет задней верхней двенадцатиперстно-поджелудочной артерии. От нее отходят две ветви, идущие вдоль правой и левой стенок протока. Правая ветвь более крупная, ее диаметр колеблется от 0,4 до 0,6 мм. Она располагается чаще всего на расстоянии 0,33 $\pm$ 0,24 см от стенки протока. Направляясь снизу вверх, артерия отдает ветви к общему желчному протоку, которые подходят к нему перпендикулярно. Левая артерия меньшего диаметра (0,3 – 0,4 мм) идет вдоль левой стенки протока, вплотную прилегая к ней. В 20% случаев довольно крупная ветвь, отходящая от общей печеночной артерии, подходит с левой стороны к протоку и делится на восходящую и нисходящую ветви, которые располагаются вдоль левой стенки протока на расстоянии 0,3 см от нее. В 18% случаев кровоснабжение общего желчного протока осуществляется за счет мелких артерий, отходящих от общей, правой печеночной, желудочно-двенадцатиперстной и верхней поджелудочно-двенадцатиперстной артерий. Эти артерии в количестве от 8 до 12 подходят самостоятельно к левой стенке общего желчного протока. В кровоснабжении

Репозиторий ГрГМУ

панкреатической части общего желчного протока принимают участие верхняя задняя и нижняя задняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерии. Однако выделить самостоятельную ветвь, идущую к протоку, не удается.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ХОРД

Журов Е.М., Гуминская Т.Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент В.Н. Волков

Дополнительные (аномально) расположенные хорды (АРХ) желудочков относятся к малым аномалиям развития сердца. Одним из клинических проявлений АРХ является систолический шум, который служит показанием к назначению эхокардиографии (ЭхоКГ). Однако часть АРХ выявляются в виде случайных находок без шумовых феноменов.

Цель работы: изучение влияния морфологических характеристик АРХ и внутрисердечной гемодинамики на формирование систолического шума.

Материал и методы. Обследовано 1427 пациентов (средний возраст 35.2±0.5 лет, 42% мужчин) с помощью ЭхоКГ. Исследование проводилось по стандартной методике с оценкой морфологических характеристик АРХ (локализация, направление, длина и толщина). Оценка интенсивности систолического шума проводилась по отношению к I тону: высоко- (≥½ I тон), низкоинтенсивный (≤ ½ I тон) или его отсутствие.

Результаты исследования. У 540 пациентов (средний возраст 24.4 ±0.5 года, 41.7% мужчин) выявлены одиночные (89.6%) и множественные (10.4%) АРХ. В левом желудочке АРХ локализовались в 87.6% случаев, правом – 7.2%, обоих желудочках – 4.4%. АРХ

Репозиторий ГрГМУ

сочетались с пролабированием митрального (59.3%) и трикуспидального (3.2%) клапанов. Для дальнейшего анализа из группы пациентов с АРХ были исключены лица с сопутствующей патологией, характеризующейся сходной аускультативной картиной. Среди выделенных 339 пациентов у 62.4% выслушивался интенсивный систолический шум.

В группе пациентов с интенсивным систолическим шумом АРХ преобладали в области базального и базально-среднего отделов (5.8% vs. 38.8% и 4.8% vs. 11.5% соответственно), а без выраженной аускультативной симптоматики – в верхушечном и средне-верхушечном отделах (18.5% vs. 7.2% и 30.1% vs. 15.8% соответственно). Наилучшим ”звучанием” обладали более толстые (2.6 ±0.6 vs. 3.2±0.4 мм) и длинные (26.4±1.1 vs. 28.3±0.6 мм) хорды.

Анализ внутрисердечной гемодинамики показал, что интенсивность звучания определяется не только морфологией АРХ, но и тотальной сократительной функцией желудочка. В группе с интенсивным систолическим шумом показатели сократимости левого желудочка были достоверно выше: конечно-систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ) – 29.0±0.4 vs. 27.0±0.2 мм; степень передне-заднего укорочения (∆S) – 39.1±0.5 vs. 42.1±0.4 %; фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – 69.3±0.6 vs. 72.7±0.4 %.

Анализ методом классификационных деревьев позволил выявить зависимость интенсивности систолического шума от морфологических параметров дополнительных хорд и внутрисердечной гемодинамики и построить классификационную схему последовательных критериев: локализация (базальный и базально-средний отдел (36.9%, предиктор – 1.76)); сократимость (КСР ЛЖ ≤ 29.5 мм (39.8%, предиктор – 1.33)) и длина хорды (длина АРХ > 27.5 мм (19.5%, предиктор – 1.62)).

Выводы. У 37.6% пациентов с АРХ типичная аускультативная картина отсутствует или имеет нечеткий характер. Интенсивность систолического шума возрастает при локализации АРХ в области

Репозиторий ГрГМУ

выходного тракта ЛЖ, где преобладают высокие скорости потока. Скорость потока, влияющая на интенсивность шума, увеличивается при гиперкинетическом варианте сократительной функции ЛЖ, характеризующемся наиболее достоверным параметром – КСР ЛЖ. Тембр звучания шума зависит от морфологических характеристик, среди которых наиболее значимым критерием оказалась длина самой хорды.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАЗНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Завадский П. Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент С. Н. Ильина

В настоящее время отмечается значительный рост количества людей трудоспособного возраста с нарушениями кровообращения в сосудах сетчатки и сосудах, питающих зрительный нерв. Атеросклероз в 70-85% является сопутствующей патологией у больных с нарушением кровообращения в сосудах глаза, среди последних 40% становятся инвалидами [1,2]. Глазной ишемический синдром (ГИС) – это устойчивая совокупность симптомов ишемического поражения оболочек глазного яблока, сосудов глаза, каротидных артерий единого генеза. Установлено, что глазная симптоматика при выраженном стенозе сонных артерий у 80% больных предшествует развитию острых и хронических нарушений мозгового кровообращения [1,2].

Цель работы: изучить эффективность каротидной эндартерэктомии (ККЭ) в хирургии окклюзионно-стенотических поражений внутренней сонной артерии (ВСА) у больных с ГИС.

Под нашим наблюдением находилось 6 больных с ГИС, перенесших ККЭ. Все пациенты – мужчины в возрасте от 65 до 69 лет (средний возраст 67,6 года). В анамнезе у 4 больных отмечались

Репозиторий ГрГМУ

симптомы острого типа течения (ОТТ) ГИС: преходящая монокулярная слепота (amaurosis fugax) (n=1) и острая ишемическая нейроптикопатия (n=3). У 2 пациентов выявлены симптомы первично-хронического типа течения (ПХТ) ГИС: хроническая ишемическая нейроооптикопатия (n=1) и хроническая ишемическая ретинопатия (n=1). Следует отметить, что у 2 обследуемых в анамнезе были эпизоды ТИА.

Комплексная диагностика окклюзионно-стенотических поражений ОСА и ВСА включала: исследование неврологического статуса, ЭЭГ, УЗИ сосудов шеи, артериографию. Диагностика ишемических поражений органа зрения включала: визометрию, периметрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию.

Предоперационная подготовка включала назначение ноотропных препаратов (пирацетам), дезагрегантов (дипиридамол), средств, улучшающих микроциркуляцию (трентал, реополиглюкин). При ОТТ ГИС применялись препараты, улучшающие основной и коллатеральный кровоток (папаверин, эуфиллин), а также реологические свойства крови (никотиновая кислота, ксантинола никотинат). При ПХТ ГИС назначались препараты для улучшения микроциркуляции, транскапиллярного обмена (кавинтон, танакан) и коррекции метаболизма в ишемизированных тканях и стенке повреждённых артерий (аевит, аскорутин). Курс лечения составлял 7-10 дней.

Всем больным проводился дооперационный тест состоятельности коллатерального кровообращения головного мозга (проба Матасса) на стороне предполагаемого вмешательства для решения вопроса о необходимости применения внутрипросветного временного шунта. С целью интраоперационной антигипоксической церебропротекции использовался метод управляемой артериальной гипертензии.

Средняя продолжительность операции составила 66±4,6 мин, среднее время пережатия сонной артерии - 26±2,4 мин.

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не отмечалось. В отдалённом послеоперационном периоде у пациентов с

Репозиторий ГрГМУ

ГИС констатировано улучшение зрительных функций в поражённом глазу. Установлено достоверное увеличение остроты зрения после операции на стороне поражения у пациентов с ОТТ с 0,27 до 0,46. У оперированных с ПХТ ГИС положительной динамики остроты зрения не отмечалось.

Расширение периферических границ полей зрения на 10^0 и более выявлено в 3 случаях у пациентов с ОТТ ГИС и не отмечалось у пациентов с ПХТ ГИС. Также отмечено исчезновение абсолютных скотом у $^1/_2$ больных с ОТТ ГИС.

1) КЭ является эффективным методом хирургического лечения атеросклеротических окклюзионно-стенотических поражений внутренних сонных артерий у больных с ОТТ ГИС.

2) Все пациенты с ГИС нуждаются в рациональной дифференцированной консервативной терапии.

Литература:

1. Киселева Т. Н., Тарасова Л. Н., Фокин А. А., Богданов А. Г./ Отдаленные результаты хирургической коррекции глазного ишемического синдрома// Журн. Вестн. Офтальм. – 2003 – №4 – с. 22-24

1. Киселева Т. Н., Тарасова Л. Н., Фокин Ал. Ан./Значение операций на сонных артериях для коррекции глазного ишемического синдрома.//Журн. Ангиол. и сосуд. хир. – 2001 – Т. 7, №3 – с. 15-21.

КАРОТИДНАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ В ХИРУРГИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Завадский П. Ч., Довнар А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., профессор Н.Н.Иоскевич

В настоящее время в высокоразвитых странах в 50-78% случаев

Репозиторий ГрГМУ

причиной недостаточности мозгового кровообращения является облитерирующий атеросклероз внутренней сонной артерии (ВСА) [1, 2]. Основным методом лечения окклюзионно-стенотических поражений ВСА атеросклеротического генеза по праву считается классическая каротидная эндартерэктомия (ККЭ).

Цель работы заключалась в изучении эффективности ККЭ в хирургии окклюзионно-стенотических поражений ВСА у больных облитерирующим атеросклерозом.

Под нашим наблюдением находилось 18 больных с облитерирующим атеросклерозом ВСА, перенесших ККЭ. Все пациенты – мужчины в возрасте от 68 до 72 лет (средний возраст 69,6 лет). В анамнезе у 9 больных отмечались транзиторные ишемические атаки.

Диагностика окклюзионно-стенотических поражений ВСА основывалась на данных исследования неврологического статуса, электроэнцефалографии, ультразвуковой доплерографии и артериографии.

Предоперационная подготовка включала назначение ноотропных препаратов (пирацетам), дезагрегантов (дипиридамол), средств улучшающих микроциркуляцию (трентал, реополиглюкин). Курс лечения составлял 7-10 дней. Всем больным проводился дооперационный тест состоятельности коллатерального кровообращения головного мозга (проба Матасса) на стороне предполагаемого вмешательства.

Операция производилась под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами. С целью интраоперационной антигипоксической церебропротекции использовался метод управляемой артериальной гипертензии.

Атеросклеротическая бляшка стенозировала просвет устья ВСА циркулярно в 7 случах, на 2/3 – в 6, на 1/2 – в 5. Длина бляшки составила 1,5 см у 7 чел., 2 см – у 5 чел., 6 см – у 5. После удаления атеросклеротической бляшки в 5 случаях в артериотомическое

Репозиторий ГрГМУ

отверстие вшивалась заплата из политетрафторэтилена, в 13 – из аутовены. Кровопотеря во время вмешательств не превышала 50 мл. Средняя продолжительность операции составила 66±4,6 мин, среднее время пережатия сонной артерии - 26±2,4 мин.

Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения не наблюдались. В раннем послеоперационном периоде отмечались признаки реперфузионно-реоксигенационного синдрома головного мозга. КЭЭ у оперированных больных привела к снижению общемозговых проявлений ишемии мозга, прежде всего, к регрессу неврологической симптоматики. Отмечен положительный эффект операции на восстановление зрительных функций.

Таким образом, ККЭ является эффективным методом хирургического лечения окклюзионно-стенотических поражений ВСА у больных облитерирующим атеросклерозом. Вместе с тем, с целью улучшения исходов операции необходима разработка новых методов антигипоксической церебропротекции, лечения и профилактики реперфузионно-реоксигенационного синдрома головного мозга.

Литература:

1. Риск, связанный с каротидной эндартерэктомией у больных с инсультом головного мозга / Е. Баркаускас [и др.] // Журнал ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – Т. 11. - №1. – С. 103-112.

2. Влияние операции на сонных артериях на регресс двигательных нарушений у больных после ишемического инсульта / А.Н. Вачев [и др.] // Журнал ангиология и сосудистая хирургия. – 2003. – Т. 9. - №2. – С. 99-105.

ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Зайцева Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

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

Репозиторий ГрГМУ

Рак шейки матки во всем мире и в нашей стране занимает второе место по частоте после рака молочной железы и рака эндометрия. Все патологические процессы в области шейки матки по результатам исследований могут быть разделены на следующие группы: доброкачественные (фоновые) патологические процессы шейки матки (факультативный предрак),предраковые дисплазии (облигатный предрак), преклинический рак (внутриэпителиальный и начальный инвазивный), клинически выраженный рак. Длительное время предраком шейки матки считались псевдоэрозии и дискератозы. В результате тщательных гистогенетических исследований установлено, что предраковые процессы должны определяться по строгим морфологическим критериям. Визуально определяемые наиболее частые патологические процессы шейки матки, такие как псевдоэрозии (эктопии), истинные эрозии, лейкоплакии, эритроплакии и полипы, следует относить к фоновым процессам. Истинным предраком является дисплазия, при которой уже имеется выраженная в различной степени атипия поверхностного эпителиального пласта. На ранних стадиях заболевания симптоматика очень бедна. Кровотечения при раке шейки матки бывают в виде небольших выделений. Они могут появляться от легкой травмы (спринцевание, твердый стул, внутреннее исследование пальцем или зеркалами, coitus и т. д.). Так называемые контактные кровотечения являются следствием разрыва хрупких сосудов опухоли. Эффективность лечения заболевания зависит не только от применяемой методики, но также от своевременной комплексной диагностики данного заболевания и выявления пациенток с факторами риска рака шейки матки.

Цель исследования: изучить частоту и характер факторов риска рака шейки матки.

Материал и методы исследования: нами обследовано 45 пациенток, стационарно лечившихся в ГОКБ в ОНКО-3 отделении с диагнозом: «РАК ШЕЙКИ МАТКИ».

Репозиторий ГрГМУ

Было выявлено распределение по возрасту: до 25 лет-4,4%; 26-45 лет-24,5%; 46-55 лет-28,9%; старше 55 лет-42,2%. Среди этих пациенток преобладали женщины, в анамнезе у которых было 2-3 родов, только 2% не имели беременностей. Артифициальные аборты в анамнезе были у 14,3% (36-45 лет), 38,5% (46-55 лет), 31,6% (старше 55 лет).

Предраковые заболевания шейки матки – дисплазии шейки матки различной степени - были у 64,4% женщин, эрозии – у 13,3%.

Вредные привычки (курение, злоупотребление спиртным) были у 6,6% женщин.

По гистологическому строению опухоли: плоскоклеточный рак ШМ с ороговением-57,8%, плоскоклеточный рак ШМ без ороговения-42,2%.

По степеням распространения преобладают 0 и 1 ст.-64,4%, 2-4 ст. составляют 35,6%.

Было применено хирургическое лечение - у 53,3%, комбинированное – у 37,8%, лучевая терапия – 8,9%.

Выводы: 1) факторами риска были возраст, наличие диспластических процессов шейки матки, вредные привычки и паритет родов;

2) среди пациенток с диагнозом « рак шейки матки » наблюдали два пика заболеваемости: первый – 25-45 лет – 28,9% и второй – старше 55 лет – 42,2%. Заболеванию предшествовали дисплазии шейки матки в 64,4% случаев, вредные привычки – 6,6% случаев.

АРТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Залепугин С.Д., Августинович И.А., Гарбар Ю.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии и ортопедии

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.А.Герасименко

Цель работы: Анализ структуры повреждений и заболеваний

Репозиторий ГрГМУ

коленного сустава у детей с применением артроскопии.

Методика работы: Нами проанализированы результаты артроскопической диагностики и лечения 37 детей, находившихся на лечении в детском ортопедотравматологическом отделении Минского городского Центра травматологии и ортопедии 6 ГКБ г. Минска за период с декабря 2005 по ноябрь 2006 года.

АС коленного сустава у детей производилась только под общим обезболиванием в условиях операционной с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

Для выполнения артроскопии использовалось стандартное оборудование фирм MGB и Carl Storz. АС проводилась только в жидкой среде по общепринятой методике из базовых нижних доступов (переднелатеральный и переднемедиальный).

По поводу травматических повреждений или подозрений на них было произведено 26 артроскопий у 26 пациентов и при дегенеративных заболеваниях – 12 артроскопий у 11 пациентов.

Результаты работы: Более половины всех пациентов с травматическими повреждениями и хондромаляцией мыщелков бедра, голени и суставной поверхности надколенника – представители профессионального спорта (футбол, волейбол, баскетбол, гимнастика). Возраст пациентов составил от 12 до 18 лет (20 девочек и 17 мальчиков).

Структура патологии коленного сустава оперированных больных распределилась следующим образом: болезнь Кенига внутреннего мыщелка бедра – 5 больных, болезнь Кенига надколенника – 5 больных, хондромаляция мыщелков бедра, голени, надколенника 1-3 степени – 7 больных, изолированные повреждения внутреннего мениска – 4 случая, повреждения внутреннего мениска и передней крестообразной связки – 3 больных, изолированные хондральные и остеохондральные переломы внутреннего мыщелка – 6 больных, повреждения внутреннего мениска с остеохондральными переломами

Репозиторий ГрГМУ

внутреннего мыщелка бедра – 1 больной, повреждения внутреннего мениска с остеохондральным переломом внутреннего мыщелка и повреждением передней крестообразной связки – 4 больных, остеохондральный перелом надколенника с рецидивирующим гемартрозом на фоне вправленного вывиха надколенника – 1 больной, синдром медиапателлярной складки – 1 больной.

Характерным являлось отсутствие выявленных повреждений наружных менисков, задних крестообразных связок, хондромаляции мыщелков 4-й степени и изолированных повреждений передней крестообразной связки.

Таким образом, остеохондральные переломы мыщелков бедра и надколенника выявлены у 12 больных, повреждения внутреннего мениска – у 12, болезнь Кенига – у 10, хондромаляция суставных поверхностей 1 – 3 степени – у 7, повреждения передней крестообразной связки – у 7, синдром медиапателлярной складки – у 1 подростка.

Литература:

1. Левенец В.Н., Пляцко В.В. Артроскопия. – Киев: Наукова думка, 1991. – 232с.

2. Белоенко Е.Д. Артроскопия в диагностике заболеваний и травматических повреждений крупных суставов.// Актуальные вопросы медицины: Сб. материалов науч.-практ. конф. – Минск, 2001. – С.139-140.

3. Henche H.-R., Holder J. Arthroskopy of the knee joint. Diagnosis and operative techniques. – Berlin et al.: Springer-Verlag, 1988. – 190 p.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Звездина Н.В, Хомбак А.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Репозиторий ГрГМУ

Гродненская областная клиническая больница
Научные руководители – д.м.н., доцент В.А.Басинский;
к.м.н., доцент С.Э.Савицкий

Диагностика и лечение рака молочной железы – одна из серьезнейших проблем мировой онкологии, и любое исследование, посвященное этой проблеме, имеет несомненную актуальность. Целью нашей работы явился клинико-морфологический анализ наблюдений рака молочной железы у женщин, оперированных в областном онкологическом диспансере в 2000 г., с оценкой факторов, влияющих на метастатический потенциал и прогноз опухоли.

Материалом для исследования стали микроскопические препараты резецированных молочных желез и лимфатических узлов у 176 женщин, страдавших раком молочной железы. Оценивались возраст больных, локализация, гистологическая структура опухоли, характер и объем ее метастазирования. Полученные данные сопоставлялись с выживаемостью больных, клинической стадией опухоли, наличием отдаленных метастазов. Результаты исследования обработаны статистически с помощью табличного процессора Excel.

Проведенный анализ показал, что рак молочной железы выявлен в возрасте от 31 до 79 лет, при этом средний возраст составил 53,75 ±1,73 года. У 22,4% женщин рак был отнесен к 1-ой клинической стадии, в 69,2% - ко второй, в 7,6% - к третьей. 4-ая клиническая стадия выявлена у одной женщины. Чаще рак локализовался в верхних квадрантах- в 51% случаев. В нижних квадрантах опухоль обнаружена в 25,8% наблюдений. У остальных больных опухоль локализовалась на границе верхних и нижних квадрантов. Среди гистологических форм рака выявлялась высокодифференцированная аденокарцинома (G1)-64 (36,8%), умеренно дифференцированная аденокарцинома (G2)- в 32 (18,4%) случаях, низкодифференцированная (G3) – в 24 (13,8%). Недифференцированый рак (G4) обнаружен при гистологическом

Репозиторий ГрГМУ

исследовании в 38 (21,8%) случаях. Помимо этого, в 12 (6,9%) наблюдениях обнаружен внутрипротоковый рак. Отмечены единичные случаи слизистого, переходноклеточного и плоскоклеточного раков. У 82 женщин (50,2%) при исследовании операционного материала были обнаружены метастазы рака в регионарных лимфатических узлах. Анализ амбулаторных карт онкодиспансера позволил проследить судьбу 143 женщин, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу рака молочной железы. Согласно имеющимся данным, 101 женщина прожила свыше 5 лет, через 1-5 лет умерли 38 (76%) женщин, и лишь 4 (8%) больных умерло в течении 1 года после операции. Полученные данные свидетельствуют о несомненной зависимости выживаемости больных от своевременной диагностики рака молочной железы. Почти 80% больных 1 клинической стадии и 70%- 2-ой прожили после операции свыше 5 лет. Средний возраст больных, проживших свыше 5 и 1-5 лет, составил соответственно 53,5±2,29 и 52,19±3,48 лет ($p>0,05$). В первый год после операции чаще умирали женщины старшего возраста (63,75± 7,85 лет). Анализ пятилетней выживаемости в зависимости от степени дифференцировки аденокарциномы, также не выявил их тесной взаимосвязи. Так, 74% больных с высокодифференцированной и 72,8% - с низкодифференцированной аденокарциномой прожили свыше 5 лет. Не влияла дифференцировка опухоли и на частоту гематогенного метастазирования: при G1 метастазы выявлены в 20% наблюдений, при G2 - в 24% случаев и при G3 и G4 - соответственно 21,7% и 24,2%.

Таким образом, клинико-морфологический анализ наблюдений рака молочной железы свидетельствует о том, что для анализа факторов, влияющих на метастатический потенциал и оценку прогноза опухоли не всегда достаточно применения рутинного морфологического исследования, а требуется более широкое внедрение современных методов морфологической характеристики новообразований, ведущим из которых, по мнению многих

Репозиторий ГрГМУ

исследователей, является иммуногистохимический метод.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

Зверко В.Л., Ахтерякова И.А., Богданович Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель - к.м.н. В.Л. Зверко

В настоящее время тазовое предлежание плода относится к патологическому акушерству и встречается в 3–5% случаев. Перинатальные потери при различных методах родоразрешения составляют от 0,5 до 14,3%, то есть в 4–5 раз выше, чем при головных предлежаниях. Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода характеризуются наличием высокого числа осложнений, таких как: угроза прерывания беременности, гестозы, фетоплацентарная недостаточность, предлежание плаценты, несвоевременное излитие околоплодных вод, выпадение петель пуповины и мелких частей плода, аномалия родовой деятельности, запрокидывание ручек и разгибание головки, вколачивание ягодиц в таз, травмы плода (разрывы мозжечкового намета, кровоизлияния, повреждение органов брюшной полости и спинного мозга, дисплазии, вывихи тазобедренных суставов) и матери (разрывы твердых и мягких родовых путей). Во многом перинатальная заболеваемость и смертность зависит от способа родоразрешения, поэтому заслуживает внимание вопрос о тактике родоразрешения при тазовом предлежании плода. При этом, по данным литературы, частота кесарева сечения в СНГ составляет 60-80%, а во многих клиниках мира всегда выполняется операция кесарево сечение.

Целью нашей работы явился анализ тактики родоразрешения

Репозиторий ГрГМУ

беременных с тазовым предлежанием плода.

Для достижения поставленной цели проведен клинический анализ 88 историй родов беременных с тазовым предлежанием плода. Средний возраст составил 27 лет и варьировал от 18 до 43 лет. Срок беременности колебался от 206 до 294 дней, средний срок – 272 дня. Первая беременность была у 41(46,6%) женщины, вторая – у 25 (28,4%), третья – у 13(14,8%), четвертая – у 6(6,8%), пятая – у 2(2,3%) и восьмая – у 1(1,1%). Первородящих - 54(61,4%) женщины, повторнородящих – 34(38,6%). Среди вариантов тазовых предлежаний чисто ягодичное наблюдалось у 71(84,5%) беременной, смешанное – у 9(10,7%), ножное – у 4(4,8%).

В результате у 4(4,5%) пациенток роды завершились per vias naturales, а у 84(95,5%) путем sectio caesarea (эндотрахеальный наркоз – у 75(89,3%) оперированных, перидуральная анестезия – у 9(10,7%)). Родилось 50(55,6%) девочек и 41(44,4%) мальчик, средняя масса составила 3452г и варьировала от 1200 до 4400г, средний рост – 52,6см (от 40 до 58см), оценка состояния новорожденных по шкале Апгар в среднем была 8/8 баллов. Показаниями к кесареву сечению являлись: возрастная первородящая, бесплодие и отягощенный акушерский анамнез – у 19(22,6%) беременных; внутриутробная задержка развития плода и внутриутробная гипоксия плода – у 13 (15,5%); поздний гестоз – у 12(14,3%); анатомически узкий таз – у 9 (10,7%); предполагаемая масса плода более 3600г - у 8(9,5%); преждевременное излитие околоплодных вод – у 8(9,5%); сочетание позднего гестоза с хронической фетоплацентарной недостаточностью – у 5(5,9%); рубец на матке – у 5(6%); преждевременные роды – у 3 (3,6%), в том числе одна двойня; двойня с тазовым предлежанием первого плода – у 2(2,4%).

Таким образом, выбор способа родоразрешения при тазовом предлежании плода зависит от множества обстоятельств, и тактика должна быть определена еще до родов. Расширение показаний к

Репозиторий ГрГМУ

кесареву сечению при тазовых предлежаниях плода в современном акушерстве целесообразно и оправдано, обусловлено заботой о сохранении здоровья как матери, так и новорожденного.

НЕДОСТАТОЧНАЯ ПРОДУКЦИЯ ОКСИДА АЗОТА КАК ФАКТОР РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Зверко В.Л., Максимович Е.Н., Милош Т.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии, УЗ ГЦГП ЖК№1

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

Одним из актуальных вопросов акушерской практики является разработка эффективных профилактических и терапевтических мероприятий невынашивания беременности. Разнообразие причин самопроизвольного прерывания беременности не позволяет проводить эффективную профилактику. Поэтому важным является поиск общих звеньев патогенеза данной патологии.

Целью исследования явилось изучение состояния эндотелийзависимых механизмов регуляции кровотока и кислородтранспортной функции (КТФ) крови в организме беременных женщин с угрозой прерывания беременности.

Объект и методы исследования. Исследования проведены у 15 беременных женщин в возрасте 19-35 лет: 10 женщин с угрозой невынашивания беременности от 7 до 22 недель и 5 женщин с нормально протекающей беременностью от 8 до 21 недели.

В венозной крови всех беременных женщин проведено исследование концентрации нитритов и нитратов [NO_x] как стабильных метаболитов оксида азота. Определение [NO_x] осуществляли фотометрически на КФК-3 по общепринятому методу с использованием кадмия и реактива Грисса.

На микрогазоанализаторе «Synthesis-15» (Instrumentation

Репозиторий ГрГМУ

Laboratory Company) определяли показатели КТФ венозной крови: парциальное давление кислорода (P_vO_2), содержание кислорода (C_vO_2), степень насыщения крови кислородом (S_vO_2) и сродство гемоглобина к кислороду при стандартных условиях ($P_{50\ ст.}$).

Результаты исследования и их обсуждение. У женщин с угрозой прерывания беременности (n=10) установлено снижение [NO_x] от 21,3 ±1,20 μM/л в контрольной группе до 11,1±1,58 μM/л (p<0,001), а у женщин с факторами риска (n=6) (активное и пассивное курение, позднее наступление menses, дисфункция яичников, психические стрессы и др.) снижение [NO_x] было более выраженным (до 4,7±0,90 μ М/л, p<0,001). Уменьшение [NO_x] в плазме крови обусловлено недостаточной продукцией оксида азота конститутивными изоформами NO-синтазы, преимущественно эндотелиального происхождения. Различные факторы риска невынашивания беременности (курение, стрессы, инфекционные заболевания и др.) могут явиться причиной дисфункции эндотелия, снижения продукции вазодилататора NO, нарушения маточного кровообращения, приводящего в итоге к невынашиванию беременности.

При сравнении показателей КТФ венозной крови у женщин с угрозой прерывания беременности и у женщин контрольной группы была выявлена тенденция ухудшения кислородного обеспечения организма беременной, а у 6 женщин, имевших в анамнезе вышеуказанные факторы риска невынашивания беременности, изменение большинства показателей, носило достоверный характер. Так, отмечено снижение C_vO_2 до 10,6±0,15 об. % (в контроле – 13,5±0, 38 об. %, p<0,001); SO_2 – до 56,6±1, 82 % (в контроле – 63,3±2,22 %, p<0,05). P_vO_2 в данной группе не изменилось и составило 36,0 ±1,10 мм рт.ст., в контроле – 40,2 ±2,10 мм рт.ст. (p>0,05). Также отмечен сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина влево ($P_{50ст.}$ составило 23,7±0,54 мм рт.ст., в контроле – 27,0±0,35 мм рт.ст., p<0,05), что указывает на

Репозиторий ГрГМУ

повышение сродства крови к кислороду.

Таким образом, у женщин с угрозой прерывания беременности отягощенность факторами риска невынашивания беременности сопровождается нарушением NO-продуцирующей функции эндотелия, что является, по нашему мнению, причиной нарушения кровотока в матке, ее обеспечения кислородом, необходимого для нормального течения беременности.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ИЗ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНОВ РБ

Зиматкина О.С.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра психиатрии с курсом общей психологии

Научный руководитель - д.м.н., профессор Е.Г. Королева

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель - к.м.н., доцент С.А. Ляликов

Содержание работы отражает актуальную проблему реабилитация детей, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС. Эта область активно изучается в настоящее время, и представленный материал имеет большую теоретическую и практическую значимость. По нашим данным, 9,3% детей, проживающих в радиационно-загрязненных регионах, обнаруживают невротические, в том числе, психосоматические расстройства, 15,6%- психические нарушения в виде ситуационных реакций и задержки психического развития (данные получены при скрининговом обследовании детей Гомельской области РБ в 2006г.).

Цель работы: внедрение в практику и оценка эффективности предложенной программы групповой психологической коррекции (ГПК) для лечения и профилактики в первую очередь психосоматической

Репозиторий ГрГМУ

патологии у детей, проживающих в экологически неблагоприятных регионах.

Материалы и методы работы: По показаниям, группа детей во время летнего оздоровления в санатории «Лесная поляна» прошла программу ГПК. Целью ГПК было устранение невротических расстройств путем восстановления эмоциональной сферы, нормализации межличностных отношений, развития навыков коммуникации. В программе ГПК принимали участие дети в возрасте 10 лет и старше, имеющие невротические - соматоформные, адаптационные расстройства, с диагностированными нарушениями вегетативной регуляции. Занятия проводились ежедневно по 1,5 часа, всего 10 сессий. Групповое сообщество формировалось в несколько этапов. На 1-ом этапе происходило эмоциональное объединение детей и формирование у них мотивации на лечение. Во 2-ой фазе оформились статусные различия, симпатии и антипатии. На 3-ем этапе структуры группы стабилизировались, развились коллективные отношения и сплоченность детей. Занятия в группах проходили на уровне высокого эмоционального подъема, детьми были проиграны вербальные и невербальные техники общения, они приобрели знания о своих и чужих эмоциональных реакциях, научились адекватно на них реагировать. В ходе занятий проводились анализ личностных проблем каждого члена группы и суггестивная психотерапия. Были использованы методы нервно-мышечной релаксации и контроля дыхания.

У детей, участвовавших в программе ГПК, отмечалось достоверное снижение астенических показателей личности – психастеничности ($F=5,29$; $p=0,02$), педантизма ($F=2,85$; $p=0,05$) и личностных девиаций – ананкастности ($F=4,62$; $p=0,03$). Вместе с тем, у этих детей отмечалось усиление гипертимности ($F=4,14$; $p=0,01$). Все эти изменения сочетались с полным исчезновением клинических проявлений невротических нарушений. При повторном обследовании у детей,

Репозиторий ГрГМУ

получавших ГПК, было выявлено достоверное снижение (F=5,31, P=0,02), по сравнению с исходным, интенсивности клинических проявлений вегетативной дисфункции – суммарного IVD (суммарного индекса вегетативной дисфункции). В результате проведенной работы у детей наблюдалось улучшение самочувствия, укрепление внутригрупповых взаимоотношений, повышение сплоченности и нормализации эмоционального фона.

Заключение. В ходе санаторного оздоровления под влиянием разработанного нами комплекса мероприятий у детей происходит усиление стенических и ослабление астенических характеристик типологии личности и личностных девиаций, что проявляется повышением активности, решительности и самостоятельности, ростом уверенности в своих силах, а также усилением «разумного» нонконформизма.

МЕХАНИЗМЫ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА КРОВЬЮ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Зинчук Н.В., Янушко Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – д.м.н., доцент Т.Ю. Егорова

В основе проявлений хронической гипоксии плода лежат сложные нарушения тканевого обмена в системе «мать-плацента-плод», возникающие как вследствие недостатка кислорода, так и при его нормальном и даже избыточном содержании в тканях. В организме сродство гемоглобина к кислороду (СГК) в значительной степени определяет диффузию кислорода из альвеолярного воздуха в кровь, а затем на уровне капилляров в ткань [Samaja M., 1997]. Уменьшение p50 благоприятствует увеличению потока кислорода в ткани в условиях нормоксии или умеренной гипоксии, в то же время его увеличение может иметь благоприятное значение, обладая антиоксидантным

Репозиторий ГрГМУ

эффектом в условиях нарушенной утилизации кислорода тканями [Зинчук В.В. и др., 2003]. Учитывая вышесказанное, целью настоящей работы было оценить состояние механизмов транспорта кислорода кровью у беременных с хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН).

Исследовали 86 женщин, беременность которых осложнилась хронической плацентарной недостаточностью в сроке 19-22, 24-28, 34-38 недель беременности. Для каждой из выделенных групп была подобрана группа сравнения с таким же сроком беременности. Каждая группа сравнения состояла из 10 женщин, беременность которых протекала физиологически, без каких-либо осложнений, у них определялись те же показатели. Определяли следующие показатели: pH, напряжение кислорода (p_vO_2, мм рт. ст.) и углекислого газа (p_vCO_2, мм рт. ст.) на микроанализаторе; показатель сродства гемоглобина крови (СГК) при реальных значениях pH, p_vCO_2 и температуры крови (p50 реальн., мм рт. ст.) методом смешивания; степень оксигенации (S_vO_2%); емкость оксигенации ($C_yO_г$, об %) и кислородная емкость (КЕ, об %). Кроме этого, у всех беременных проводилось общепринятое клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Полученные результаты обработаны при помощи стандартного пакета программ («Statistica», «Microsoft Excel»).

В результате проведенных исследований нами установлено, что у женщин с ХФПН отмечается снижение pH крови по сравнению с пациентками с нормальным течением беременности в среднем на 0,7% ($p<0,001$). Причем данные изменения касались пациенток с ХФПН всех исследуемых гестационных сроков. Обнаружено снижение pO_2 крови в этой группе на 20% ($p<0,001$), а в группе беременных с гестационным сроком 24-28 и 34-38 недель снижение составило 12% ($p < 0,035$) и 13% ($p < 0,014$) соответственно. Уровни CvO_2 и SvO_2 для беременных с ХФПН 19-22 недели снизился на 49% ($p<0,001$) и 44% ($p<0,001$) соответственно, по отношению к беременным

Репозиторий ГрГМУ

без признаков ХФПН. В то же время уменьшение этих показателей у женщин с ХФПН более позднего гестационного срока (24-28 и 34-38 недель) было менее выражено и составило в среднем для CvO_2 - 28% и для SvO_2 - 22%. Отмечается увеличение показателя p50 у беременных с ХФПН на 19-22 и 24-28 неделе гестации в среднем на 7% (p=0,016 и p=0,02 соответственно), в то же время не выявлено достоверных изменений данного показателя у пациенток с ХФПН на более поздних сроках беременности.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии у пациенток с ФПН признаков гипоксии и нарушения состояния механизмов транспорта кислорода кровью. Причем данные признаки более выражены во 2-м триместре беременности. В качестве компенсаторного механизма можно расценивать уменьшение СГК у пациенток с ХФПН, что приводит к усилению процессов диссоциации оксигемоглобина и, как следствие, улучшение оксигенации тканей.

КИСЛОРОДТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Зинчук Н.В., Янковская Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – д.м.н., профессор М.А. Лис

Дефицит кровотока, нарушение процессов транспорта кислорода в ткани являются важными факторами, определяющими развитие стенокардии и артериальной гипертензии в организме [Телкова И.Л., Тепляков А.Т., 2005]. Целью настоящего исследования явилось изучение показателей кислородтранспортной функции крови (КТФК) у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения (ССН), протекающей в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) II степени и без неё, в условиях патогенетической терапии.

Репозиторий ГрГМУ

Проведено динамическое наблюдение и лечение 49 больных ИБС: ССН I и II функциональных классов (ФК) по Канадской классификации, протекавшей с АГ II степени и без неё. В течение двухнедельного наблюдения больные принимали внутрь: атенолол (или метопролол) по 25мг 2 раза в день, аспирин по 125мг один раз в сутки, а пациенты с АГ и эналаприл (дважды в день), в индивидуально подобранной дозе. Показатели КТФК: определялись на микрогазоанализаторе ABL–330 «Radiometer». Для определения p50 применялся метод «смешивания» [Scheid P., Meyer M., 1978]. Показатель сродства гемоглобина к кислороду рассчитывали при реальных значениях pH, pCO_2 крови и температуры (p50 реальное - напряжение кислорода, при котором гемоглобин крови насыщается кислородом на 50%) и его значение при pH = 7,4, pCO_2 = 40 мм рт.ст. и t = 37ºC (p50 стандартное). pO_2 было сниженным во всех обследуемых группах, по сравнению со здоровыми лицами. Максимальное снижение данного показателя было в I группе – на 23,3% (p_1<0,001), а минимальное - в III группе (на 13,6%; p_1<0,05). После проведенной терапии pO_2 несколько возрастало, но оставалось сниженным во всех группах обследуемых по сравнению с группой контроля. Значение pH крови было ниже, чем в контрольной группе в I и III группах (7,306 $\pm$ 0,007 ед. (p_1<0,001) и 7,312 $\pm$ 0,013 ед. (p_1<0,05) соответственно). У больных III группы отмечено до лечения возникновение признаков метаболического ацидоза и гипоксии в организме. После проведенной терапии данные показатели улучшались.

Выявлено снижение показателя сродства гемоглобина к кислороду у обследуемых больных по сравнению со здоровыми лицами. Так максимальное снижение p50 реального отмечено во II группе (на 7,3%, p_1<0,05), что отражает сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина влево. Значения p50 стандартного также были сниженными по сравнению со здоровыми. После проведенной патогенетической терапии наблюдался рост показателя сродства гемоглобина к

Репозиторий ГрГМУ

кислороду. Так, максимальное увеличение p50 реального на 10,2% (p_2 <0,05) отмечено у больных ИБС:ССН ФКI в сочетании с АГ II, соответственно, сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина вправо. В I и III группах p50 реальное увеличилось на 7,7% (p_2<0,05) и 6,4% (p_2 <0,05) соответственно. После лечения значения p50 стандартного также увеличились во всех группах обследуемых: на 8,4% (p_2<0,001) в I группе; на 6,3% (p_2<0,05) во II группе и на 6,8% (p_2<0,05) в III группе и приближались к величинам контрольной группы.

Таким образом, результаты выполненных исследований свидетельствуют о том, что у больных стенокардией и АГ наблюдается существенные нарушения КТФК. В формировании данных нарушений может участвовать эндотелий, так как только синтезируемый в достаточном количестве NO поддерживает нормальный кровоток и транспорт O_2 к тканям.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Зубель Д.С., Гаджиева Ф.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – ассистент Ю.Ф.Пакульневич

Проведен анализ лечения 1408 больных с острым панкреатитом в клинике общей хирургии с 1999 по 2005гг. Из них деструктивные (некротические) формы заболевания диагностированы в 91 (6,46%) случае. Панкреатит алкогольной этиологии установлен у 70 больных (76,9%), панкреатит биллиарного генеза – у 21 (23,1%). Мужчин было 79 (86,8%), женщин – 12 (13,2%). Сроки госпитализации больных от начала заболевания: до 24ч – 23 (25,3%), до 48ч – 29 (31,9%) позднее двух суток – 39 (42,8%).

У 67 больных панкреонекрозом (73,6%) при нарастании признаков ферментативного перитонита были выполнены лапароскопическая

Репозиторий ГрГМУ

санация и дренирование брюшной полости; из них у 29 больных произведена наружная декомпрессия билиарной системы путем наложения лапароскопической чрескожной чреспеченочной холецистостомии, еще у 17 выполнено дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем.

У 24 больных, несмотря на проведение интенсивной комплексной консервативной терапии, развились гнойные осложнения панкреонекроза, которые явились показанием к лапаротомии, вскрытию сальниковой сумки, удалению свободно лежащих секвесторов, опорожнению и дренированию всех гнойников, сальниковой сумки и брюшной полости. У 8 больных была дополнительно сформирована лапаростомия для осуществления программированной санации. Несмотря на это, летальный исход наступил у 11 пациентов (45,8%).

Из 67 пациентов, оперированных лапароскопически, умерло 6, что составило 9%.

Таким образом, применение малоинвазивных лапароскопических хирургических вмешательств в лечении острого деструктивного панкреатита позволило значительно снизить послеоперационную летальность.

РАК ЖЕЛУДКА КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Зусько А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.И. Заборовский

Злокачественные новообразования являются одной из наиболее сложных медико-социальных проблем современного общества. По данным Международного агентства по изучению рака число умерших в мире от рака желудка составило на 2002г. 798000 чел., из них в РБ – 2806 чел, а в структуре общей онкологической заболеваемости рак желудка стоит на втором месте – 11,2%, уступая лишь раку легкого –

Репозиторий ГрГМУ

13,6%.

Структура онкологической заболеваемости в разные периоды времени существенно различалась. Это связано, в первую очередь, со значимыми различиями во временной динамике частоты опухолей отдельных локализаций. Наиболее наглядно эти различия проявляются при ретроспективном анализе заболеваемости за продолжительный период времени. Поэтому изучение данной проблемы на сегодняшний день весьма актуально.

Изучению подвергнуты все случаи госпитализации по поводу рака желудка в онкохирургическое отделение онкологического диспансера одного из областных центров за 2004 год. Результаты исследования основываются на выкопированных сведениях статистических карт выбывшего из стационара с общим числом наблюдений 246 больных.

Состав госпитализированных по полу примерно одинаков (мужчины – 51,6%, женщины – 48,4%, $t < 2$). Высок среди лечившихся по поводу рака желудка удельный вес лиц трудоспособного возраста (44,3%). Причем, среди мужчин этот показатель (48,0%) в 2,5 раза выше по сравнению с лицами женского пола (19,5%). Это объясняется тем, что средний возраст исследуемого контингента равен 58,4±0,2 года. Частота госпитализации страдающих раком желудка нарастает с увеличением возраста.

Поток пациентов, поступающих на стационарное лечение, в разные сезоны года существенно не отличается. Исключение составляют осенние месяцы, где интенсивность госпитализации ослабевает на 10,1%.

Сопутствующая патология составляет 64,2%, обусловленная, в основном, такими болезнями, как сахарный диабет – 4,8%, артериальная гипертензия – 7,3%, сердечно-сосудистые заболевания – 52,8%, болезни мочеполовой системы – 4,9%, болезни органов дыхания – 13,8%.

Оперативные вмешательства предприняты в отношении 37,4%

Репозиторий ГрГМУ

пациентов. Из них радикальные операции составили 57,6% (паллиативные – 9,8%, симптоматические – 6,5%, диагностические – 26,1%).

Средняя продолжительность пребывания в стационаре изучаемого контингента равна 19,2±0,2 дня. Этот срок у лиц женского пола (21,9 ±0,4 дня) выше, чем у мужчин (18,2±0,3 дня), t = 7,4.

По заключению лечащих врачей в большинстве случаев исходом заболевания является улучшение – 67,5% (выздоровление – 19,5%, без изменений – 12,2%, летальный исход – 0,8%).

Таким образом, изучение состава госпитализированных позволяет получить дополнительную информацию, характеризующую контингент страдающих раком желудка, и может быть использовано при разработке мероприятий организации медицинской помощи этим пациентам.

УГРОЖАЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. ВНЕЗАПНАЯ АРИТМИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ

Зуховицкая Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель - д.м.н. В.А.Снежицкий

Хроническая сердечная недостаточность и ишемическая болезнь сердца остаются единственной наиболее частой причиной внезапной сердечной смерти (ВСС) в развитых странах. Внезапная сердечная смерть у больных с хронической сердечной недостаточностью составляет 50% всех случаев смерти от кардиоваскулярных причин.

К группе высокого риска ВСС относят больных при наличии сочетания двух и более прогностически неблагоприятных факторов риска: маркер структурного повреждения миокарда (фракция выброса левого желудочка менее 40%), желудочковые аритмии как показатель

Репозиторий ГрГМУ

электрической нестабильности миокарда и ишемия миокарда - все это составляет треугольник риска внезапной смертности.

Снижение сократимости левого желудочка - наиболее значимый фактор риска развития желудочковых аритмий высоких градаций и, соответственно, внезапной аритмической смерти. Снижение фракции выброса менее 40% считается особенно неблагоприятным. Как степень функционального повреждения, так и степень дисфункции левого желудочка, является наиболее важным прогностическим фактором риска ВСС.

Важнейшим фактором риска ВСС является ишемия миокарда. Степень поражения коронарных артерий играет важную роль в развитии и прогрессировании систолической дисфункции, а также развитии желудочковых аритмий.

Желудочковые аритмии высоких градаций являются важнейшим маркером электрической нестабильности миокарда. Важной особенностью желудочковых аритмий, определяющих степень их специфичности, является их полиморфный характер и связь с гемодинамической нестабильностью. Наиболее прогностически опасными являются те, что возникли вне острого периода инфаркта миокарда.

Среди специальных методов исследования, позволяющих оценить риск ВСС, следует отметить холтеровское мониторирование, позволяющее выявить угрожающие аритмии, эпизоды ишемии, и, кроме того, оценить вариабельность сердечного ритма (ВСР) и дисперсию интервала Q-T. Результаты многочисленных исследований, целью которых было определить взаимосвязь фракции выброса, желудочковых аритмий по результатам ВСР и связь всех этих показателей с прогнозом больных показали: снижение показателя SDNN менее 70мс плюс снижение ФВ менее 35% повышает риск ВСС в 11,6 раза; если рассмотреть сочетание двух показателей SDNN менее 100мс с групповыми желудочковыми аритмиями, риск внезапной

Репозиторий ГрГМУ

смерти повышается в 5,9 раз; если взять три показателя: ФВ менее 35%, низкая SDNN менее 100мс и наличие желудочковых аритмий, то такое сочетание увеличивает риск плохого прогноза более чем в 12 раз. Было показано, что низкая величина триангулярного индекса превосходила по прогнастической значимости снижение SDNN менее50мс, а также низкую фракцию выброса. Увеличенная дисперсия интервала QT является предиктором развития аритмий и ВСС, прогностически неблагоприятным фактором являлась дисперсия более 125 мс. Таким образом, маркерами электрической нестабильности миокарда являются: угрожающие желудочковые аритмии, выявленные при холтеровском мониторировании и электрофизиологическом исследовании, снижение ВСР, удлинение дисперсии интервала QT, T-wave alterans, так же регистрация ППЖ..

Литература:

1. Вахляев В.Д., Недоступ А.В., Царегородцев Д.А. и соавт. Роль гуморальных факторов в патогенезе аритмий сердца. // Российский медицинский журнал, 2000; 2: 54-7

2. Дощицын В.Л. Внезапная аритмическая смерть и угрожающие аритмии. // Российский кардиологический журнал, 1999, №1, стр. 46-51

3. Ertl G., Kugler P., Gaudron P. Remodeling as a link from infarction to arrhythmic death. // J Coronary Artery Disease, 2001 Oct;4(1):32.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НОРМОДИПИНОМ И ДИРОТОНОМ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АД В УТРЕННИЕ ЧАСЫ

Иваницкая С.С.

Государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

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

к.м.н., ассистент А.К. Курейша

Эффективный контроль повышенного АД в утренние часы суток

Репозиторий ГрГМУ

уменьшает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность у больных АГ. Целью исследования была оценка эффективности и переносимости комбинированной терапии нормодипином и диротоном для коррекции АД в утренние часы.

Материалы и методы. В контролируемое исследование из 165 больных с АГ 1-2 степени с помощью казуальных измерений и суточного мониторирования АД (СМАД) было отобрано 37 пациентов со стойким повышением АД в утренние часы в возрасте от 42 до 64 лет. Длительность заболевания составляла в среднем 13,7±6,4 года. Каждому больному после недельного перерыва в приеме лекарств назначали 10 мг нормодипина и 10 мг диротона в сутки (фирма Гедеон Рихтер). Титрование доз препаратов проводили на протяжении 1-ой недели под казуальным контролем АД. До начала, а также через 2-4-6-8 недель приема препаратов больным проведена СМАД на мониторе «Кардиотехника-4000 АД». При проведении СМАД применяли следующие временные интервалы измерения АД: утренний период (первые 90 минут после пробуждения и подъема с постели) – 10 минут; дневной период – 15 минут; ночной период – 30 минут. В утренний период СМАД проводилось с более частым измерением показателей, и условно мы его назвали «утреннее мониторирование АД» - УМАД. Отдельно рассчитывали утренние средние показатели АД, ЧСС, их вариабельность, индекс времени и площади.

Результаты исследования. При применении комбинированной терапии хороший и удовлетворительный эффект был достигнут у 32 больных (86% %). У 5 больных для достижения устойчивого снижения АД в течение суток, в том числе и в утренние часы, дозу нормодипина увеличили до 15 мг, диротона - до 20 мг. У 8 больных, у которых исходно по данным СМАД ночью отмечалось снижение АД (классифицированы как dippers), вечерняя доза нормодипина и диротона составила по 5 мг. Вариабельность АД под влиянием комбинированной терапии в течение суток, а также в дневные и ночные

Репозиторий ГрГМУ

периоды осталась неизменной, ЧСС в среднем составила 72,1±5,1 уд/мин. У всех больных к концу 2-й недели лечения достоверно начало снижаться АД в утренние часы и наиболее выраженный антигипертензивный эффект отмечался на 4-6 неделе и особенно к концу 2-х месячного лечения. У 5 больных утренний эффект комбинированной терапии имел дозозависимый характер и был достигнут лишь при увеличении суточной дозы нормодипина до 15 мг, а диротона – до 20 мг. Снижение утреннего подъема АД отмечено также у 8 больных, принимавших вечером лишь по 5 мг нормодипина и диротона. У всех больных к концу лечения достоверно снижался индекс площади, в то же время вариабельность АД оставалась неизменной.

Заключение. Комбинированная терапия нормодипином и диротоном является высокоэффективной, обладает способностью снижать и предотвращать повышение АД в утренние часы. Лечение больных АГ целесообразно проводить под контролем суточного и утреннего мониторирования АД.

Литература:

1. Савенков М.П., Иванов С.Н., Боцоева М.А., Михайлусова М.П. Коррекция повышенного артериального давления в утренние часы с помощью ингибиторов АПФ - Медицина, 2003, №2, С80-83.

2. Abrahamson B., Edgar B., Lidman K., Wingstrand K. Design and pharmacokinetics of Logimax, a new extended-release combination tablet of felodipine and metoprolol. Blood Pressure 1993, 2(Suppi. 1); 10-15

РЕНТГЕНАНАТОМИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Иванцов А.В., Лещук С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Для диагностики заболеваний коленного сустава в настоящее время применяются различные инструментальные методы

Репозиторий ГрГМУ

исследования: рентгенография, артроскопия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др. Диагностика осуществляется с учетом жалоб больного, анамнеза, клинических проявлений, данных лабораторного исследования. Несмотря на большое количество диагностических методов, основная роль в диагностике заболеваний коленного сустава принадлежит традиционной рентгенографии. При этом одним из основных условий правильного и своевременного диагноза является качественно выполненная рентгенограмма. Критериями качества рентгенограммы является четкая визуализация надкостницы, структуры костей, эпифизов, зон роста у детей. Важным условием правильности выполнения рентгенограммы является строгое соблюдение требований укладки. При традиционной рентгенографии коленного сустава в настоящее время применяют в основном две стандартные проекции — прямую (переднюю или заднюю) и боковую, при необходимости дополняемые снимком надколенника в аксиальной проекции. Для уточнения диагноза также применяются нестандартные проекции.

Целью нашей работы стало изучение рентгеноанатомии коленного сустава в возрастном аспекте.

Объектом для исследования послужили 20 рентгенограмм коленного сустава детей и подростков. Снимки выполнены в прямой и боковой проекциях. Видимой суставной патологии на них не обнаружено.

В образовании коленного сустава участвуют: дистальный эпифиз бедренной кости, проксимальный эпифиз большеберцовой кости и надколенник, сочленяющийся с передней поверхностью эпиметафиза бедренной кости. При анализе рентгенограмм учитывали: 1) форму, контуры и структуру оссифицированных частей метаэпифизов бедренной и большеберцовой костей; 2) состояние метаэпифизарных и апофизарных ростковых зон; 3) высоту рентгеновской суставной

Репозиторий ГрГМУ

щели (норма – 1/3 межметафизарного расстояния); 4) анатомические соотношения в коленном суставе во фронтальной и горизонтальной плоскостях.

На рентгенограммах коленного сустава вследствие наличия менисков рентгеновская суставная щель имеет большую высоту. Большое диагностическое значение имеет изменение ширины суставной щели. Как расширение, так и сужение суставной щели определялось путём сравнения с симметричной здоровой стороной по снимку, захватывающему сразу оба сустава (при соблюдении всех правил укладки обеих конечностей во время изготовления рентгенограммы). Показатели и индекс надколенника дали возможность выяснить состояние надколенника и исключить врождённые аномалии его развития – полную (patella parva) и частичную гипоплазию, характеризующуюся изменением очертаний надколенника. Сравнение поверхностей надколенника и мыщелков бедра позволило выяснить соответствие суставных поверхностей надколенно–бедренного сочленения, состояние суставной щели сочленения и исключить смещение надколенника по отношению мыщелков бедра, остеоартротические изменения и вывих в надколенно–бедренном сочленении.

Вывод. Знание возрастных особенностей рентгеноанатомической картины коленного сустава в норме позволяет нам интегрировать имеющиеся данные с клинической семиотикой, что рождает комплексный синдромный подход в диагностике травм и заболеваний данной локализации.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКОРА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Изобов М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фтизиатрии с курсом профпатологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.Б. Вольф

Репозиторий ГрГМУ

Одним из основных проявлений биологического действия селена и его производных являются выраженные антиокислительные эффекты. Поэтому значительный научный и практический интерес представляет изучение его действия и возможности применения при патологических процессах, сопровождающихся интоксикационным синдромом с нарушением липоперекисного гомеостаза. Удобной моделью такого рода является туберкулез. Известно, что туберкулезная интоксикация приводит к нарушению прооксидантно-антиоксидантного равновесия . С учетом изложенного целью настоящей работы явилась оценка эффективности и целесообразности применения селекора при заболеваниях, сопровождающихся нарушениями липоперекисного гомеостаза.

Обследован 71 больной туберкулезом легких с выраженным процессом, сопровождавшимся бактериовыделением у большинства и наличием полостей распада в половине случаев. Больные разделены на 2 группы: 37 пациентов основной (1-й) группы на фоне полихимиотерапии (4-5 препаратов), проводимой согласно современным требованиям, получали селекор по 50 мкг 2 раза в сутки в течение месяца, в контрольной (2-й) группе проводилась только химиотерапия. Наблюдение за больными осуществлялось в течение всего периода стационарного лечения .

Установлено достоверное снижение частоты побочных реакций на противотуберкулезные препараты, более полноценная ликвидация проявлений специфической интоксикации в основной группе. Несмотря на более тяжелые исходные проявления туберкулезного процесса в 1-й группе, общая эффективность лечения была одинаковой, что также можно связать с положительным влиянием селекора.

Биохимические тесты: определение в крови уровня антиоксидантных витаминов; восстановленного глутатиона (SH-групп); содержание веществ, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-РП), отражающих содержание в крови МДА, конечного продукта ПОЛ;

Репозиторий ГрГМУ

активность глутатион-пероксидаз-селеносодержащих ферментов.

В результате проведенных исследований установлено, что специфическая активность селекора, как Se-содержащей субстанции, проявляется в снижении проферментов глутатионпероксидаз, тогда как в контрольной группе наблюдалась тенденция к стимулированию активности этих изоферментов. При этом установлено, что в процессе антибактериальной терапии не только не происходит нормализации и прооксидантно-антиоксидантного равновесия, но и усиливается дисбаланс, что проявляется в значительном нарастании ДФА-РП у всех обследованных больных. Однако это увеличение в группе, принимавшей «селекор», оказалось практически в 2 раза меньшим. Это подтверждается и параллельным исследованием ТБК-РП, количество которых в плазме контрольной группы имело отчетливую тенденцию к росту, а в группе с назначением селекора этот показатель оказался стабильным. Уровень глутатиона: в обоих вариантах выявлена закономерность: падение глутатиона (SH-групп) при назначении АБП и достоверная стимуляция уровня SH-групп при дополнительном назначении селекора. Назначение селекора способствовало росту антиоксидантного потенциала циркулирующей крови, поскольку у лиц, получивших АБП в сочетании с селекором, достоверно возрастал уровень витаминов С и Е.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о целесообразности включения БАД «селекор» в качестве компонента нутритивной поддержки больных туберкулезом легких,. получающих АБП.

Мы полагаем возможным и целесообразным распространение полученных на модели легочного туберкулеза результатов и на другие патологические процессы, сопровождающиеся интоксикационным синдромом.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С УГРОЗОЙ

Репозиторий ГрГМУ

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Илюкевич Н.Н., Бондарчук Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет,Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Т.Ю. Егорова

Проблема невынашивания беременности остается одной из наиболее актуальных проблем в акушерстве и гинекологии, так как не только влечет за собой снижение рождаемости, но и оказывает отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщин. Также невынашивание беременности приводит к возникновению у женщин отрицательных эмоциональных реакций, которые усиливаются с каждым неблагоприятным исходом беременности.

Целью нашего исследования является изучение влияния угрозы преждевременных родов на течение родов и состояние новорожденного.

Материал и методы исследования: изучено течение беременности и родов у 200 пациенток, разделенных на 4 возрастные группы: 1-я – 18-20 лет, 2-я – 21-25 лет, 3-я – 26-30 лет, 4-я – 31 год и старше, у которых возникала угроза прерывания беременности в различные сроки: до 12 нед., 13-21 нед., 22-27нед., 28-33 нед., 34-37 нед. и которые закончились родами.

На основании полученных данных нами установлены факторы угрозы прерывания беременности:

- позднее наступление менархе(15 лет и старше – 22%) ;

- экстрагенитальная патология (ОРЗ – 82,5%; сердечно-сосудистая патология – 33,5%; заболевания эндокринной системы – 28,5%; заболевания почек – 27%);

- генитальные заболевания (эрозия шейки матки – 51,5%; ИППП – 24,5%; воспалительные заболевания придатков матки – 18,5%);

- акушерский анамнез (самопроизвольные выкидыши – 15,5%;

Репозиторий ГрГМУ

преждевременные роды – 5,5%; аборты – 10,5%; РМЦ – 18%; срочные роды были только у 32%);

- течение настоящей беременности (угроза прерывания беременности: 13-21 нед. – 44,5%; 28-33 нед. – 48%; гестозы – 27% и ФПН – 21%);

В результате проведенного лечения наблюдались следующие осложнения течения родов: (несвоевременное излитие вод – 27%; слабость родовых сил – 16%; преждевременные роды – 8%).Операцией кесарева сечения закончились – 24,5%. Показания со стороны плода: острая внутриутробная гипоксия у 7%; со стороны матери: ОАА(роды, рубец на матке) – 6,5%; заболевания органов зрения – 4,5%).

Родилось 212 детей, из них с оценкой по шкале Апгар:8/9 – 67,9%; 8/8 – 28,8%; 7/8 – 1,9%; 4/ИВЛ – 1,4%.

Выводы: факторами риска невынашивания беременности являются:

1. Генитальный инфантилизм(наступление менархе с 15 лет – у 22% женщин);

2.ОАА(самопроизвольный выкидыш – 15,5%; неразвивающаяся беременность – 8,5%; РМЦ – 18%; аборт – 10,5%);

3. Экстрагенитальная патология(ОРЗ – 82,5%; заболевания ССС – 33,5%; заболевания эндокринной системы – 28,5%; заболевания почек – 27%);

4. Угроза прерывания беременности(наиболее часто в сроке от 13 до 21 нед. – 44,5%, с 28 по 33 нед. – 48%); гестозы – 27%; ФПН – 21%.

Литература: 1. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. – М.: Медицина, 1986г.

2. Акушерство и гинекология «Генетические и иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности» Радзинский В.Е. №6 2005г.

КОНЦЕПТ СТАРОСТЬ (НА МАТЕРИАЛЕ ПАРЕМИОЛОГИЧЕСКОГО

Репозиторий ГрГМУ

ФОНДА РУССКОГО ЯЗЫКА)

Йандра П. Р., Алекс С. С.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского языка как иностранного

Научный руководитель - преподаватель М.Г.Ситникова

Анализ пословиц о достойной, здоровой и деятельной старости способствует выявлению общечеловеческих и национальных ценностей, к числу которых относятся требование уважения к пожилым людям, их жизненному опыту и вкладу в социальный прогресс, утверждение необходимости гуманного и бережного отношения к старикам, важности взаимодействия представителей разных поколений.

Материал и методы исследования: сравнительный анализ семантических групп паремий, характеризующих различные возрастные периоды жизни человека, установление семантико-стилистических особенностей группы паремий, характеризующих старость. Картотека паремий составлена на материале сборника В. И. Даля «Пословицы русского народа».

Результаты исследования: в паремиях подчёркивается идея о том, что и в пожилом возрасте возможно сохранение физического и психического здоровья при условии постоянного ведения здорового образа жизни, неподверженности в молодые годы вредным привычкам: *Молодому крепиться - вперед пригодится.*

Злоупотребления вредными излишествами в молодости отрицательно сказываются на состоянии здоровья пожилого человека: *В чем молод похвалится, в том стар покается*. *Смолоду прорешка - под старость дыра.*

В пословицах нашло отражение сожаление о том, что понимание необходимости заботы о своём здоровье зачастую приходит ко многим людям слишком поздно, когда причинённый в молодости вред

Репозиторий ГГМУ

организму в старости оборачивается многочисленными недугами: *Кабы снова на свет народиться, знал бы, как состариться*.

Многие пословицы рисуют образы здоровых и деятельных пожилых людей: *Старик, да лучше семерых молодых. И стар, да весел, и молод, да угрюм. Сам стар, да душа молода. И стар, да петух, и молод, да протух.*

Многочисленную группу составляют пословицы, в которых утверждается интеллектуальное преимущество пожилых людей над молодыми, ценность их жизненного опыта, подчёркивается необходимость обращения к старикам за советом: *Молодость плечами покрепче, старость головою. Молодой на битву, а старый на думу. Молодой на службу, старый на совет. Молодой работает, старый ум дает.*

Пословица иллюстрирует и возрастные изменения, происходящие в организме пожилого человека, свойственные данному возрастному этапу недуги.

Паремия *Дитя падает – бог перинку подстилает, стар падает – чёрт борону подставляет* иллюстрирует развивающееся в старости уменьшение плотности костной ткани, вызванное снижением уровня эстрогенов и кальцитонита, остеопороз - уменьшение костной ткани и ослабление скелета – причину возрастания риска переломов у пожилых людей даже при незначительных воздействиях. Одним из симптомов данного заболевания у пожилых людей является уменьшение роста либо появление горба, что нашло отражение в пословицах *Старость не радость, горб не корысть. Старость не радость: либо горб, либо кила (а ино и оба). При старости две радости: и с горбом и с бельмом (или: горб и кила).*

Выводы: пословицы и поговорки о старости сборника В. И. Даля в художественной форме выражают народные представления достойной, уважаемой старости, подчёркивают влияние здорового образа жизни на повышение качества жизни пожилых людей.

Репозиторий ГрГМУ

Литература:

Даль В. Пословицы русского народа. М., 1984.

О СВЯЗИ РУССКОЙ ФРАЗЕОЛОГИИ С ИСТОРИЕЙ И КУЛЬТУРОЙ РУССКОГО НАРОДА

Кавита Бандхоа

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – ст. преподаватель Г.И.Боборико

Известно, что при изучении неродного языка одну из самых больших трудностей составляет усвоение фразеологического состава этого языка. Знакомство с историей возникновения распространенных оборотов речи оказывает существенную помощь в понимании идиом. Многие идиоматические выражения современного русского языка (собаку съел – мастер в чем-то, скатертью дорога – пожелание убираться вон, куда угодно и др.) потеряли свою мотивированность даже для носителей русского языка как родного, связь между их внутренней формой и общим значением не осознается. В других случаях в оборотах имеются не употребляющиеся сейчас отдельно компоненты – архаизмы, уцелевшие в составе идиомы, или потерявшие значение части бывших когда-то слов (одним миром мазаны, говорить невесть что, ни зги не видно и др.). Раскрытие этимологии подобных выражений позволяет изучающим язык лучше понять их современное значение и стилистические оттенки, ведет к безошибочному и уверенному их использованию и восприятию в художественном тексте и в обычной разговорной речи, способствует их запоминанию.

Для полного понимания значения и смысла фразеологических оборотов необходимы так называемые фоновые знания, т.е. исторические и культуроведческие сведения, обязательные для эффективного изучения неродного языка. История русских

Репозиторий ГрГМУ

фразеологических оборотов раскрывает многие интересные и характерные стороны русской национальной культуры и быта, малоизвестные их черты, тем самым давая более полное представление о многовековой жизни русского народа, различных слоев общества, о развитии его духовной и материальной культуры.

Вот некоторые из таких фразеологизмов:

1. *Березовая каша*

Восточнослав. Из школьного обихода. В старой школе начало какого-либо нового этапа обучения отмечали угощением (кашей) из одного котла (ср. однокашник). Провинившихся и нерадивых учеников вместо угощения кашей пороли березовыми розгами, «угощали» кашей березовой.

2. *Бить баклуши* (бездельничать)

Собств. русск. Баклуши – чурки, откалываемые от чурбана, из которых изготовляют деревянные поделки (ложки и др.)

3. *Бить в набат* (поднимать тревогу)

Собств. русск. На Руси для оповещения о военной опасности били в большой колокол – набат (сл. набат было заимствовано из тюркского).

4. *Бить челом*.

Устар. – 1. Почтительно просить о чем-либо. 2. Жаловаться на кого-либо.

Восточнослав. По старому обычаю Древней Руси проситель, обращаясь к кому-либо, падал перед ним на колени, низко кланяясь, касаясь челом земли или пола.

Как видим, без знания исторических, национально-бытовых моментов понять эти фразеологизмы невозможно. Поэтому так актуален вопрос об одновременном изучении языка и культуры народа - носителя этого языка.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМОСТИ ФРАГМЕНТОВ ИСКУССТВЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА С

Репозиторий ГрГМУ

НАНЕСЕННЫМИ ПОКРЫТИЯМИ НА ОСНОВЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО УГЛЕРОДА

Казбанов В.В., Савченко А.А., Августинович И.А., Сергиевич С.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Институт физиологии НАН Беларуси, Беларусь

Физико-технический институт НАН Беларуси, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научные руководители - к.м.н., доцент Ю.Г.Дегтярев; д.м.н., профессор, член-корр. НАН Беларуси В.А. Кульчицкий; д.т.н., профессор, член-корр. НАН Беларуси Э.И. Точицкий

Одной из малоизученных и насущных проблем имплантации является проблема биологической совместимости. Известно, что контакт чужеродного материала с кровью вызывает образование на поверхности имплантата слоя белков плазмы крови [1], динамика изменений состава и структуры которого во многом определяет физико-химические и биосовместимые свойства поверхности имплантата [2].

Цель исследования – изучить особенности биологической совместимости имплантатов, покрытых пленками модифицированного углерода.

Материалы и методы исследования. Эксперимент выполнен на базе Института физиологии НАН Беларуси на 20 крысах-самцах. Всем животным осуществляли срединную лапаротомию под наркозом. Методом вживления было выбрано осторожное погружение имплантата в свободную брюшную полость. Экспериментальные животные были разделены на три группы: первая (n=7) – крысы, которым погружали фрагменты имплантатов, покрытых пленкой модифицированного углерода, вторая (n=7) – крысы, которым погружали фрагменты имплантатов без покрытия, третья (n=6) – контрольная группа, в которой осуществляли только срединную лапаротомию. В качестве имплантатов использовали фрагменты искусственного механического

Репозиторий ГрГМУ

клапана сердца.

Через 7 дней после оперативного вмешательства всех экспериментальных животных декапитировали с последующим взятием крови на лабораторное исследование для определения уровней гормонов, ревизией брюшной полости с определением локализации имплантата и визуальным контролем состояния соприкасающихся с ним органов и тканей.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты лабораторного исследования статистически обработали (таблица 1).

Таблица 1. Содержание кортизола и соматотропного гормона в крови

Группа крыс	Количество крыс	Кортизол (нмоль/л), M±m	СТГ (мМе/л), M±m
Контрольная	6	66,95±6,88	2,65±0,83
Имплантат с покрытием	7	52,21±5,03	1,84±0,67
Имплантат без покрытия	7	42,58±5,82	1,42±0,64

Ревизия брюшной полости показала, что все имплантаты располагались свободно и не имели соединительнотканных элементов на поверхности. Воспалительные изменения в области близлежащих органов и соприкасающихся с имплантатом тканей не определены.

Выводы. Экспериментальные результаты (менее выраженный сдвиг уровня кортизола и соматотропного гормона после вживления имплантатов, покрытых алмазоподобными углеродными материалами) являются основой для заключения о том, что фрагменты искусственных механических клапанов сердца с нанесенными покрытиями на основе модифицированного углерода являются биологически более

Репозиторий ГрГМУ

совместимыми, чем фрагменты искусственных механических клапанов сердца без подобных покрытий.

Литература:

1. Корсак С.И. Тромбогенность искусственного клапана сердца «Планикс» в зависимости от вида покрытия поверхностей // Здравоохранение. – 1997, №8. – С.14-18.

2. L. Anne Thomson, Frances C. Law et all. Biocompatibility of diamond-like carbon coating // J. Biomaterials. – 1991, №12. – P. 37–40

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА КОЖИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ФАКТОРЫ ПЕРСИСТЕНЦИИ ВЫДЕЛЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ

Кандлен К.В.

Красноярская государственная медицинская академия, Россия

Кафедра микробиологии и вирусологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент О.В. Перьянова

Цель исследования: дать сравнительную характеристику качественного и количественного состава микрофлоры кожи онкологических больных городов Енисейска, Лесосибирска, Кемерово, Саяногорска, Хабаровска и ее чувствительности к антибиотикам.

Задачами исследования явились: изучить микробный пейзаж кожи онкологических больных. Определить метициллинрезистентность стафилококков, выделенных с кожи онкологических больных. Определить устойчивость к антибиотикам метициллинчувствительных стафилококков, выделенных с кожи онкологических больных.

Методы исследования: Объектами исследования явились мужчины в возрасте 40-50 лет со схожей онкологической патологией, не имеющие инфекционной патологии кожных покровов. Забор микрофлоры производился с передней брюшной стенки, как экотопа, наиболее изолированного от контаминации окружающей микрофлорой. Определение чувствительности к антибиотикам проводилось в 2 этапа.

Репозиторий ГрГМУ

На первом этапе выявлялась чувствительность микроорганизмов к оксациллину. На втором этапе оксациллинчувствительные микроорганизмы исследовались на чувствительность к антибиотикам различных классов. Все исследования проводились с соблюдением стандартов NCCLS.

Результаты: Средняя обсемененность кожи у онкологических больных составила 5,33 - 7,99 КОЕ/см^2 Микрофлора кожи онкологических больных представлена в основном Гр+ кокками и Гр+ спорообразующими и неспорообразующими палочками, при этом количество спорообразующих палочек составляет 29%, среди Гр+ кокков доминируют *Staphylococcus* spp, удельный вес которых составляет 65,7%. Среди микроорганизмов кожных покровов онкологических больных превалируют гемолитические формы 69,3%.

Среди стафилококков доминируют КНС 77,6%, КПС 22,4% При этом следует отметить более высокую устойчивость к антибиотикам именно КНС, являющихся доминирующими представителями стафилококков на коже онкологических больных. Выявлено парадоксальное усиление роста *Staphylococcus scheiferi* в области диффузии эритромицина, линкомицина, азитромицина, тетрациклина. Это свидетельствует, на наш взгляд, об изменении основных реакций метаболизма с формированием метаболического шунта и вовлечением в биохимический цикл антибиотиков, как средств не только не угнетающих, но и усиливающих метаболические процессы и процессы размножения. MR-штаммы составляют 12,5%, в том числе MRSA – 64%, MRSE – 36%, что повышает риск развития послеоперационных осложнений у онкологических больных и ухудшает эпидемиологическую ситуацию в ЛПУ, где наблюдается данная категория больных. MS – штаммы стафилококков в 100% случаев устойчивы к линкомицину, отмечается высокий удельный вес штаммов, устойчивых к фторхинолонам, эритромицину и тетрациклиновым антибиотикам. Микрофлора кожи онкологических больных характеризуется резким

Репозиторий ГрГМУ

снижением количества резидентных микроорганизмов – стафилококков и увеличением удельного веса факультативной микрофлоры с признаками вирулентности (гемолитические, спорообразующие, устойчивые к антибиотикам). Значительная контаминация кожи онкологических больных MRSA (12,5%).Появление микроорганизмов тотально резистентных к антибиотикам, а также форм, использующих антибиотики в качестве факторов роста. Изменение микробного пейзажа кожи онкологических больных является фактором риска развития у них гнойно-воспалительных осложнений и причиной возможного эпидемиологического неблагополучия и формирования очагов нозокомиальных инфекций атипичного течения в ЛПУ, где данная категория больных лечится и наблюдается.

ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Каретко В.В, Шейко Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Проблема заболеваемости нервной системы актуальна, так как данная патология приводит к длительной госпитализации, значительным затратам государства и ухудшению качества жизни не только больных, но и членов их семей.

Целью настоящего исследования явилось изучение причин госпитализации в неврологическое стационарное отделение.

Статистическим методом обработаны 244 карты лиц, выбывших из стационара областного уровня за 2004 год.

Причинами госпитализации явились четыре диагноза, относящиеся к VI и IX классу по МКБ-10. Первое место принадлежит инфаркту мозга неуточненному, который по удельному весу составляет 57,3% всех госпитализаций. На втором месте расположен рассеянный склероз

Репозиторий ГрГМУ

(38,1% от общего числа госпитализаций). Третье место занимают другие демиелинизирующие болезни ЦНС (3,7%). Наименьшее количество госпитализировано с дегенеративной болезнью нервной системы неуточненной (0.9%).

Среди лиц мужского пола первое место занимает инфаркт мозга неуточненный (66,7%). На втором месте - рассеянный склероз (27,6%), на третьем месте – другие демиелинизирующие болезни ЦНС (4.6%). В структуре госпитализации лиц женского пола, напротив, ведущее место занимает рассеянный склероз (48,7%), на втором месте – инфаркт мозга неуточненный (48%).

С возрастом регистрируется рост госпитализаций по поводу инфаркта мозга, достигая максимального уровня в возрастной группе 60-79 лет (97,6%). Тогда как в возрастной группе от 20 до 39 лет он занимает 10,2% от общего числа госпитализированных. Противоположная картина отмечается среди больных рассеянным склерозом. Если в возрастной группе 20-39 лет лица, страдающие рассеянным склерозом, составляют 84,8%, то в возрастной группе 60-79 лет их количество снижается до 2,4%.

В структуре госпитализации городских жителей ведущее место принадлежит рассеянному склерозу (54,5%), на втором месте - инфаркт мозга неуточненный (38,2%). Последнее место у горожан занимают другие демиелинизирующие болезни ЦНС (7,3%). В структуре госпитализации сельских жителей первое место принадлежит инфаркту мозга (73,1%), далее - рассеянный склероз (24,6%). Незначительную часть составляют больные с дегенеративной болезнью нервной системы неуточненной (1,5%).

Пик госпитализаций по поводу инфаркта мозга приходится на весеннее и осеннее время (28% от всех страдающих данной патологией). Весной наблюдается увеличение количества госпитализированных с рассеянным склерозом (37,6%). Основная масса (66,6%) больных с другими демиелинизирующими болезнями

Репозиторий ГрГМУ

ЦНС поступила в стационар в осенний период.

Наиболее длительно (18 дней) пребывали в стационаре больные с инфарктом мозга неуточненным, а срок госпитализации лиц с дегенеративной болезнью нервной системы неуточненной составил всего 7 дней.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке соответствующих мер по осуществлению профилактических мероприятий, лечению и реабилитации больных.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СТАЦИОНАРНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Каретко В.В., Шейко Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

В неврологическое отделение больниц районного и областного уровня поступают больные с патологией центральной и периферической нервной системы. Целью нашего исследования явилось изучение социального портрета больных, госпитализированных в неврологическое отделение областной больницы. Статистическим методом было обработано 244 карты лиц, выбывших из стационара за 2004 год. В отделение было госпитализировано примерно равное количество лиц мужского и женского пола (50,4% и 49,6% соответственно). Больше всего поступило лиц в возрастной группе 40-59 лет (41%). На втором месте располагается возрастная группа 60-79 лет (34% неврологических больных). На третьем месте возрастная группа 20-39 лет (18,2%) . Реже всего госпитализировались лица в возрасте от 0 до 19 лет (2,9%) и в возрасте от 80 лет и более (3,9%). Обращает на себя внимание тот факт, что половину всех госпитализированных составляет работоспособное население.

Репозиторий ГрГМУ

В больницу за год госпитализировано 54,9% сельских и 45,1% городских жителей. Пики заболеваемости нервными болезнями приходятся на весенний и осенний периоды (30,3% и 25,7% соответственно). В летнее и зимнее время наблюдается тенденция к снижению числа госпитализированных, на данные периоды приходится по 22% от общего количества неврологических больных.

97,5% госпитализированных находились на стационарном лечении в неврологическом отделении впервые. Основная масса больных (65.6%) госпитализировалась в плановом порядке. По экстренным показаниям в стационар было доставлено 44,4% больных. В первые шесть часов от начала заболевания в неврологическое отделение поступило 16% больных, через 7-24 часа - 17,2%. Наибольшая часть всех поступивших (66,8%) доставлена в стационар позднее суток с момента начала заболевания. Преимущественно больные госпитализировались с 08.01 до 16.00 (68,5%). Наименьшая часть больных (10,2%) поступила в отделение с 24.00 до 08.00.

Полученные результаты следует учитывать при организации стационарной помощи неврологическим больным.

ДЕТЕКТИРОВАНИЕ ОКИСИ УГЛЕРОДА В АТМОСФЕРЕ С ПОМОЩЬЮ CO_2-ЛАЗЕРА

Карпович Е. Ю., Клинцевич А. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

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

Окись углерода – наиболее опасный загрязнитель атмосферы, наличие которого в окружающей среде оказывает существенное влияние на здоровье человека. Определение концентрации CO в атмосфере можно осуществлять на удвоенных частотах CO_2-лазера за счет эффективной генерации 2-ой гармоники в нелинейных кристаллах. [1]

Репозиторий ГрГМУ

В условиях однородной трассы коэффициент селективного поглощения на длине волны □, может быть рассчитан на основе Лоренцева контура линии поглощения. [2]

Анализ оптических характеристик загрязнителя атмосферы проводился по методу дифференциального поглощения. Суть этого метода заключается в зондировании атмосферы на паре линий «on line» (линия с резонансным, максимально возможным поглощением) и «off line» (линия с минимальным поглощением). Принципиально важно осуществить подбор оптимальных пар линий с учетом положения полос поглощения других атмосферных газов.

Теоретический анализ с учетом перекрытия линий поглощения CO и фоновых газов показал, что в качестве «on line» целесообразно выбирать удвоенные частоты линий 9R(30) с □=4,6099 мкм, 9R(18) с □=4,6412 мкм и 9P(24) с □=4,7931 мкм. При этом зондируемая длина 2L составляет 0,2 км. Соответственно, в качестве «off line» наиболее приемлемы линии 9R(28) с □=4,6148 мкм, 9R(20) с □=4,6357 мкм и 9P (26) с □=4,8018 мкм, на которых практически отсутствует поглощение окиси углерода.

На рис. 1 приведен спектр пропускания атмосферы в диапазоне длин волн, где проводились исследования. Из четырех рассматриваемых лазерных линий (9P(22) - 9P(28)) одна линия 9P(24) «on line» практически попадает на пик поглощения CO, две другие линии (9P(22) и 9P(28)), достаточно хорошо совпадающие с линиями поглощения H_2O, могут использоваться как реперные, а лазерную линию 9P(26), на которой практически отсутствует поглощение как CO, так и H_2O, целесообразно брать в качестве «off line».

Следует отметить, что такой многочастотный метод лазерного детектирования может быть использован для диагностики других антропогенных загрязнителей атмосферы.[3]

Репозиторий ГрГМУ

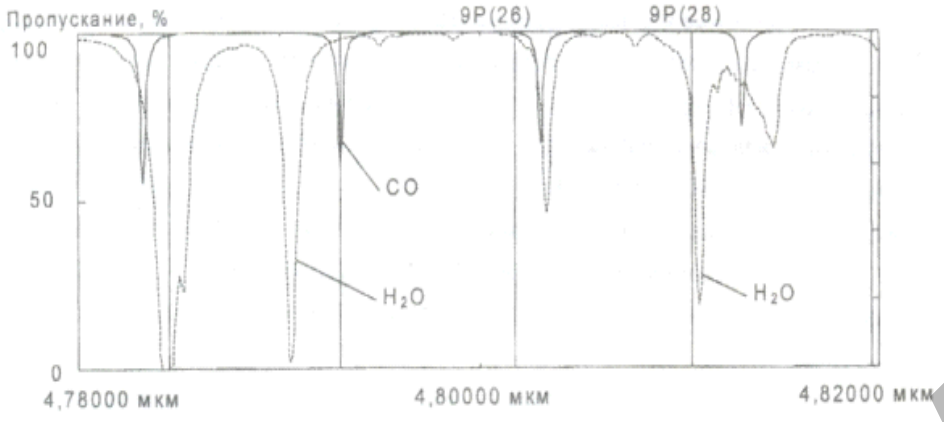


Рис. 1. Спектр пропускания CO и фоновых газов в диапазоне 4.78-4.82 mm. Условия расчета:

длина трассы (2L)=200м, P=1 атм., T=287 K. Содержанием газов: CO=1 ppm, H_2O=10000 ppm, N_2O=0.12 ppm, CO_2=330 ppm.

Литература:

1. В.А. Горобец, К.В. Козлов, В.О. Петухов, С.Я., Точицкий, В.В. Чураков. TEA CO_2–лазер с эффективным удвоением частоты излучения для трассовых измерений газовых загрязнителей атмосферы. Тезисы 6-ой Петербургской школы-семинара-выставки «Лазеры для медицины, биологии и экологии». С-Петербург, 7-8 декабря 1998 г. с.47-48.
2. В.Н. Арефьев «Известия АН СССР, Физика атмосферы и океана», т. 27, № 11 (1991).
3. В.О. Петухов, В.А. Горобец, И.Н. Пучковский, И.М. Бертель. Высокочувствительный дистанционный лазерный газоанализ утечек в трубопроводах. Труды VI Международной конференции «Лазерная физика и оптические технологии», 25-29 сентября 2006 г., г. Гродно, часть 2, с. 240-242.

ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ОБОРОТЫ РУССКОГО ЯЗЫКА

Катарийа Анкиткумар

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель - ст. преподаватель Г.И.Боборико

Репозиторий ГрГМУ

Русский язык, как никакой другой язык мира, включает в себя множество фразеологических оборотов.

Фразеологические обороты современного русского языка различны по своему происхождению. Среди них можно выделить четыре различных группы:

1) исконно русские фразеологические обороты;
2) заимствованные фразеологические обороты;
3) фразеологические кальки;
4) фразеологические полукальки.

Из всех фразеологизмов современного русского языка основную массу составляют фразеологические единицы исконно русского происхождения: *в один голос; положа руку на сердце; водой не разольёшь* и др.

При этом все исконно русские фразеологические обороты по времени своего появления подразделяются на три группы:

1. Общеславянские фразеологические обороты, унаследованные русским языком из общеславянского языка (распадение последнего относится к V-VI в.в.). К общеславянским фразеологическим оборотам относится, например, фразеологизм *водить за нос*.

2. Восточнославянские фразеологические обороты, возникшие в эпоху существования древнерусского языка (VI-XV в.в.), который являлся языковой общностью русских, украинцев и белорусов.

3. Собственно русские фразеологические обороты, появившиеся в русском языке в эпоху раздельного существования русского, украинского и белорусского языков (в основном с XV в. по настоящее время).

Исконно русские фразеологические обороты образовались различными путями. В зависимости от того языкового материала, который лёг в основу будущей фразеологической единицы, а также способа фразеологизации можно наметить несколько основных путей

Репозиторий ГрГМУ

образования фразеологических единиц.

1. Переосмысление свободных сочетаний слов: *попасть впросак, пройти сквозь огонь, воду и медные трубы, пускать пыль в глаза, обвести вокруг пальца* и т.п. Это основной путь образования фразеологических единиц.

2. Переосмысление устойчивых сочетаний: *чистой воды, геенна огненная, до скончания века и др.*

3. Образование по модели с уже существующими выражениями: *живой труп* (по аналогии с уже существующим фразеологизмом типа *белая ворона*).

4. Образование фразеологизмов из авторских оборотов: *слона-то я и не приметил* (И.А. Крылов), *дистанция огромного размера* (А.С. Грибоедов), *рождённый ползать летать не может* (А.М. Горький) и др.

5. Образование фразеологизмов на основе пословиц и поговорок: *старый воробей* - из *старого воробья на мякине не проведёшь*, *колоть глаза* - из *правда глаза колет* и др.

6. Образование фразеологизмов путём переосмысления терминологических сочетаний: *катиться по наклонной плоскости*.

Определённое количество фразеологизмов, бытующих в современном русском языке, является фразеологическими кальками и полукальками. Под фразеологической калькой понимается фразеологический оборот, появившийся в русском языке в результате буквального, т.е. пословного, перевода иноязычного оборота. Например: борьба за существование – из англ. struggle for life. Фразеологической полукалькой является полузаимствование чужого фразеологического оборота, когда часть компонентов иноязычного фразеологизма переводится, а часть заимствуется без перевода, например, пробить брешь из франц. battre en breche, battre en были переведены глаголом пробить, а слово breche заимствовано.

Репозиторий ГрГМУ

ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Качук М.В., Стребкова Т.Н., Орехова Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент В.Н. Волков

Для ультразвуковой диагностики гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) используются показатели массы миокарда (ММ) и толщины стенок левого желудочка (ЛЖ) в диастолу. Увеличение данных показателей выше половозрастной нормы свидетельствует о сформировавшейся компенсаторной реакции миокарда на систолическую перегрузку. В практике приобретают значение начальные ультразвуковые признаки формирования ГЛЖ, когда лечение может привести к регрессии минимальных патоморфологических изменений.

Целью исследования явилось выявление дополнительных ультразвуковых показателей у больных артериальной гипертензией (АГ) при формировании ГЛЖ.

Обследовано 766 пациентов в возрасте от 15 до 77 лет (средний – 49.3±13.6) в т.ч. мужчин – 61.9%. Всем пациентам проводилась эхокардиография по стандартной методике. Помимо стандартных показателей изучались систолическая толщина стенок ЛЖ (МЖПс и ЗСЛЖс), их экскурсия (МЖПэ и ЗСЛЖэ) и систолическое утолщение (МЖПу и ЗСЛЖу). Ультразвуковыми критериями ГЛЖ считалось увеличение МЖПд и/или ЗСЛЖд ≥ 12 мм.

Результаты и обсуждение. Анамнестически повышение АД отмечалось у 383 (53.7%) больных, повышение АД на момент обследования зарегистрировано у 415 пациентов (56.8%). По уровню АД все 383 пациента разделены на группы: без АГ – 305 (43%), с ”повышенным нормальным” АД (ПАД) – 172 (24%), АГ 1 ст. – 157 (22%), АГ 2 ст. – 63 (9%), АГ 3 ст. – 13 (2%). Средняя ЧСС составила 68.1±14.6

Репозиторий ГрГМУ

в мин., систолическое АД (САД) – 138.3±22.8 мм.рт.ст., диастолическое АД (ДАД) – 85.7±12.4 мм.рт.ст.

У всех обследуемых средние эхокардиографические показатели были представлены следующими значениями: КДР ЛЖ – 52.5±5.6 мм; ФВ ЛЖ – 63.6±8.6 %; масса миокарда ЛЖ (ММ) – 147.2±38.5 г; МЖПд – 9.8±2.2 мм; МЖПс – 13.9±2.5 мм; МЖПэ – 7.9±2.9 мм; МЖПу – 45.8±23.2 %; ЗСЛЖд – 10.4±1.8 мм; ЗСЛЖс – 15.4±2.3 мм; ЗСЛЖэ – 9.6±2.4 мм; ЗСЛЖу – 50.9±21.6 %; ЗСЛЖv – 37.8±9.8 мм/с.

При кросскорреляционном анализе была выявлена достоверная связь между САД и ЗСЛЖ в диастолу и систолу ($r=0.43$ и $r=0.42$ соответственно, $p<0.05$). ДАД коррелировало с ЗСЛЖс и ЗСЛЖд ($r=0.28$ и $r=0.27$ соответственно, $p<0.05$). Для разработки диагностических критериев ГЛЖ по систолическому утолщению стенок был выбран метод классификационного дерева с исходными элементами МЖПд, ЗСЛЖд, ММ, САД и ДАД.

Дальнейший анализ выявил следующие диагностические критерии ГЛЖ: МЖПс > 14.5 мм, МЖПу ≤ 43.6%, ЗСЛЖс > 15.5 мм и ЗСЛЖу ≤ 44.2%. Наиболее высокой специфичностью обладали критерии МЖПд > 11 и ЗСЛЖд > 11 (88-90%). Превалирующей чувствительностью характеризовались критерии МЖПу ≤ 43.6 и ЗСЛЖс > 15.5 (63%).

Чувствительность стандартных критериев ГЛЖ в общей группе больных АГ зависела от стадии заболевания. В группе ПАД чувствительность критерия ММ > 157 составила 38% по сравнению с ЗСЛЖс > 15.5 (55%), а в группе АГ 3 ст. – 85% и 69% соответственно.

Представленные данные свидетельствуют о неравнозначной оценке диагностических критериев формирования ГЛЖ: на начальных стадиях преобладают увеличение систолической толщины стенок ЛЖ и снижение их систолического утолщения, на конечных стадиях – увеличение диастолической толщины стенок и массы миокарда ЛЖ. Диагностические критерии МЖПу ≤ 43.6% и ЗСЛЖс > 15.5 мм позволяют повысить выявляемость начальных изменений в миокарде

Репозиторий ГрГМУ

ЛЖ с более высокой чувствительностью (54.7-63.1%).

ЯЗЫК И ОБЩЕСТВО

Кйада Навнит Гордханбхай

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – Е.А.Дымова

Язык – важнейшее средство человеческого общения. Как язык немыслим вне общества, так и само общество не может существовать без языка, без средства общения людей между собой. Люди издавна понимали это.

В древней библейской легенде о Вавилонской башне рассказывается: бог, разгневанный тем, что люди строят башню, которая должна достичь неба, «смешал языки» - и башня осталась недостроенной (то есть совместный труд людей, не понимающих друг друга, стал невозможен).

Роль языка в жизни общества всё время возрастает, становится всё более заметной. Мы уже знаем, что язык возник из потребности человека что-то сказать другому. Но с развитием общества это «что-то» постоянно растёт, знания человечества становятся обширнее, а ведь язык и есть форма, в которой хранится запас информации. Так, растущий объём информации, необходимость сохранять её во времени (для последующих поколений) и передавать в пространстве (людям, находящимся в другом месте) привели к изобретению письменности. В древности письменная речь была необходима прежде всего для торговли, для ведения государственных дел. Грамотных людей было в то время немного.

При всеобщей грамотности письменная речь, созданная для записи устной, стала даже преобладать над ней: неизмеримо выросло значение документов, книг, газет. Но вот изобретены радио и

Репозиторий ГрГМУ

телевидение – и значение устной речи в общественной жизни снова растёт.

С развитием общества развивается и язык, он приспосабливается к тому, чтобы всё лучше, всё более всесторонне обслуживать общество. Появляются новые предметы, явления, понятия – и язык даёт им названия. Этот процесс мы можем наблюдать чуть ли не ежедневно.

Но дело не только в том, что в сегодняшнем языке больше слов-названий. Со временем изменяется и сам язык.

Мы перенимаем родной язык от родителей, от окружающих нас, от учителей. К тому времени, когда мы идём в школу, мы уже владеем родным языком: владеем и звуковым строем языка; и бесконечным множеством приставок, корней, суффиксов, с помощью которых, как из атомов молекулы, создаются слова; и общеизвестными значениями слов; и окончаниями, при помощи которых связываются слова друг с другом, когда мы строим из них предложения по практически известным нам, но ещё не изученным нами правилам. И этот, казалось бы, незыблемый арсенал меняется даже за то время, что мы пользуемся, медленно, но меняется. Различия между речью отцов и детей, дедов и внуков ещё не очень заметны. Но за несколько веков накапливается много изменений. Изменяется звуковой строй.

Ни один народ не может жить, не вступая в контакты – исторические, торговые, культурные – с другими народами, и, прежде всего, с соседними. В результате в любом языке мы находим заимствованные иноязычные слова. Число таких слов в разных языках в разное время колеблется. В настоящее время русский язык в основном заимствует научные и технические термины.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВВОДА АНАЛОГОВЫХ СИГНАЛОВ ИНФРАНИЗКИХ ЧАСТО

ЧЕРЕЗ АЦП ЗВУКОВОЙ КАРТЫ КОМПЬЮТЕРА

Клинцевич А.С., Дубицкая Н.А., Молитвик Т.Я.

*Гродненский государственный университет им. Я. Купалы, Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра медицинской и биологической физики
Научный руководитель – ст. преподаватель Е.Я.Лукашик

Известна программа «PowerGraph», предназначенная для регистрации, обработки и хранения аналоговых сигналов, записанных с помощью аналого-цифровых преобразователей (АЦП), и позволяющая использовать персональный компьютер в качестве обычного осциллографа или ленточного самописца. Основные функции программы:

- Оцифровка и регистрация аналоговых сигналов в реальном масштабе времени.
- Графическое представление и хранение данных.
- Первичный анализ и обработка записанных данных.
- Импорт и экспорт данных.

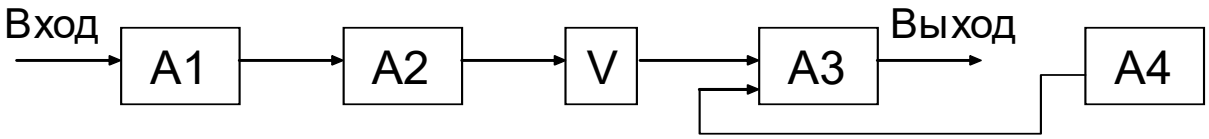
В качестве АЦП может использоваться аналого-цифровой преобразователь звуковой карты компьютера. Поддерживается разрядность 8- и 16-бит, одно- и двухканальная запись (моно и стерео). Медицинское приложение этой программы ограничивается тем, что в полосу пропускания звуковой карты не попадают инфранизкочастотные сигналы ЭКГ, ЭЭГ и др.

Целью работы является создание устройства для ввода аналоговых сигналов инфранизких частот через АЦП звуковой карты компьютера.

Принцип действия устройств основан на переносе спектра инфранизкочастотных колебаний в область звуковых частот посредством амплитудной модуляции с дальнейшей демодуляцией при воспроизведении.

Структурная блок-схема представлена на рисунке ниже.

Репозиторий ГрГМУ



Основным узлом устройства, содержащего четыре каскада, является масштабный усилитель, собранный на микросхеме *A3*. Его коэффициент передачи зависит от сопротивления полевого транзистора V, управляемого по затвору напряжением инфранизкочастотного сигнала. Коэффициент передачи усилителя *A3* линейно зависит от входного инфранизкочастотного сигнала, что и позволяет использовать его в качестве амплитудного модулятора. Каскад на микросхеме *A*1 - буферный и предназначен для согласования с источником сигнала и для обеспечения высокоомного входа этого каскада.

Каскад на микросхеме *A2* служит для линеаризации характеристики управляемого резистора полевого транзистора V и установки его начального сопротивления. На микросхеме *A4* -собран генератор несущих синусоидальных колебаний, их частота для указанных на схеме номиналов резисторов и конденсаторов примерно равна 1,7 кГц и может быть по желанию изменена. Конкретный выбор несущей частоты продиктован целесообразностью двухканальной записи (два монофонических входа). Полоса пропускания устройства 0,01-100 Гц.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ЗАКОНЧИЛАСЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Ковалевич Н.К., Саляхова Л.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.И. Заборовский

В настоящее время большое внимание уделяется здоровью и

Репозиторий ГрГМУ

социальному благополучию будущих матерей. В связи с недостаточной осведомленностью о последствиях безучастного отношения к своему здоровью и несвоевременным обращением к врачу значительное количество среди рожавших женщин имеют в анамнезе преждевременные роды. Среди многочисленных факторов, влияющих на течение и исход беременности, определенное место занимают медико-социальные факторы.

В связи с этим целью работы явилось изучение медико-социальных факторов, влияющих на преждевременные роды.

Исследование осуществлялось путем выкопировки интересующих сведений из медицинской документации родильных домов и опроса родильниц с преждевременными родами на специально разработанные карты по 55 позициям. Общее число наблюдений составило 210 родильниц в возрасте от 18 до 30 лет.

Среди исследованных респонденток замужем 71,0 %, не состоявшие в браке составили 20,0 %. По характеру трудовой деятельности 2/3 заняты преимущественно физическим и 29,0% - преимущественно умственным трудом. Наличие вредности на рабочем месте отметили 1,0% опрошенных. Вредные привычки имели 12,0% родильниц.

Первая менструация началась: у 10,3 % в 11-12 лет; у 27,4% в 12-13 лет; у 39,3 % в 13-14 лет; у 17,4 % в 15-16 лет; у 5,6 % в 17-19 лет. Менструация сразу установилась у 85,1 % , а нарушения менструального цикла наблюдались у 4,0 % респонденток.

Более половины исследованных (58,3 %) имели в анамнезе гинекологические заболевания, из них лишь 2/3 лечились. Экстрагенитальная патология присутствует у 54,2 %, среди которых превалируют болезни желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, эндокринной системы, почек.

Каждая третья из исследуемых респонденток ранее имела беременность, которая лишь в 41,2% случаев закончилась родами,

Репозиторий ГрГМУ

выкидыш отмечен у 17,3 %, внематочная беременность - у 15,1%, искусственный аборт - у 26,4%. Срок беременности при первом осмотре врачом женской консультации до 12 недель - у 83,1 %, в сроке 13-23 недели – 10,2 %, не состояли на учете - 4,6%.

Практически у каждой второй (47,3%) среди всех исследуемых родильниц имелась 2 группа крови, у 23,4% - 1 группа крови, 3-я – у19,9% и 4-я - у 9,4%; при этом с Rh+ 84,0%, Rh- 16,0 %.

Экстрагенитальную патологию во время беременности имели 61,3%. Среди них преобладала следующая патология: вирусная инфекция, пиелонефрит, анемия, гиперплазия щитовидной железы. У исследуемого контингента беременность протекала с осложнениями у 56,3%. Причем среди них регистрировалось многоводие у 8,3%, токсикоз- у 22,4 %, угроза выкидыша- у 39,3 %, анемия – у 23,5 %. Проводилось лечение по этому поводу только у 62,7% беременных.

Таким образом, при разработке мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин необходимо предусматривать разделы по охране прегравидарного здоровья, профилактике, ранней диагностике и лечению гинекологических и экстрагенитальных заболеваний у женщин, искоренению основных факторов, отрицательно влияющих на течение беременности.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ ИТОГОВОГО БАЛЛА ПРИ КОМПЬЮТЕРНОМ ТЕСТИРОВАНИИ

Кожевникова А. А., Придыбайло О. И., Клинцевич А. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – к. ф.-м. н., доцент С.И. Клинцевич

В теории тестирования в настоящее время существуют два подхода к интерпретации результатов тестирования. Первый подход сложился в рамках классической тестологии, второй получил развитие в так называемой теории моделирования и параметризации

Репозиторий ГрГМУ

педагогических тестов (Item Response Theory - IRT). Оба подхода, при имеющемся различии в исходных постулатах оценки достижений, имеют одно общее начало – для формирования обоснованной и объективной оценки используются строгие и выверенные математические (статистические) модели педагогических измерений.

В результате исследования нами массовых (рекламируемых и применяемых) компьютерных сред для тестирования можно сделать заключение, что время реализации таких статистических алгоритмов для оценки тестирования еще не наступило. В большинстве распространенных программных сред применяется достаточно простая схема образования оценки, которая не учитывает сложности или легкости тестовых заданий. В основном применяются два подхода (вариант b1 - учет соотношения правильных/неправильных ответов и вариант b3 – без учета такого соотношения; для сравнения нами предложен третий вариант – b2) в образовании оценки с использованием 100-балльной шкалы:

$$1)\ b1 = \left[\frac{X_1}{Y_1} - \frac{X_0}{Y_0}\right]\cdot 100;\quad 2)\ b3 = \left[\frac{X_1}{Y_1}\right]\cdot 100.\quad b2 = \left[\frac{X_1}{Y_1}\cdot\frac{1}{\frac{X_0}{Y_0}+1}\right]\cdot 100, \quad (1)$$

здесь X и Y обозначают, соответственно, суммарное количество выбранных вариантов ответов и общее количество ответов в тесте; индексы 0 и 1 – неправильные и правильные варианты ответов.

Для сравнения вариантов B1, B2 и B3 итоговые баллы путем введения параметров ξ, η и θ трансформированы в функции f1, f2 и f3:

$$f_1 = \frac{\theta - \xi\eta}{\eta\cdot(1-\eta)},\quad f_2 = \frac{1-\eta}{1+\xi-\theta-\eta}\cdot\frac{\theta}{\eta},\quad f_3 = \frac{\theta}{\eta}, \quad (2)$$

где $$\xi = \frac{X}{Y},\ \eta = \frac{Y_1}{Y},\ \theta = \frac{X_1}{Y},\ X = X_0 + X_1,\ Y = Y_0 + Y_1. \quad (3)$$

Исследование функций (3) проводилось в среде математического автоматизирования проектирования (программный пакет MathCad, v. 12.0, фирмы MathSoft Inc.).

Репозиторий ГрГМУ

В результате нами установлено следующее:

1. вариант b1 при учете соотношения правильных/неправильных выбранных ответов приводит в некоторых случаях к отрицательным значениям балла, что может привести к затруднению интерпретации и представляет собой достаточно жесткую схему оценки;

2. вариант b3 не учитывает ошибочных ответов и представляет собой достаточно примитивную схему образования итоговой оценки с явно завышенным итоговым баллом;

3. вариант b2, обладая преимуществами схемы b1, не имеет ее основного недостатка – отрицательного балла, позволяет более объективно оценивать результаты тестирования.

Общий вывод – схема b2 формирования итогового балла достижений более гибкая, более корректная и более объективная по сравнению с другими схемами, рассматриваемыми в данной работе, и может быть рекомендована для практической реализации в компьютерных тестирующих средах.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛАТЕРАЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Козодой Р.П., Волосюк А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель — к.м.н., ассистент Д.Б. Карев

С ростом населения пожилого и старческого возраста увеличивается количество пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости (ППОБК), т.к., по данным литературы 70-75% травмы данной локализации отмечаются у лиц указанных возрастных групп. Особенности этого контингента людей, анатомо-функциональные характеристики проксимального отдела бедренной кости и тазобедренного сустава, а также многочисленные осложнения

Репозиторий ГрГМУ

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.

Переломы проксимального отдела бедра составляют 17% в структуре травм опорно-двигательной системы. Среди них вертельные составляют 35-40%, подвертельные - 5-10% случаев.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа способов лечения пациентов с латеральными переломами бедренной кости. Исследование основано на анализе результатов у 120 пациентов, находящихся на лечении в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ ГрГМУ.

По локализации: межвертельные — 24, чрезвертельные - 84, вертельно-подвертельные - 7 и изолированные переломы вертелов — 5. I тип переломов отмечен у 25 и П-ой (нестабильные) - у 95 пациентов.

Лечение переломов проводилось консервативным (скелетное вытяжение) и хирургическими методами. Оперативные вмешательства выполнены у 58 из 120 больных. Тенденция к применению активной хирургической тактики в последние годы оправдана, как одно из направлений снижения экономических расходов на реабилитацию за счет сокращения продолжительности госпитального этапа лечения, раннюю активизацию, снижение летальности. Лечение методом скелетного вытяжения проведено у 47 пациентов по общепринятой методике.

Отдаленные результаты прослежены в сроки до 36 месяцев. Критериями оценки служили степень опорности, укорочения и наружной ротации, а также рентгенологические показатели (консолидация, величина шеечно-диафизарного угла). Хорошие

Репозиторий ГрГМУ

результаты зарегистрированы у 75, удовлетворительные - у 29 и неудовлетворительные у 16 пациентов.

Из 58 оперированных пациентов 41 произведен внутренний остеосинтез и 17 — аппаратами внешней фиксации. Для стабилизации отломков при внутреннем остеосинтезе у 31 использован ангулярный фиксатор АО, у 5 - фиксатор Бакычарова, у 6 - компрессирующие винты с пластиной в подвертельной области бедренной кости типа Thornton, у 5 - полифасцикулярный остеосинтез, у 1 — эндопротезирование.

Исходя из вышеизложенных критериев, хорошие результаты отмечены у 98, удовлетворительные - у 18 и неудовлетворительные - у 4. Причинами неудовлетворителных исходов явились вторичное смещение фрагментов после полифасцикулярного остеосинтеза (2 больных) и хронический остеомиелит с консолидацией перелома.

Таким образом, исходя из медицинских и экономических аспектов, по отношению к пациентам с вертельными переломами следует шире использовать активную хирургическую тактику, при этом достаточно эффективно применение внешнего остеосинтеза стержневыми аппаратами.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП СОЦИАЛЬНОГО РИСКА

Кондратов А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

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

В настоящее время отдельную группу диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях составляют дети, имеющие различные факторы социального риска. Выделяют три группы таких причин: социально-гигиенические, медико-демографические и социально-психологические.

Репозиторий ГрГМУ

Медицинское наблюдение за детьми этой группы требует оценки состояния здоровья и характера хронической патологии. Проблема организации динамического наблюдения за социально-неблагополучными детьми весьма актуальна, так как число детей, находящихся на диспансерном учете в группе социального риска, продолжает расти.

В связи с вышеизложенным, целью нашей работы была оценка состояния здоровья детей в группах социального риска.

Нами проанализирован социальный статус 39 детей, находящихся на диспансерном учете в детской поликлинике № 3 и 29 детей из Дома ребенка в возрасте от 1 года до 14 лет. Как известно, для правильной оценки состояния здоровья необходимо знание социального, генеалогического и биологического анамнеза детей. У 100% детей, находящихся на учете в поликлинике, неблагополучный социальный анамнез – воспитываются в неполных семьях, как правило, матерью-одиночкой (72%), или в семье, где оба родителя злоупотребляют алкоголем и не занимаются воспитанием детей (28%). В Доме ребенка все дети - социальные сироты, от которых отказались родители. При изучении биологического анамнеза установлено, что характеристика антенатального периода имеется у 82% детей, и у всех он был неблагополучен. Неблагополучие было обусловлено заболеваниями матери, наличием вредных привычек у матери во время беременности (употребление алкоголя – 62,2%, курение 34%, употребление наркотиков 3,8%). Оценить генеалогический анамнез было достаточно сложно, так как сведения об отцах практически отсутствовали.

Анализ показателей физического развития выявил, что нормальные весо-ростовые показатели имели лишь 15, 1% детей. Физическое развитие с отклонениями было у 84,9%. Дефицит массы тела отмечался у 49%, длины тела у 45%. В 18% - сочетаннное снижение обоих показателей.

Отставание в нервно-психическом развитии хотя бы по одному

Репозиторий ГрГМУ

показателю имелось у 83% детей. При этом преобладали дети с отставанием в активной речи (76%), отставание на 1 эпикризный срок отмечалось у 38%. На 2-3 эпикризных срока у 30%, на 4 срока – у 22%.

Значительными были сдвиги в иммунной системе. На фоне высокой инфекционной заболеваемости дети многократно переносили пневмонии, бронхиты, отиты, у 54% отмечались различные проявления аллергии.

Таким образом, выявленные особенности детей из группы социального риска показывают целесообразность выделения этой группы для динамического наблюдения в условиях поликлиники, для осуществления целенаправленной профилактики и коррекции выявленных отклонений в здоровье, развитии и поведении.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АСИММЕТРИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Кононов Е.В., Лопато Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научные руководители – к.м.н. С.Д. Орехов; к.м.н. Л.В. Дорохина

Индивидуальные психические особенности зависят от пространственно-временной организации головного мозга, в том числе от межполушарной асимметрии. Выделяют три вида функциональной асимметрии: моторная, сенсорная и психическая. В современных исследованиях подчёркивается связь между полом и индивидуальным профилем функциональной асимметрии [Геодакян В.А., 1993]. Однако многие аспекты данной проблемы остаются неизученными. В большинстве случаев, описанных в литературе, исследование проводилось на небольших выборках или на лицах с различными психосоматическими отклонениями.

Цель исследования – изучить половые особенности распределения моторных и сенсорных асимметрий у студентов ГрГМУ.

Репозиторий ГрГМУ

Была проведена оценка сенсомоторных асимметрий у 143 студентов (46 юношей и 97 девушек) 2-го курса ГрГМУ в возрасте от 18 до 23 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 пробы Розенбаха, телефонного прослушивания, пробы с часами. Проводили определение механической тактильной чувствительности предплечья, а также тактильного и болевого порога электрокожной чувствительности предплечья и голени. Ток частотой 10 Гц дозировали при помощи блока электростимуляции электромиографа MG440 «Medicor».

У обоих полов отмечено явное преобладание праворуких (87,63% у девушек и 89,13% у юношей). Исследование мануальной асимметрии в тесте «рисование круга» показало достоверное преобладание праводоминантных типов как среди девушек, так и среди юношей (78,35% и 84,44% соответственно); в тесте «аплодирование» праводоминантные типы составили - 63,92% (девушки) и 63,04% (юноши); при изучении динамометрии кисти праводоминантные типы - 50,52% (девушки) и 58,70% (юноши); в тесте «нога на ногу» представители обоих полов продемонстрировали подавляющее преобладание праводоминантных типов (79,38% и 71,74% соответственно).

Таким образом, данные тесты демонстрируют четкое превосходство праводоминантных типов и могут служить надежным критерием оценки моторной асимметрии. Тест «отклонение от заданного направления» у представителей обоих полов показал несущественное преобладание праводоминантных типов, что может быть обусловлено малой практической значимостью данного

Репозиторий ГрГМУ

показателя, либо погрешностями, связанными с малым расстоянием, предложенным для выполнения задания. Тесты «поза Наполеона» и «переплетение пальцев» не демонстрируют четкой латерализации, а имеющиеся отдельные достоверные отличия отражают преобладание правого полушария, тесно связанного с лимбическими структурами, которые обеспечивают эмоциональную составляющую моторных реакций. Проведенные нами исследования показывают отсутствие существенных различий между полами в распределении моторных и сенсорных асимметрий. Моторные и сенсорные асимметрии, важные для практической деятельности, имеют четкую праводоминантную/ левополушарную латерализацию. Преобладание праводоминантных/ левополушарных типов у обоих полов в выборке студентов медицинского университета подтверждает ведущую роль левого полушария в интеллектуальных процессах.

РУССКИЙ ЯЗЫК В ПРОБЛЕМЕ АДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ГрГМУ

Константинов Э. Е, Журавль И. М.

Гродненский государственный медицинский университет,

Гродненский государственный университет им. Я. Купалы, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель - доцент Н.А.Мишонкова

Данная исследовательская работа, выполненная методом анкетирования иностранных студентов, обучающихся в ГрГМУ, является продолжением НИР, посвященной проблемам адаптации студентов ОИС.

Целью данного исследования являлась оценка роли русского языка в быту и учебе студентов- иностранцев.

В анкетировании приняло участие 100 студентов отделения иностранных студентов ГрГМУ, представители Индии, Сирии, Ливана, Пакистана, о. Маврикий, Азербайджана, Ганы, Литвы. Анкетируемым

Репозиторий ГрГМУ

было предложено 9 вопросов, 7 из которых содержали варианты ответа.

Результаты. В первом вопросе мы попросили студентов отметить несколько новых положительных и отрицательных черт характера, появившихся по приезду в Беларусь. Из положительных черт студенты - иностранцы отмечают приобретение самостоятельности, новые знакомства, ответственность, крепость характера, уважение к старшим, познание любви; из отрицательных – ухудшение состояния здоровья (вопрос о качестве мед. помощи иностранцам), трудности в общении, холод, приобретение вредных привычек.

В серии вопросов о значении русского языка, 80% опрашиваемых ответили, что он играет в их жизни положительную роль, 10%- нейтральную и 10% (что удивляет) – отрицательную. Последнее может указывать на проблемы в адаптации данных студентов.99% иностранцев, обучающихся в ГрГМУ, хотели бы более углубленно изучать русский язык, а 86% считает недостаточным изучение русского языка на протяжении 3 лет(10% сомневается и лишь 4% считают трехлетний курс завершенным).100% анкетируемых уверены, что русский язык помогает справиться с бытовыми проблемами.

В оценке роли кафедры рус. и бел. языков и проводимых ею мероприятий мнение опрашиваемых разделилось: 60% оценивает ее как важную, 35% - незначительную, 5% как никакую.

Большинство иностранных студентов (95%) поддерживает идею создания специального адаптационного курса, что и является главной целью начатого нами в 2004 году исследования.

Выводы:

1. Русский язык играет огромную роль в жизни и становлении личности иностранного студента

2. Изучение русского языка в медицинских университетах необходимо продлить с 3 до 4- 5 лет .

3. Необходимо создание силами кафедры русского и белорусского

Репозиторий ГрГМУ

языков, а также кафедры психологии специального адаптационного курса, позволяющего иностранным студентам справляться с возникающими трудностями.

Далеко не все вопросы адаптации иностранных студентов являются раскрытыми, исследования в этом направлении будут нами продолжены.

АФОРИЗМЫ В ДРЕВНЕРУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Константинов Э.Е., Журавль И.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Гродненский государственный университет им. Я.Купалы

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель - доцент Н.А. Мишонкова

«То, что вот-вот скажет нам древнерусская литература, не таит эффектов гениальности, её голос негромок. Авторское начало было приглушено в древнерусской литературе. В ней не было ни Шекспира, ни Данте. Это хор, в котором совсем нет или очень мало солистов и в основном господствует унисон. И, тем не менее, эта литература поражает нас своей монументальностью и величием целого. Она имеет право на заметное место в истории человеческой культуры и на высокую оценку своих эстетических достоинств.»

В древнерусской литературе нет великих имён. Мы исходим из своих представлений о развитии литературы – представлений, воспитанных веками свободы человеческой личности, веками, когда расцвело индивидуальное, личностное искусство – искусство отдельных гениев.

Древняя русская литература ближе к фольклору, чем к индивидуализированному творчеству писателей нового времени. Мы восхищаемся изумительным шитьём народных мастериц, но искусство их – искусство великой традиции. Мы не можем назвать среди них ни реформаторов, ни гениев индивидуального творчества, подобных

Репозиторий ГрГМУ

Леонардо да Винчи.

Начиная с XI в., в составе переводной литературы русская книжность получила подборки изречений из различных источников – от библейских книг до сочинений античных учёных, философов, поэтов и христианских богословов и проповедников. Эти подборки вошли в Изборник Святослава 1076 г.. В конце XI в. сборником афоризмов воспользовался Владимир Мономах в своём «Поучении». Изречения, приписанные Менандру, Исихии, Варнаве, бытовали и в отдельных списках, вошли и в состав самого популярного обширного сборника изречений – «Пчелы», переведённой с греческого оригинала XI в. ещё в Киевской Руси, но дошедшей в списках XIV – XV вв. Русский читатель знакомился через «Пчелу» с изречениями Плутарха, Сократа, Еврипида, Демокрита, Эпиктета, Платона, Аристотеля, Демосфена и других античных философов и писателей. И летопись, и исторические повести, и публицистика нередко прибегали к этим афоризмам. Через литературу они входили в устную речь, где встречались с русскими народными пословицами, и тогда начиналась вторая жизнь книжного изречения, если оно по самому своему миропониманию чем-то сближалось с мыслями, закреплёнными в устных пословицах, или соответствовало продиктованной русской действительностью оценке тех или иных явлений общественной и частной жизни, их моральным нормам. В таких случаях форма книжного изречения, постепенно шлифуясь, приобретала характерный для народной пословицы склад речи, становилась лаконичной, иногда ритм её подчёркивался рифмой. Так, например, из «Пчелы» заимствованное изречение – *«Иже хощет над инем княжити, да учится первие сам собою владети»* – в устной передаче звучит то совсем кратко: «*Не управишь собою, не управишь и другим»,* то ритмично: *«Кто сам собою не управит, тот и других не наставит» (*В. Даль, Пословицы русского народа, М. 1957, стр. 125). Библейское изречение, включенное в «Пчелу», - *«Копаяи яму под ближним своим въпадеться в ню»* в устной речи сохраняется в виде

Репозиторий ГрГМУ

пословицы: *«Не копай другу ямы: сам в неё ввалишься» или «Не рой под людьми яму, сам ввалишься»* (там же, стр. 194, 657).

Часто книжный афоризм лишь перекликается с народной пословицей, сложившейся независимо от него, и эта общность идеи способствовала усвоению переводного изречения. Так параллельны помыслы, хотя и не связаны по происхождению, следующие, например, пары: *«Не остави друга древняго, новый бо не будеть ему подобен» - «Старый друг лучше новых двух»; «Ни птици упущены скоро можеши опять яти, ни слова из уст вылетевша възвратити можеши и яти» – «Слово не воробей: вылетит – не поймаешь»* и т.д. Во второй половине XII в. яркий пример встречи книжных афоризмов с «мирскими притчами» - народными пословицами – дало «Слово» Даниила Заточкина. С конца XVII в. многие книжные афоризмы сборников изречений, образцы которых идут с XI в., уже были записаны под названием «повести или пословицы всенароднейшие», которые «в народе издавна словом употреблялися».

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ АОРТАЛЬНОГО СЕНИЛЬНОГО СТЕНОЗА

Константинов Э.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д. м. н., доцент В. А. Снежицкий

Аортальный сенильный стеноз – актуальная проблема современной геронтологии. По различным источникам, распространенность данного заболевания в разных возрастных группах колеблется от 39,5% в возрасте 60 – 69 лет до 73,3% в возрасте 80 лет и старше(Горохова С. Г. , 2005 г.). W. Aronow приводит данные о 100% выявлении аортального сенильного стеноза у стариков 100 лет и старше. В целом данная патология диагностируется у 8 – 9% обследуемых без ревматических пороков сердца, по данным БелМАПО

Репозиторий ГрГМУ

– у 2% всего населения. К сожалению, на данный момент многие вопросы этиологии, патогенеза и лечения данной патологии остаются малоизученными. Мы хотим представить вам основные направления, выработанные в настоящее время в терапии аортального сенильного стеноза.

Лечение больных с сенильным АС сегодня осуществляется согласно правилам ведения больных с приобретенными пороками сердца. В вопросах консервативного лечения выделяют несколько аспектов. Первый из них - профилактический. В этом направлении наметились пять путей. Все они находятся на этапе разработки. Первый и второй ориентированы на системную составляющую патогенеза и представляют собой создание специфических ингибиторов, соответственно, щелочной фосфатазы и остеопонтина. Пока не совсем понятно, как эти препараты будут тормозить эктопическую оссификацию, не нарушая нормальную репарацию костной ткани и функционирование гепатоцитов. Третий и четвертый пути направлены на клапанную составляющую. Это использование дифосфонатов, которые избирательно тормозят кальцификацию мягких тканей; отечественные препараты ксидифон, Амок и их зарубежный аналог этидрон используются в кардиохирургии для превентивной обработки био- и ксенопротезов. Еще одно направление клинических исследований- это использование статинов, которые, как показано, способны замедлить прогрессирование кальциноза. Последний путь, самый перспективный в силу своей доступности и большого ассортимента препаратов на лекарственном рынке - антагонисты кальциевых каналов. В многолетних исследованиях по сравнению нифедипина, эналаприла и атенолола, было отмечено достоверно меньшее распространение кальциноза клапанных структур у больных, получающих дигидропиридиновые производные по сравнению с двумя другими группами гипотензивных препаратов (ингибиторами АПФ и ρ-блокаторами). С сожалением надо отметить, что дальнейших

Репозиторий ГрГМУ

исследований различных групп антогонистов кальция, влияния их доз и длительности применения на течение аортального сенильного стеноза, не проводилось, и в целом профилактическому направлению уделяется недостаточное внимание. Второй аспект консервативного лечения – стандартная терапия ИБС и ХСН у больных с сенильным АС.

В заключение хотелось бы отметить, что в нашей клинике ГОКД планируется развивать именно профилактическое направление терапии больных с сенильным АС, о результатах будет доложено позже.

Литература:

1.Егоров И.В. Сенильный аортальный стеноз.//Кардиология.- 2001.- № 41(5).-С.89-93.

2.Горохова С.Г.,Аракелянц А.А.Кальциноз клапанов сердца-случайная находка или серьезный диагноз?//Тер.архив.-2005.-№ 4.-С.87-90.

3. Prendergast B.Degenerative Aortic Stenosis: Pathophysiological insights and the role of lipid lowering therapy.//Manchester, UK

АОРТАЛЬНЫЙ СЕНИЛЬНЫЙ СТЕНОЗ – ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ИЗУЧЕНИЯ СЕРЬЕЗНОЙ ПРОБЛЕМЫ

Константинов Э.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д. м. н., доцент В.А. Снежицкий

В современной медицине так же, как и несколько веков назад, существуют такие виды патологии, которым исследователи несправедливо уделяют мало внимания, часто принимая их за второстепенные, не имеющие главенствующего значения. На самом же деле при более пристальном взгляде оказывается, что проблема более чем серьезная, и нахождение путей ее решения – важнейшая медицинская задача. Одной из таких проблем, на которую многие

Репозиторий ГрГМУ

лечащие врачи просто не обращают внимания, является аортальный сенильный стеноз. Мы предлагаем вам коротко проследить за историческими вехами изучения этого вопроса, многие составляющие которого до сих пор остаются спорными.

Вопрос о кальцинозе клапанов сердца имеет очень долгую историю.Тема кальцинированного аортального стеноза (АС) уже более 300 лет остается в центре внимания исследователей. "Парижский портной, еще не старый, пообедав, вышел из дома, но, не пройдя и 40 шагов, неожиданно упал и умер. Тело его было вскрыто, но никаких болезней не нашли, кроме того, что *три обособленные створки в основании аорты были окостеневшими"*. Таково первое упоминание об этом заболевании, сделанное S.Bonet в 1679г.

В 1904 году вышла в свет статья немецкого патолога Иоганна Георга Менкеберга, не имевшая резонанса у современников, но породившая множество дискуссий буквально через 10-15 лет. Почти половина статьи, занявшей 24 широкоформатные журнальные страницы, была посвящена описанию нормального клапана. Надо отдать должное И.Менкебергу: то, как он описывает обычную неизмененную аортальную створку, заслуживает высочайшей оценки. Проведенное им исследование невероятно скрупулезно. Автор демонстрирует строение не просто клапана, а, фактически, каждого кубического миллиметра створок.

Во второй части своей статьи Менкеберг описал два случая массивной петрификации АК у пожилых людей и предложил свою гипотезу ее развития: а не является ли кальцинирование результатом возрастного изнашивания, следствием сенильной дегенерации клапанных структур. Эта точка зрения утвердилась за рубежом (буквально до последнего времени термин "дегенеративный кальцинированный стеноз УА" был там общепринят); в России она оказалась распространенной куда меньше. Именно с тех пор аортальный стеноз с кальцинозом, выявляемый у лиц преклонного

Репозиторий ГрГМУ

возраста, выделяют в самостоятельное заболевание и именуют менкенберговским аортальным стенозом, подразумевая при этом неревматическую природу порока.

Заслуги великого немецкого патолога И. Г. Менкеберга в изучении вопроса аортального сенильного стеноза признает и современная медицина. Но даже в наши годы все исследования, посвященные данной тематике, остаются лишь верхушкой айсберга, в глубинах которого скрыто решение серьезной геронтологической проблемы.

Литература:

1.Егоров И.В. Сенильный аортальный стеноз.//Кардиология.- 2001.- № 41(5).-С.89-93.

2. Горохова С.Г.,Аракелянц А.А.Кальциноз клапанов сердца-случайная находка или серьезный диагноз?//Тер.архив.-2005.-№ 4.-С.87-90.

3.Monckeberg J.G. Der normale histologische Bau und die Sklerose Aortenklappen.Virch.Arch.Pathol.Anat.1904;176:472.

АКТИВНОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ИЗОЛИРОВАННЫХ ЭНТЕРОЦИТАХ ТОЩЕЙ КИШКИ КРЫС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Королева – Гвоздева О.Д., Пилецкая Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель - к.б.н., доцент В.В. Воробьев

Биологические и клинические аспекты спортивной медицины до настоящего времени остаются наименее изученным ее разделом. Литературные источники свидетельствуют, что в результате воздействия большой физической нагрузки могут возникать патологические состояния, связанные с поражением пищеварительного тракта [1]. Ранее мы показали изменение проксимально-дистального распределения ферментов в тонкой кишке, характеристик транспорта

Репозиторий ГрГМУ

глюкозы при кратковременной кинематической нагрузке [2]. В данной работе изучена активность ферментов мембранного пищеварения в изолированных энтероцитах крипт и ворсинок при различных видах длительной физической нагрузки.

Опыты выполнены на крысах линии Вистар исходной массой 110-130 г, находившихся на стандартном рационе вивария. Животные первой опытной группы бегали в тредбане (скорость движения дорожки 35 м/мин), а второй опытной группы плавали. Ежедневная нагрузка в течение 30 дней постепенно увеличивалась с 2 мин до 30 мин. Через 1 сутки после последней нагрузки крыс наркотизировали, декапитировали и в предварительно выделенных [3] эпителиальных клетках ворсинок и крипт тощей кишки определяли стандартными методами активность мальтазы, сахаразы, щелочной фосфатазы и γ-глутамилтранспептидазы. Результаты статистически обработаны методом Стьюдента.

Мышечная беговая нагрузка в течение 30 дней оказала значительное влияние на активность гидролитических ферментов в энтероцитах кишечника. При определении кишечных ферментов наиболее существенные перестройки дисахаридазных активностей зафиксированы в изолированных эпителиальных клетках тощей кишки. В высокоспециализированных энтероцитах ворсинок при беговой нагрузке наблюдалось снижение активности мальтазы и сахаразы соответственно на 35% и 88% по отношению к контролю. В то же время в низкодифференцированных клетках крипт активность обоих ферментов не изменилась. В результате этого значимо уменьшились характерные ворсинко-криптальные индексы распределения дисахаридазных активностей. Схожие отклонения выявлены в энтероцитах и для маркерного фермента щеточной каемки – щелочной фосфатазы. При использовании другой модели физической нагрузки – плавания, определенные тенденции нарушения активности в изолированных энтероцитах выявлены лишь для мальтазы.

Репозиторий ГрГМУ

Представленные результаты исследования активности маркерных ферментов апикальной мембраны эпителиальных клеток тонкой кишки свидетельствуют о высокой лабильности мембранного пищеварения в условиях интенсивной физической нагрузки. Длительные экстремальные мышечные тренировки способны оказать влияние на процесс функциональной специализации эпителиальных клеток тонкой кишки в процессе их дифференцировки и продвижения из зоны крипт в зону ворсинок.

Литература:

1. Марков Л.Н. Клинические аспекты спортивной медицины. М.: Медицина. 64с., 1990.

2. Voronich S. Influence of durable physical treining on absorbtion of 14c – glucose in rat small intestine // 12th European Students Conference at Charite. Berlin., 2001. – P. 163.

3. Raul H., Simon P., Kedinger M. et al. Activities in isolated villeus and crypt cells during postnatal development of the rat // Cell Tiss. Res. - 1977. - V. 176. - P. 167 - 178.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫХ НАУК В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТА-МЕДИКА

Короткая А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., профессор Л.И. Лукьянова

Спрос на гуманизм, гуманность, гуманитарность, нравственность, человечность необычайно возрос в наше время и, несомненно, будет возрастать. Один из учёных-прогнозистов – Ю.В. Яковец предсказывает «возрождение гуманизма», «приоритет духовных ценностей», превращение гуманитарных наук в научного лидера современного мира [2]. Другой авторитетный исследователь будущего академик Н.Н. Моисеев приходит к выводу: «Ступить в эпоху ноосферы может только

Репозиторий ГрГМУ

высокоинтеллигентное общество, каждый член которого способен понимать и чувствовать ответственность за судьбу общества и вести себя сообразно с этой ответственностью. А для этого человек должен иметь не только специальное, но и гуманитарное образование. Я убеждён, что XX1 век должен стать веком гуманитарных знаний» [1]. Академик Д.С. Лихачёв еще более категорично подчёркивал: «XX1 век будет гуманитарным или его не будет вообще».

В нашем исследовательском проекте была предпринята попытка определить место и роль социально-гуманитарных наук в становлении специалиста-медика. Эмпирической базой исследования послужил анкетный опрос, в котором приняли участие 250 студентов 2 курса лечебного, педиатрического и медико – психологического факультетов, а также 50 студентов (пилотный опрос) 5 курса педфака.

Результаты исследования показали, что профессиональному становлению студента-медика способствуют практически все дисциплины, но приоритет отдан этике, культурологии, правам человека и философии (от 56,9 % до 40,0 %). Только 3% на лечфаке на одном потоке, 3,8% на педфаке, 4,4% на медико-психологическом факультете и 9,5% на 5 курсе отметили, что никакие социально-гуманитарные науки не способствуют профессиональному становлению врача.

Не менее показательны факты о том, что большинству студентов всегда или иногда помогают полученные знания по социально-гуманитарным наукам функционировать в социуме (83,3% - 1 поток лечфака, 85,1% - 2 поток, 92,2% - на педфаке, 84,5% - на медико-психологическом факультете и 100% - на 5 курсе).

Важно отметить и то, что социально-гуманитарные знания играют немаловажную роль в профессиональном становлении врача. Если принять во внимание фактор необходимости гуманитарных знаний при общении с больным, а также важность наличия общей эрудиции, то процент отметивших значение этих показателей высок: 80,4% - 1 поток,

Репозиторий ГрГМУ

83,0% - 2 поток лечфака, 64,1% - на педфаке, 80,0% - на медико-психологическом факультете и (что очень важно, ибо студенты 5 курса учатся на клинических базах и имеют непосредственный контакт с больными) – 71,4% - на 5 курсе.

В результате нашего исследования обнаружено существенное обновление общей траектории процесса социализации молодежи, подтверждающей определенное преодоление унифицированной модели идентификации. Социально направленные жизненные траектории студенческой молодежи, ее оценка собственной миссии в обществе претерпевают определенную трансформацию. В отличие от гуманитарного студенчества, которое почти поголовно (75-80%) заинтересовано в гуманитарном знании, медицинское студенчество отдает приоритет профессиональным знаниям при сохранении интереса к гуманитарным знаниям и в подавляющей своей части признаёт их значение для профессионального образования.

Литература:

1. Моисеев Н.Н. Судьба цивилизации. Путь разума. М., 2000, с. 102.

2. Яковец Ю.В. Циклы. Кризисы. Прогнозы. М., 1999, с.184.

ОТГРАНИЧЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ

Корпан С.А., Чечетт Г.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.И.Аверин

Диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата и периаппендикулярного абсцесса у детей до настоящего времени остаются трудными.

Цель. Анализ структуры заболеваемости и клинической картины у детей с отграниченным перитонитом, лечившихся в Детском хирургическом центре г.Минска.

Репозиторий ГрГМУ

Материал и методы. Материал - истории болезней 61 пациента за период с 2000 по 2004 год. Использовался метод выборочного статистического исследования.

Результаты исследования.

Структура заболеваемости. Среди пациентов детей до 1 года не было (0,00%), 1-3 года – 9 (14,75%), 4-6 лет – 11 (18,03%), 7-9 лет – 8 (13,11%), 10-12 лет – 12 (19,67%), 13-15 лет – 16 (26,23%), 16-17 лет – 5 (8,20%). Мальчиков было 39 (63,93%), девочек – 22 (36,07%). Осенью поступили 8 (13,11%) детей, зимой – 8 (13,11%), весной – 22 (36,07%), летом – 23 (37,70%). У 57 больных (93,44%) от начала болезни до операции прошло более суток.

Жалобы. Боль в животе наблюдалась у всех больных (100%). Температура была нормальной у 6 больных (9,84%), 37,0°-37,9° – у 34 (55,74%), 38,0°-38,9° – у 15 (24,59%), 39,0°-39,9° – у 5 (8,20%), 40,0° и выше – у 1 (1,64%). Тошнота и рвота наблюдались у 37 больных (60,66%), только тошнота – у 2 (3,28%) Жидкий стул был у 16 детей (26,23%), задержка стула – у 4 (6,56%). Болезненное мочеиспускание отмечалось у 8 больных (13,11%).

Объективное исследование. Локальная болезненность была у 58 больных (95,08%). Дефанс выявлен у 14 поступивших (22,95%), сомнительным он был у 2 (3,28%). Симптомы раздражения брюшины были положительны у 22 больных (36,07%), сомнительны - у 30 (49,18%). Вздутие живота выявлено у 4 (6,56%) больных. Объёмное образование в брюшной полости определялось у 13 больных (21,31%).

Общий анализ крови. Нейтрофильный лейкоцитоз отмечался у 52 больных (85,24%).

УЗИ было проведено 43 (70,49%) больным.

Диагноз “периаппендикулярный абсцесс” был поставлен 50 больным (81,97%), а “аппендикулярный инфильтрат” - 11 (18,03%).

Лечение. Всем больным с периаппендикулярными абсцессами проводилась экстренная операция. Среди больных с

Репозиторий ГрГМУ

аппендикулярными инфильтратами 4 (36,36%) лечились консервативно и 7(63,64%) – оперативно.

Выводы:

1.Соотношение мальчиков и девочек среди пациентов составило 1,8:1.

2.Наибольшее количество детей (73,77%) поступило в весенние и летние месяцы.

3.У 93,44% больных от начала болезни до операции прошло более суток.

4.Все дети жаловались на боль в животе. В 90,16% случаев отмечалась температура (чаще субфебрильная), в 60,66% - тошнота и рвота.

5.У 95,08% детей была локальная болезненность при пальпации живота, у 36,07% - положительные симптомы раздражения брюшины.

6.В общем анализе крови у 85,24% детей отмечался нейтрофильный лейкоцитоз.

7.Соотношение периаппендикулярных абсцессов и аппендикулярных инфильтратов среди пациентов составило 4,5:1.

Литература:

1.Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. М.:Медицина, 1993.-624с. С.334-344.

2.Альхимович В.Н. Классификация перитонита: семантическое и патогенетическое обоснование. Детская хирургия 2001 №3. С.21-26.

3.Юдин Я.Б., Габинская Т.А. Локализованные формы аппендикулярного перитонита у детей. Хирургия 1987 №8. С.26-30.

РАННЯЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И КОНТРОЛЬ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ СТОП

Кошман Г.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель - д.м.н., профессор С.И. Болтрукевич

Репозиторий ГрГМУ

В настоящее время в связи с возрастающими потребностями в области диагностики и коррекции патологии стоп сотрудниками кафедры травматологии и ортопедии Гродненского государственного медицинского университета, а также Центром проблем ресурсосбережения НАН РБ (академик А.И. Свиридёнок), и инженерным центром НАН РБ «Плазмотег» (член-корр. Э.И. Точицкий) был разработан компьютерный функционально-диагностический комплекс для диагностики различных видов патологии стоп в статике и динамике. Компьютерный функционально-диагностический комплекс является оригинальной совместной разработкой учёных и специалистов различных областей медицины, физики, материаловедения и информатики. При создании комплекса был изучен опыт аналогичных зарубежных диагностических систем.

Наиболее перспективно использование комплекса во время диспансеризации и медосмотров детей и подростков, а также пациентов с сахарным диабетом. Методика обеспечивает надёжный контроль развития осложнений, приводящих к деформации стоп у детей, и хирургических осложнений диабетической стопы. Комплекс позволяет оптимизировать реабилитационные мероприятия при операциях и травмах опорно-двигательной системы.

Завершающим этапом является изготовление по биомеханической модели индивидуальных специальных ортопедических стелек из полимерного композита.

Таким образом, осуществляется полный цикл, начиная от функциональной клинической диагностики до проведения конкретных лечебно-профилактических мероприятий. Характерной особенностью предлагаемой ортопедической коррекции является её индивидуальность и специальная биомеханическая конструкция, основанная на результатах динамического измерения нагрузочных напряжений стопы. Компьютерный функционально-диагностический

Репозиторий ГрГМУ

комплекс состоит из измерительных стелек, блока обработки и хранения данных и компьютера с программным обеспечением для обработки, визуализации и анализа данных.

Основная цель проекта – изготовление современной функционально-диагностической установки, доступной для практической медицины, обеспечивающей объективное обоснование и конкретное использование системы лечебно-профилактических и ортопедических мероприятий, таких как: динамический диспансерный контроль, коррекция с помощью специальных ортопедических стелек. В дальнейшем, по мере накопления опыта, будут осуществляться целесообразные конструктивные изменения элементов комплекса, направленные на улучшение характеристик и упрощение эксплуатации. Проведенные исследования (5640 учащихся средних школ г. Гродно) выявили различные виды патологии стоп у 30,8% детей, у которых использовался предложенный метод диагностики и контроль коррекции. При этом была установлена высокая его информативность и возможность более широкого внедрения в практическое здравоохранение.

НОВЫЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ИЗДЕЛИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Кошман Г.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель - д.м.н., профессор С.И. Болтрукевич

В последние десятилетия большую практическую значимость представляют ортопедические изделия, производство которых в нашей стране практически отсутствует. Чаще всего они применяются в виде подошвенных супинаторов, ортезов, воротников Шанца, головодержателей и различного вида корсетов. Ранее используемый для этих целей поливик в настоящее время не применяется из-за

Репозиторий ГрГМУ

свёртывания его производства в России и Литве. Тем не менее, практическая потребность в них с каждым годом возрастает. В этой связи сотрудниками кафедры травматологии и ортопедии Гродненского государственного медицинского университета совместно с Центром ресурсосбережения НАН РБ (академик А.И. Свиридёнок) была предложена новая технология изготовления воздухо- и влагопроницаемых ортопедических изделий с одновременным увеличением общей и местной прочности при сохранении минимального веса. Для этих целей использован волокнисто-пористый материал, обладающий специфическим ноу-хау. При изготовлении расплав полимера диспергируется потоком нагретого воздуха и послойно осаждает образовавшиеся волокна на слепок сегмента туловища или конечности с образованием слоёв волокнисто-пористого материала. При необходимости между слоями вводят армирующие элементы, что дополнительно упрочняет участки изделия. В качестве армирующих элементов используют тканевые прослойки в виде нитей диаметром 0,2-2 мм. Получение армирующих нитей и процесс производства изделия осуществляется одновременно специально для этого предназначенным оборудованием.

Существенным отличием и преимуществом предлагаемого способа является введение между слоями волокон армирующих элементов, которые позволяют получить прочную конструкцию с минимальной массой и обеспечить воздухо- и влагопроницаемость. Ортопедическое изделие реализуется на установке, включающей экструдер, манипулятор с приемным устройством, снабжённый проводами вращения вдоль своей оси, а также наличием пункта управления. Установка работает следующим образом: ортопедическое изделие изготавливается на поверхности гипсового слепка (позитива), закрепленного в приемном устройстве манипулятора. Манипулятор обеспечивает перемещение приемного устройства в продольном и поперечном направлениях относительно факела распыла, а также

Репозиторий ГрГМУ

вращения установленной заготовки. Скорость поперечного перемещения и скорость вращения регулируются. Формирование волокнисто-пористого материала на поверхности слепка осуществляется послойно при помощи экструдера. Необходимые показатели качества материала (средний диаметр волокон, средний размер пор, плотность, число спаек, прочность сплавления волокон и др.), достигаются путём подбора технологических режимов образования волокнистых слоёв, индивидуальных для каждого термопласта и типа изделия.

Таким образом, новые ортопедические изделия из волокнисто-пористого материала сохраняют высокую воздухо- и влагопроницаемость, отличаются лёгкостью, дешевизной и комфортностью и должны найти широкое применение в медицинской практике. Данное изделие сертифицировано, налажено серийное производство.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Кравцевич Л.А

Гродненский медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, офтальмологии, стоматологии

До настоящего времени проблема острой гнойной инфекции при ЛОР-заболеваниях и заболеваниях челюстно-лицевой области сохраняет актуальность. Серьезную опасность для жизни больных представляют флегмоны шеи, что обусловлено анатомо-топогафическими особенностями данной области, быстрым распространением воспалительного процесса по клетчаточным пространствам с развитием медиастинита и генерализацией инфекции.

Цель работы. Изучить клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи и их осложнений.

Репозиторий ГрГМУ

Результаты исследования. Изучение и оценка клинического течения заболевания у 142 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи и их осложнениями, находившимися на лечении за период с 2004 по 2006 год в клинике оториноларингологии и стоматологии, расположенной на базе стоматологического и ЛОР-отделений Гродненской областной клинической больницы, позволили отметить следующие основные моменты. При диагностике причины процесса следует обращать внимание на связь между проявлением воспалительного процесса и причинным зубом, особенно, когда надо дифференцировать одонтогенную и неодонтогенную этиологию воспаления. Немаловажную роль играет использование дополнительных методов исследования. Среди них для диагностики гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области применяются рентгенологические исследования, особенно боковой снимок шеи по Земцову. Обязательно проведение общих анализов крови с развернутой лейкоцитарной формулой, исследование системы свертываемости крови (особенно при некротических процессах), биохимического анализа крови и кислотно-щелочного состояния при тяжелых состояниях. В обязательном порядке больной должен осматриваться смежными специалистами: оториноларингологом, торокальным хирургом, нейрохирургом, офтальмологом, терапевтом, анестезиологом. В зависимости от распространенности гнойно-воспалительного процесса и общего состояния больного необходимо выполнить РКТ или МРТ шеи и органов средостения. В обязательном порядке эти исследования должны быть выполнены при подозрении на медиастинит. Из 32 пациентов, которым было проведено КТ и МРТ исследования для диагностики флегмон глубоких клетчаточных пространств шеи и их осложнений у 7 пациентов (21,9 %) гнойно-воспалительный процесс распространялся в средостение, а у 25 пациентов (78,1%) – локализовался в пределах клетчаточных

Репозиторий ГрГМУ

пространств шеи. Компьютерная томография и МРТ исследования позволяют определить локализацию и распространенность гнойного процесса, а также тактику хирургических вмешательств, которая основана на полученных данных этих исследований. С одной стороны, с помощью этих исследований мы можем определить локализацию и возможные затеки, а с другой стороны – исключить не всегда оправданные обширные оперативные вмешательства при локализованных процессах, т. к., во-первых, они могут протекать с осложнениями, во-вторых, увеличиваются сроки заживления ран, реабилитации и сроки временной нетрудоспособности таких пациентов.

Выводы. Таким образом, наряду с клиническими методами, для диагностики гнойно- воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи диагностически эффективны дополнительные методы в виде компьютерной томографии и МРТ исследования.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА

Кравцевич Л.А., Хоров Г.О.

Гродненский медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, офтальмологии, стоматологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор О.Г. Хоров

Деформации наружного носа – одна из наиболее сложных проблем в ринохирургии. Они могут носить врождённый или приобретённый в результате травмы характер. Сочетание нарушений внутриносовых и наружных структур носа требует определения тактики лечения деформаций носа и решения вопроса одномоментности вмешательств с эстетической и функциональной целями.

Цель работы. Оценить характер изменений наружного носа и сочетания внутриносовых изменений, варианты хирургической тактики у пациентов с различными изменениями наружного носа.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели были изучены клинические ситуации 36 пациентов, оперированных в клинике

Репозиторий ГрГМУ

оториноларингологии Гродненской областной клинической больницы в период с 2004 по 2006гг.

Все пациенты предъявляли жалобы на форму носа, которая не соответствовала их эстетическим запросам. Для установления показаний к операциям врач оценивал соответствие жалоб и изменений формы носа. У всех больных была установлена необходимость в коррекции наружного носа и больные были оперированы. Большинство пациентов оперированы по поводу посттравматической деформации наружного носа в виде скалиоза - 28 человек, 6 пациентов в виде сочетания ринолордоза с риноскалиозом, 3 пациента с посттравматической деформацией крыла носа со сквозным дефектом и атрезией полости носа.

Подавляющее число операций было выполнено в один этап. Показания к двухэтапному вмешательству были у 8 пациентов. Они были связаны с грубыми деформациями перегородки носа в костном и хрящевом отделах. Известны различные способы устранения частичных дефектов носа, например, с помощью филатовского стебеля. Такая операция оправдывает себя при наличии дефекта крыла носа, кончика носа и перегородки. Недостатком этого вида операций является многоэтапность, травматичность и длительность лечения. Мы применяли способ замещения частичных дефектов крыла носа путем смещения сформированного лоскута в области рубцового дефекта крыла носа в сторону преддверия носа и перемещения кожно-подкожного лоскута на ножке, сформированного из области носогубной складки для замещения дефекта крыла носа.

По данной методике формируется внутренняя выстилка преддверия носа. Из области носогубной складки формируется кожно-подкожный лоскут на ножке. Основание лоскута находится в области носогубной складки, а верхняя часть перемещается на дефект крыла носа. Лоскут фиксируется швами. Края дефекта носогубной складки мобилизуются и сшиваются швами. Все пациенты остались

Репозиторий ГрГМУ

удовлетворены сформированной формой носа.

Результаты исследования. Оценка результатов проводилась в ранний послеоперационный период на 7 день после снятия гипсовой повязки, удаления швов и внутриносовых тампонов. В этот период был достигнут положительный эстетический результат у 100 % пациентов, который устроил пациентов. У двух пациенток было предпринято повторное вмешательство с целью коррекции дефекта спинки носа в виде неровности. После того форма носа их удовлетворила в эстетическом плане. При специальной оценке положительный результат был оценен у 33 пациентов, как удовлетворительный - у 3.

Выводы. Применение оперативных вмешательств после травм носа позволяют получить хороший функциональный и эстетический эффект при правильном отборе пациентов на операцию и использовании верной хирургической тактики.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДВУХМЕРНОЙ ГРАФИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЛИЦЕВОЙ АСИММЕТРИИ

Кравчук Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научные руководители – к.м.н., старший преподаватель С.Д. Орехов;

к.м.н., старший преподаватель Л.В. Дорохина

На нашем лице отражаются наше внутреннее состояние, эмоции и особенности мышления. Впервые роль мимических реакций в экспрессии эмоций отметил более 100 лет назад Ч. Дарвин. «Лицо – это центр передачи и приема социальных сигналов, которые являются решающими для развития индивида» - считал К. Изард [1980]. Общеизвестна ведущая роль в проявлении и оценке эмоций правого полушария. Левое полушарие определяет, в основном, произвольные мимические реакции. Даже у грудных детей отмечается преобладание мимической активности левой половины лица при проявлении

Репозиторий ГрГМУ

искренних чувств, а правой половины лица при произвольных эмоциях. В литературе имеются многочисленные данные о латерализации различных нейрофизиологических параметров и методах их оценки, однако предлагаемые способы определения асимметрии достаточно трудоемки и дорогостоящи.

Цель исследования – изучить возможность использования двухмерного изображения лица для оценки лицевой асимметрии.

Была проведена оценка лицевой асимметрий у 60 студентов 2-го курса ГрГМУ в возрасте от 18 до 23 лет, в основу которой положен метод проф. А.Н. Ануашвили. Фотографии выполнены цифровым фотоаппаратом 5 Мпкс. Статистическая обработка и анализ полученных данных выполнялись на персональном компьютере с помощью прикладных программ "Excel" и "Statistica 6.0".

В результате проведенного исследования установлены координаты 22-х точек, наиболее четко определяемые на двухмерном портрете. Корреляционным анализом было показано наличие достоверных связей между большинством исследованных точек. При помощи факторного анализа координаты разбиты на 3 основные группы. Выявленные параметры первой группы характеризуют общие размеры лица. Вторая группа показателей объединяет координаты точек, определяющих относительное положение глаз и их размеры. Третья группа показателей описывает количественные характеристики нижней части лица. Большинство изученных параметров обнаруживают четкую латерализацию с преобладанием правой половины лица. Полученные результаты указывают на большую информативную ценность предложенных координат и позволяют использовать их в качестве маркеров для дальнейшей оценки психических и нейрофизиологических параметров, а также психологического типа личности.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ СЕКСУАЛЬНОГО

Репозиторий ГрГМУ

ХАРАКТЕРА

Кравчук Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.А. Карпюк

Целью исследования явилось изучение социально-психологических особенностей лиц, совершивших насильственные действия сексуального характера в отношении несовершеннолетних.

В работе использовались материалы архивов Гродненского отделения судебно-психиатрической экспертизы за 2003-2006 годы. Всего было изучено 27 дел.

Проблема совершения насильственных действий сексуального характера является достаточно актуальной в настоящее время в связи с ростом преступлений подобного рода.

В ходе исследования были получены следующие данные.

Статьи УК РБ, по которым предъявлено обвинение подэкспертным: 166-я – изнасилование: 16 человек; 167-я – насильственные действия сексуального характера: 6 человек; 169-я – развратные действия: 5 человек.

Возраст исследуемых от 15 до 75 лет, все лица мужского пола. 12 человек на момент совершения преступления были несовершеннолетними. 6 человек воспитывались в неблагополучных семьях. Уровень образования низкий: 9 человек обучались по специальным программам. Обучавшиеся в средней школе и ПТУ относились к категории слабоуспевающих.

На момент совершения преступления 6 человек состояло в браке.

Из них не признали свою вину 6 человек. 11 человек совершали преступления подобного характера неоднократно. 12 человек ранее привлекались к административной или уголовной ответственности. В одном случае преступление закончилось убийством жертвы.

Репозиторий ГрГМУ

Сексуальная ориентация подэкспертных: гетеросексуальные действия – 24 человека, гомосексуальные действия – 3 человека. В шести случаях был совершен инцест: отец в отношении дочери – 4 случая, брат в отношении сестры – 1, дядя в отношении племянниц- 1.

В двух случаях имели место групповые изнасилования.

В состоянии алкогольного опьянения в момент совершения преступления находилось 18 человек. Диагноз лёгкой умственной отсталости был установлен у 9 человек, из них у 3 - с нарушением поведения. Шесть страдали алкогольной зависимостью. У 2-х подэкспертных выявлено расстройство поведения; у 4 - расстройство личности. 13 человек имели психопатологически отягощенную наследственность.

В результате проведенного исследования установлено: насильственные действия сексуального характера совершают лица мужского пола различного возраста, в том числе несовершеннолетние. Это преимущественно лица с психическими расстройствами; асоциальные лица, воспитывавшиеся в неблагополучных семьях, в условиях алкоголизации родителей или других родственников, ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности за совершение противоправных действий иного характера, а также лица преимущественно с низким уровнем интеллекта. Большинство из них не состояли в браке.

Литература:

1. Кудрявцев И.А. Смысловая сфера у лиц с особенностями психосексуальной ориентации // Психологический журнал М., - 1993. том 14-4 .

2. Морозова Н.Б. Дети и сексуальное насилие // Дети России: насилие и защита. Материалы Всеросийикой научн.-практ. конф. (Москва, 1-3 октября 1997г.) - М., - 1997.- С. 83-84.

Репозиторий ГрГМУ

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЕПАРХИИ

Крупский С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

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

Сравнительно недавно, в 2000 году, Гродненская православная епархия отметила свой вековой юбилей. Это событие имело определённый резонанс и широко освещалась в СМИ, состоялись торжественные богослужения с участием высших иерархов Православной Церкви. Везде говорилось о роли епархии в современном обществе, но справедливо было бы вспомнить те события, которые привели к созданию самостоятельной Гродненской епархии.

Зарождение христианства в Принеманском крае было связано с крещением Руси князем Владимиром в 988 году. Старейшими епископиями здесь были Полоцкая (992 г.) и Туровская (1005 год). Границы последней простирались далеко на запад, охватывая всю Гродненщину, а также часть Волынщины с городами Пинск, Новогородок, Городень, Берестье, Волковыск. Затем Гродно долгое время входит в состав Литовско-Виленской епархии. После разделов Речи Посполитой территория современной Гродненской области отошла к Российской империи. Нужно отметить, что российские власти содействовали укреплению и развитию православия в Гродненской губернии. В открытии самостоятельной епархии давно чувствовалась необходимость, так как Гродненская губерния по пространству, населению, по числу церквей и монастырей могла быть вполне достаточно обеспечена для существования самостоятельной епархии. В Гродно имел свою епископскую кафедру и постоянное местопребывание викарий Литовско-Виленской епархии епископ Брестский еще с 1848 года.

Репозиторий ГрГМУ

28 декабря 1899 года состоялось высочайшее повеление императора Николая II об учреждении самостоятельной епархии Гродненской и Брестской. Тогда же Государственный Совет утвердил штат Гродненского епархиального управления и смету на его содержание, а Гродненский Софийский собор был обращен в кафедральный. 11 января 1900 года император Николай II утвердил представление Священного Синода о назначении первого викария Литовской епархии, епископа Иоакима (Левитского), епископом Гродненским и Брестским. Фактическое же торжественное открытие новой епархии состоялось 23 января 1900 года. С 26 января начала действовать Гродненская духовная консистория во главе с протоиереем Валерианом Кургановичем. С 1901 года начали издаваться "Гродненские Епархиальные Ведомости" под редакцией протоиерея Николая Диковского [1]. В 1907 году было открыто викариатство Гродненской епархии с кафедрой в Белостоке.

В Гродненской епархии до 1915 года были следующие монастыри: Гродненский Борисоглебский, Супрасльский Благовещенский, Жировицкий Успенский и женский Красностокский Введенский. Соборных, приходских и приписных церквей в епархии было 612, из них 356 приходских церквей, 42 часовни [2]. В епархии существовали церковные братства, которые вели религиозно-просветительную деятельность: Гродненское Софийское, Слонимское Преображенское и Брестское Николаевское.

В наши дни, спустя сравнительно небольшое время своего существования, Гродненская православная епархия стала одним из главных звеньев культурной жизни нашего города. Епархия является миссионерским и религиозно-просветительским центром западной Беларуси и занимает важное место в социальной сфере города и страны в целом.

Литература:

1. Архиепископ Афанасий Мартос. Беларусь в исторической,

Репозиторий ГрГМУ

государственной и церковной жизни. – Мн.: Белорусский Экзархат РПЦ, 1990.

2. Н.И.Дорош. Православный Гродно. – Гродно, 2006.

ПРОБЛЕМА ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ

Кудян Е. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии с курсом общей психологии

Научный руководитель - д.м.н., профессор Е.Г.Королева

Довольно часто люди с симптомами психического заболевания не обращаются за помощью к специалистам, т.к. это может кардинально изменить их жизнь, спровоцировать отвержение общества. Однако не только люди, получающие психиатрическую или психологическую помощь, вызывают отрицательные реакции в социуме, но и сами врачи (психиатры, психотерапевты и т.д.) неоднозначно оцениваются современным человеком. В настоящее время сеть оказания психотерапевтической помощи достаточно расширилась. Телевидение и радио транслирует рекламу, предлагающую услуги психологического профиля. Но для адекватного восприятия этих сведений необходим базовый уровень знаний о подготовке специалистов-психологов и специфике их работы.

С целью выявить степень осведомленности населения по данной теме в поликлинике №1 города Гродно пациентам на приеме терапевта и медицинскому персоналу (всего 100 человек) были предложены следующие вопросы:

1. Знаете ли вы о существовании врачей- психотерапевтов и об оказываемой ими помощи?
2. Приходилось ли вам или вашим родственникам прибегать к их услугам?
3. Как вы оцениваете эффективность психотерапевтического воздействия?

Репозиторий ГрГМУ

4. Считаете ли вы, что психотерапия может нанести вред пациенту?

Два человека (возраст 80 и 76 лет) отрицательно ответили на первый и второй вопросы. 98 опрошенных знают о существовании врачей-психотерапевтов, но из них 90 не прибегали к их услугам. 50 из 90 (55,5%) не считают данный вид лечения эффективным . 40 из 90 (44,4%) уверены в эффективности психотерапии. Из них 25 опрошенных считают ее необходимой лишь для наркоманов, алкоголиков и психически тяжело больных. Так ответили люди, относящиеся, в основном, к возрастной группе 30-60 лет. Остальные 15, в основном, подростки и молодые люди до 30 лет, уверены, что психотерапия может принести человеку вред, «сделать зомби». Из 100 опрошенных только 8 побывали на приеме у психотерапевта. Они высоко оценивают эффективность лечения. Медицинский персонал поликлиники, в основном, считает психотерапию необходимой лишь для лиц с грубыми нарушениями психики.

Таким образом, только те, кто имел данный опыт, располагают адекватной позитивной информацией. Тогда встает проблема необходимости популяризации работы психологов и психотерапевтов для ликвидации негативных стереотипов и заблуждений. Большую роль играют специально организованные беседы, проводимые с пациентами психиатрических стационаров, с нуждающимися в лечении людьми, а также с их родственниками. На первом занятии показать место психологии и ее отраслей в системе научных знаний, рассказать о подготовке специалистов. Затем пояснить в общих чертах основные принципы психотерапии, механизмы нарушения работы сознания. Следующий этап программы - подробный разбор конкретных психических заболеваний. Заострить внимание на профилактике их возникновения, на первых симптомах, влиянии на образ жизни пациента и вероятности излечения. Для родственников пациентов подготовить занятие, посвященное уходу

Репозиторий ГрГМУ

за людьми с нарушением психики при конкретных заболеваниях. Занятия лучше проводить в форме диалога с аудиторией. По этой причине количество присутствующих на занятии лиц следует ограничить (не более 15 человек). Кроме организации данных занятий помощь в решении проблемы окажет издание брошюр и листовок, посвященных психотерапии, психологии и психиатрии. Можно также издать памятку или брошюру, дублирующую темы устных занятий.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ И ПРИМЕНЕНИИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК

Кузнецов О.Е., Патонич В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к. м. н., доцент В.В.Климович

Живой организм высокочувствителен к хроническому повреждающему воздействию этанола, сопровождающемуся дисбалансом гомеостаза. Известно, что некоторые аминокислоты обладают значительной способностью активировать репаративные процессы в органах и тканях. В связи с этим поиск и применение адаптогенов, оказывающих корригирующее действие на метаболизм, является вполне обоснованным.

Опыты проведены на белых беспородных крысах-самцах, массой 180-200 г, которые находились на стандартном рационе вивария, пищу и питье получали без ограничений. Опытной группе животных в течение 29 суток внутрижелудочно вводили 25% раствор этанола из расчёта 3,5 г/кг массы тела 2 раза в сутки. Одна группа опытных крыс в течение 10 суток получала «Тавамин» (изолейцин, валин, лейцин, таурин) 500 мг/кг 2 раза в сутки, другая – «Тривамин» (триптофан + «тавамин») 600 мг/кг, третья – «Талерин» (таурин + лейцин + витамин B_2 + $ZnSO_4$ + $MgSO_4$) 25

Репозиторий ГрГМУ

мг/кг. Эвтаназия животных по окончании эксперимента осуществлялась путём декапитации, которую осуществляли через 12 часов после последнего приёма пищи.

В сыворотке крови определяли интегральные показатели, отражающие метаболический статус в печени: концентрацию общего белка и активность ферментов - аланинаминотрансферазы (АлТ), аспартатаминотрансферазы (АсТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), щелочной фосфатазы (ЩФ). Данные показатели выбраны в связи с тем, что печень – основной белоксинтезирующий орган, образующий белки на экспорт (альбумины и глобулины), в этой ткани интенсивно протекает обмен аминокислот и углеводов, а ЩФ отражает наличие или отсутствие внутрипеченочного холестаза. Результаты получены на автоматическом биохимическом анализаторе «Architect C 8000». Обработанные результаты изучаемых показателей методом вариационной статистики не выявили достоверно значимых различий по сравнению с контрольными цифрами как в опытной группе крыс, так и в группах животных, получавших аминокислотные добавки. Таким образом, можно сделать заключение, что печень обладает достаточно высоким компенсаторным, резервным и адаптационным метаболическим потенциалом в экстремальных условиях, вызванных хроническим поступлением этанола в организм.

ПРИЧИНЫ «ВЫСОКИХ» АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ.

Кузнецов А.Г. Ситчук Н. К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

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

Несмотря на принятые и подписанные РБ в течении последних 15 лет декларации ВОЗ, одной из целей которых является снижение «высоких» ампутаций нижних конечностей в два раза, количество

Репозиторий ГрГМУ

последних не уменьшается.

Цель исследования: проанализировать причины «высоких» ампутаций нижних конечностей у больных с заболеваниями периферических артерий.

Проведен анализ случаев «высоких » ампутаций нижних конечностей нетравматического генеза, выполненных в хирургическом отделении УКБ г. Гродно за 5 лет. «Высокие» ампутации нижних конечностей были выполнены 47 пациентам. У всех больных причинами ампутаций явились гнойно-некротические изменения мягких тканей стопы, как результат хронических облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей. В реконструктивных операциях им было отказано вследствие уровня окклюзии, протяженности поражения, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, либо эти операции уже выполнялись ранее (7 человек). При анализе причины «высоких» ампутаций у пациентов первой группы установлено, что по этиологическому фактору пациенты разделились на две группы: с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) – 27 (57,4%) человек, и с синдромом диабетической стопы (СДС) – 20 (42,6%) человек. В возрастном аспекте каких-либо закономерностей мы не отметили, средний возраст составил 65,7 лет. Мужчин было 35 (74,5%) , женщин -12 (25,5%). У больных с ОАСНК превалировал проксимальный тип окклюзии – 18 (65,6%) человек. По типу сахарного диабета (СД) распределение следующее: I тип СД зарегистрирован у 2 (10%) человек, II тип – у 18 (90%). По формам СДС: ишемическая форма – 12 (60%), смешанная форма – 8 (40%) человек. Длительность заболевания у всех превышала 5 лет. У 10 (21,3%) больных ранее уже выполнились ампутации пальцев стопы, у 8 (17,1%) пациентов одна конечность уже была ампутирована. У всех пациентов имелись сопутствующие заболевания (главным образом ИБС, АГ): 27 (57,5%) человек перенесли ОИМ или ОНМК.

По тактике лечения также можно выделить две категории: у первой

Репозиторий ГрГМУ

– 33 (70,2%) человека, показания к высокой ампутации имелись на момент поступления:

- обширные, глубокие некротические изменения мягких тканей всех отделов стопы

- влажная гангрена пальцев, в сочетании с восходящим лимфангитом стопы и голени, сопровождающаяся тяжёлой интоксикацией.

У 14 (29,8%) человек первоначально выполнялись «малые» ампутации (пальцев); причинами последующей «высокой» ампутации явились:

-прогрессирование некротических изменений мягких тканей стопы и голени

- наличие критической или субкритической ишемии нижних конечностей с отсутствием тенденции к заживлению послеоперационной раны

- признаки гнилостной флегмоны стопы с высоким уровнем интоксикации

Таким образом, причинами «высоких» ампутаций нижних конечностей у больных с заболеваниями периферических артерий являются гнойно-некротические изменения мягких тканей стопы вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей и синдрома диабетической стопы.

Факторами, влияющими на выбор уровня ампутации, следует считать:

- распространенность и характер деструктивных изменений тканей стопы и голени;

- уровень окклюзии магистрального кровотока;

- степень ишемии дистальных отделов конечности;

- выраженность интоксикации и тяжесть общего состояния пациента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКРЕНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ

Репозиторий ГрГМУ

ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кузьмицкая Ю.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

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

В последнее время артериальная гипертензия (АГ) в экономически развитых странах выявляется у 30-40% взрослого населения и у 50% лиц старше 50 лет. Фремингемское исследование показало, что АГ является основным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Очень важна в лечении АГ стабильность гипотензивного эффекта препарата в утренние часы при однократном приеме в течение суток, что снижает риск гипертензивных реакций и тахикардии при случайном пропуске приема препарата.

Целью исследования было изучение антигипертензивной эффективности препарата «Локрен» фирмы «Sanofi-Sinthelabo» (Франция) у больных АГ в амбулаторных условиях.

Материал и методы: в исследование было включено 36 больных в возрасте от 36 до 58 лет (средний возраст 49,9±1,33 года) мужского (16 человек) и женского (20 человек) пола, страдающих АГ I (25 человек) и II (11 человек) степени (в соответствии с классификацией ВОЗ, 1999). Продолжительность заболевания колебалась от 3 до 10 лет. В исследование не включились больные с тяжелой патологией почек, нарушениями функции печени, сердечной недостаточностью II-IV функционального класса (по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца), сахарным диабетом, перенесенным инфарктом миокарда и мозговым инсультом, принимающие глюкокортикоиды, с исходной брадикардией и имеющие противопоказания к назначению β-адреноблокаторов. До включения в исследование 19 больных не принимали гипотензивные препараты, 17 – лечились нерегулярно, не контролировали АД, принимали ингибиторы АПФ 8 человек,

Репозиторий ГрГМУ

антагонисты кальция – 5 человек, диуретики – 2 человека и β-адреноблокаторы – 2 человека. У всех больных за трое суток до включения в исследование отменили все гипотензивные препараты.

Всем пациентам назначали локрен в начальной суточной дозе 10 мг 1 раз в сутки утром. Наблюдение и лечение локреном проводили в течение 56 дней. Оценивали эффективность лечения по данным офисного измерения АД. Целевым считалось АД < 140/90 мм рт.ст. Эффективность локрена считали отличной при снижении САД менее 140 мм рт.ст. и ДАД < 90 мм рт.ст. от исходного уровня, хорошей – при снижении САД более чем на 15% и ДАД более чем на 100%, удовлетворительной – при снижении САД менее чем на 15% и ДАД менее чем на 10%.

Результаты. При монотерапии у больных с АГ I степени отличный гипотензивный эффект наблюдался у 17 (68%) больных, у 6 (24%) больных ответ на лечение был хорошим, у остальных (8%) – удовлетворительным. Монотерапия у пациентов с АГ II степени к отличному гипотензивному эффекту привела у 3 (27,3%) человек, хорошему – у 6 (54,2%) человек, однако, не был достигнут целевой уровень АД. Эффективность монотерапии у больных с АГ I степенью АД сохраняется через 14, 28 и 56 дней. Целевое АД у них достигнуто в 98%. Кроме того, у 3 пациентов удалось снизить дозу препарата до 5 мг в сутки. Отмечено достоверное урежение ЧСС в данной группе. Добавление эналаприла (берлиприла) к локрену понадобилось для коррекции АД у 8 пациентов с АГ II степени, благодаря чему был достигнут целевой уровень АД к 14 дню, который удерживался на протяжении всего срока наблюдения за больными.

Выводы: монотерапия локреном в суточной дозе 10 мг у больных АГ I-II степени оказывает выраженное гипотензивное действие с достижением целевого уровня АД ниже 140/90 мм рт. ст. преимущественно у больных АГ I степени. Добавление эналаприла в суточной дозе 10 мг к локрену у больных АГ II степени позволяет

Репозиторий ГрГМУ

достичь целевого уровня АД у большинства пациентов. Применение локрена в дозе 10 мг не сопровождается развитием побочных эффектов, требующих отмены препарата.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РАНЕНЫМ В КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ В ОТДЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОТРЯДАХ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Куксенко М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

Военная кафедра

Научный руководитель – майор м/с, ст. преподаватель С.В.Флюрик

Анализ деятельности медицинских отрядов специального назначения (МОСН), оказывавших квалифицированную хирургическую помощь (КХП) раненым в 1994-1996 г.г., - выявление проблем, требующих решения.

Из-за поступления большого числа раненых с сочетанными и множественными повреждениями (24,4 и 30,3%), которые в 12,4% случаев расценивались как тяжелые и в 6,4% - как крайне тяжелые, предъявляются высокие требования к подготовке хирургических кадров МОСН. В результате этого появилась необходимость изменения организационно-штатной структуры отрядов, совершенствование их оснащения и средств развертывания.

Оптимальным объемом квалифицированной хирургической помощи в МОСН в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов следует считать неотложные хирургические вмешательства и реанимационные мероприятия. При задержке дальнейшей эвакуации на срок более 6 ч проводятся срочные операции, а при задержке на срок более 12 ч – и отсроченные оперативные вмешательства.

Рассмотрение этапа КХП как вынужденного (резервного) этапа медицинской эвакуации в современных локальных войнах и

Репозиторий ГрГМУ

вооруженных конфликтах.

Оценка эффективности КХП и сравнительный анализ структуры входящего потока раненых в МОСН (в сопоставлении с показателями работы в омедб) по виду, характеру, локализации и тяжести повреждений.

Снижение частоты оказания КХП в МОСН в результате реализации концепции ранней специализированной хирургической помощи.

Выполнение в МОСН специализированных хирургических вмешательств (нейрохирургического, травматологического профиля и др.) является принципиально неправильным в связи с отсутствием необходимых условий работы, оснащения и вынужденной эвакуацией раненых в ближайший послеоперационный период, что приводит к увеличению числа опасных осложнений. Соответственно нецелесообразно направлять в МОСН специализированные группы усиления.

Особенности ведения маневренных боевых действий в вооруженных конфликтах с многократным развертыванием МОСН в непосредственной близости от зоны боевых столкновений обуславливают необходимость специального медицинского оснащения, мобильных средств развертывания и надежного тылового обеспечения (охрана и оборона, снабжение и др.). Существующие табельные средства развертывания МОСН не обеспечивают условий для интенсивной хирургической работы, что не позволяет в полной мере использовать современные методы диагностики и хирургического лечения боевой травмы.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС ПАЦИЕНТОВ – КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Кунда М.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.И. Заборовский

Социологические исследования должны получить большее распространение как один из методов, дополняющих характеристику деятельности медицинских учреждений «глазами» пациентов, что представляется весьма важным в совершенствовании управления здравоохранением, особенно в организации первичной медико-санитарной помощи.

С целью выяснения качества оказываемой амбулаторно-поликлинической медицинской помощи проведен опрос 165 лиц (73 мужчин и 92 женщин), находившихся в стационаре и имевших анамнестический опыт обращения в поликлинические учреждения.

Довольно высок образовательный уровень респондентов. Более 2/3 имели средне-специальное, незаконченное высшее и высшее образование, у остальных – среднее (14,3%) и неполное среднее (17,0%).

Нас интересовал ряд вопросов, связанных с субъективным отношением больных к своему участковому лечащему врачу и «узким» специалистам. Большинство респондентов (77,0%) удовлетворены работой участковых врачей (мужчины – 80,8%, женщины – 73,9%). Населением отмечены такие достоинства, присущие участковым врачам, как сочетание нескольких положительных качеств (54,1%), внимательное отношение к больному (17,1%), доброжелательность (8,2%), тактичность (4,8%) и бескорыстность (2,7%).

В то же время 4,2% пациентов высказали неудовлетворенность работой участкового врача, 3,0% - хотели бы лечиться у другого врача, 15,8% затруднялись ответить на этот вопрос. Анкетируемые отмечают, что, если бы не было необходимости в получении листка нетрудоспособности, то почти каждый четвертый (22,8%) из них вообще не обращался бы к врачу (мужчины – 27,8%, женщины – 189%). Нами не установлено существенной разницы во мнении лиц с разным

Репозиторий ГрГМУ

образовательным уровнем (P>0,05). Лишь 3/4 опрошенных (соответственно 70,3% мужчин и 74,4% женщин) обращались бы к врачу за лечением по собственному желанию и еще меньше (67,4% мужчин и 71,5 % женщин) выбрали бы для лечения именно своего участкового врача.

Причин неудовлетворенности населения работой врачебного персонала названо много. Чаще всего респонденты высказывали удовлетворенность работой (по убывающей) гастроэнтеролога, онколога, физиотерапевта, оториноларинголога, невролога, офтальмолога, кардиолога; хуже оценена работа стоматологов, дерматовенерологов, хирургов, эндокринологов. Невысоко оценили женщины работу гинекологов. Основными причинами (по рейтингу) являются недостаточное внимание к больному (28,6%), плохое лечение (15,7%), излишняя поспешность в работе (12,9%), отсутствие вежливости (11,4%), то есть причины, которые являются легко устраняемыми без дополнительных материальных затрат.

Работой среднего медицинского персонала недоволен каждый шестой пациент (16,4%). Недовольство работой вспомогательно-диагностических подразделений высказали 5,7% пациентов (лаборатория – 10,3%, рентгенкабинет – 6,4%, кабинет ЭКГ – 3,9%). Работа регистратуры не устраивает каждого четвертого пациента (24,4%).

Таким образом, изучение удовлетворенности медицинской помощью представляет собой критерий, характеризующий объективное состояние системы здравоохранения посредством субъективного осознания его индивидуумом. Уровень удовлетворенности базируется на самочувствии пациента, оправдании его ожиданий после контакта с системой здравоохранения.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ГРУДНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ В

Репозиторий ГрГМУ

ЛЕЧЕНИИ АНГИОТРОФОНЕВРОЗА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Купреева Л.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - д.м.н., профессор Н.Н. Иоскевич

Актуальной проблемой сосудистой хирургии является лечение ангиотрофоневроза верхних конечностей, преимущественно встречающегося у лиц молодого и среднего возрастов. Вместе с тем, результаты его консервативного лечения далеки от совершенства, а традиционные хирургические вмешательства на грудных симпатических ганглиях отличаются травматичностью.

Целью настоящей работы явился анализ клинической эффективности видеоторакоскопии в лечении ангиотрофоневроза верхних конечностей.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 18 больных с ангиотрофоневрозом верхних конечностей. В возрасте от 17 до 19,9 лет прооперировано 6 чел., от 20 до 22,9 лет - 7 чел., от 22,9 до 25 лет - 5 чел. Анамнез заболевания у 8 пациентов составил 3 года, у 10 - 5 лет. В дооперационном периоде прошли курсы консервативного лечения 3 раза 7 больных, до 5 раз - 11 больных.

Обследование пациентов предполагало изучение физикальных данных, общеклинические лабораторные методы, капилляроскопию, рентгенографию шейно-грудного отдела позвоночника. Предоперационная подготовка включала назначение сосудорасширяющих препаратов (ксантинола никотинат в дозе 15% - 4 мл в 500 мл 0,9% физиологического раствора) и средств, улучшающих микроциркуляцию (трентал 10 мл в 500 мл 0,9% физиологического раствора) внутривенно капельно медленно по 3 инфузии каждого препарата.

В 1 стадии заболевания оперированы 6 чел., во 2 - 8 чел., в 3 - 4

Репозиторий ГрГМУ

чел.

Основным методом лечения ангиотрофоневроза явилась видеоторакоскопическая грудная симпатэктомия с удалением симпатического ствола на расстоянии от 4 межреберья в проксимальном направлении до 2 межреберья (до узла Зоргиуса).

Видеоторакоскопическая грудная симпатэктомия проводилась с помощью базового комплекса эндоскопической аппаратуры фирмы «Aesculap» (ФРГ).

Длительность операции составила 25,7 ± 2,3 мин. Интраоперационных осложнений и кровопотери в ходе хирургического вмешательства не отмечалось. Операция завершалась дренированием плевральной полости через торакопорты с активной аспирацией воздуха. В раннем послеоперационном периоде у 2 чел. наблюдалась ограниченная подкожная эмфизема в месте стояния дренажа. Ее лечение проводилось консервативно. Дренажи удалялись после расправления легкого на 1 сутки послеоперационного периода. Выписка больных из стационара осуществлялась на 7-8 сутки с момента выполнения хирургического вмешательства. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил 8,2 ± 1,4 дня.

К моменту выписки на амбулаторное лечение у всех прооперированных больных отмечено улучшение клинического течения заболевания. Это проявилось в повышении температуры дистальных отделов верхних конечностей, улучшении капилляроскопической картины ногтевого ложа, купировании приступов артериоспазма и заживлении трофических расстройств кожи пальцев кистей.

Таким образом, видеоторакоскопическая грудная симпатэктомия является эффективным методом лечения ангиотрофоневроза верхних конечностей. Вместе с тем, требует усовершенствования техника ее выполнения, разработка принципов послеоперационного ведения больных.

СЕРОСОДЕРЖАЩИЕ АМИНОКИСЛОТЫ В ТАЛАМИЧЕСКОЙ

Репозиторий ГрГМУ

ОБЛАСТИ КРЫС В ДИНАМИКЕ МОРФИНОВОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Злоупотребление алкоголем и наркотиками становится все более острой проблемой не только медицинского, но и социального характера. Массовое злоупотребление наркотическими веществами приводит к увеличению случаев отравления, травматизма, насильственных преступлений и т.д. При этом потребление наркотиков наиболее характерно для молодежи, в том числе для подростков и детей (Анохина И.П., 2006).

На современном уровне знаний факт центрального звена в развитии наркомании является неоспоримым. При клинических и экспериментальных исследованиях выявлены многообразные нарушения метаболизма нейромедиторов, нейроспецифических белков, липидов и других соединений в ЦНС при данной патологии (Nestler E.J., 2004; Koob G.F., Sanna P.P., Bloom F.E., 2003). Однако некоторые аспекты обмена веществ (в том числе и метаболизм аминокислот) в отдельных структурах головного мозга изучены недостаточно, что и послужило стимулом для данного исследования.

Эксперименты были выполнены на белых беспородных крысах-самцах массой 180-200 г, содержащихся на обычном рационе вивария. Наркотизацию проводили морфином гидрохлоридом, назначаемым для развития зависимости внутрибрюшинно в нарастающих дозах (от 10 до 40 мг/кг массы) в течение 7 суток. Морфиновый абстинентный синдром вызывали резкой отменой наркотика. Животных декапитировали через 1, 3 и 7 суток после отмены. Контрольным животным вводили адекватные количества физиологического раствора. Количественная идентификация серосодержащих аминокислот (цистин, цистеиновая

Репозиторий ГрГМУ

кислота, цистатионин, метионин и таурин) в ткани таламической области проводилась на аминоанализаторе методом катионобменной хроматографии.

Анализ результатов экспериментов показал, что наиболее выраженные в количественном значении изменения изучаемых показателей отмечаются при 3 и 7-дневной отмене наркотика. При морфиновом абстинентном синдроме любой длительности (от 24 часов до 1 недели) возрастает количество цистина в среднем на 10% в сравнении с контрольным значением. Цистин – продукт восстановления цистеина под действием НАД-зависимой цистеинредуктазы – путем окисления тиоловой (–SH) группы может превращаться в цистеиновую кислоту. Резкое повышение цистеата более, чем в 2 раза, при синдроме отмены длительностью 3 и 7 суток, вероятно, свидетельствует об активации данного метаболического пути. Однако дальнейшее его превращение путем декарбоксилирования с образованием таурина возможно блокировано, что подтверждается неизменяющимся уровнем таурина и накоплением его метаболического предшественника цистеиновой кислоты в таламической области опытных животных. Возрастание уровня метионина при абстинентном синдроме на протяжении 1 недели в некоторой степени отражает нарушение процессов метилирования вследствие нарушения превращения метионина в его активную форму S-аденозилметионин и последующее участие в качестве донора метильных групп при синтезе норадреналина, холина, фосфотитилэтаноламина, нуклеиновых кислот.

Представленные нами данные подтверждают многогранное участие серосодержащих аминокислот (цистина, цистеиновой кислоты, цистатионина, метионина и таурина) в реализации центральных эффектов морфина гидрохлорида. Степень изменения аминокислотного пула зависит от длительности абстиненции и функциональной роли отдельной серосодержащей аминокислоты в таламической области крыс.

Репозиторий ГрГМУ

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБМЕНА СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЕ

Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Свободные аминокислоты нервной ткани, формирующие так называемый аминокислотный пул, на протяжении многих лет были объектом тщательного изучения. Это объясняется не только исключительной ролью аминокислот как источников для синтеза большого числа биологически важных соединений, таких, как белки, пептиды, некоторые липиды, ряд гормонов, биогенных аминов и т.д. Аминокислоты или их дериваты участвуют в синаптической передаче в качестве нейротрансмиттеров и нейромодуляторов. Существенной является также их энергетическая значимость, так как дикарбоновые аминокислоты непосредственно связаны с циклом трикарбоновых кислот.

Как известно, метаболизм серосодержащих аминокислот в мозге коренным образом отличается от такового в периферических тканях. Это обуславливается довольно высокими концентрациями (на порядок и выше) этих метаболитов в головном мозге (около 20% серосодержащих аминокислот локализовано в синаптосомах) по сравнению с плазмой крови и многогранным их участием в нейрохимических процессах головного мозга. Около 20% серосодержащих аминокислот локализовано в синаптосомах. К примеру, активная форма метионина (S-аденозилметионина) используется в реакциях метилирования при синтезе катехоламинов, гистамина, фосфотидилэтаноламина. Процессам метилирования отводится важная роль в проведении сигнала через мембрану, в метилировании ДНК. Последнее считают вероятным участником долговременной памяти. Цистатионин – продукт конденсации

Репозиторий ГрГМУ

гомоцистеина и серина – будучи промежуточным метаболитом в обмене серы, важен для синтеза сульфатидов и некоторых других нейроспецифических сложных липидов мозга.

Таурин, как и ГАМК, ингибирует передачу нервных импульсов. Предшественники обоих соединений (глутамат и цистеинсульфинат) обладают противоположным возбуждающим действием. Таурин оказывает общий угнетающий эффект на ЦНС и, по мнению целого ряда исследователей, обладает большинством признаков нейромодулятора. Однако до тех пор, пока не будут идентифицированы тауринергические нейроны, изолированы специфические рецепторы, найдены агонисты, можно считать, что он играет более универсальную, чем нейротрансмиттерная, нейроэффекторную роль. Наиболее высокие концентрации таурина отмечаются в коре мозга, мозжечке, полосатом теле и, особенно, в ретине. При авторадиографическом исследовании обнаруживается преимущественно глиальная локализация таурина. На основании данных биохимических исследований предполагается существование тауринсодержащего нейронного пути от обонятельной луковицы к пириформной коре.

Некоторые исследователи говорят о предполагаемой нейромедиаторной роли цистеиновой кислоты, учитывая ее возбуждающую активность на нейроны головного мозга, аналогичную активности дикарбоновых аминокислот. Кроме того, производное цистеата - цистеинсульфиновая кислота - связывается с глутаматными рецепторами и конкурирует с глутаминовой кислотой за ее специфический захват и транспорт. Все серосодержащие аминокислоты активно высвобождаются срезами мозга под влиянием ионов калия и имеют, по-видимому, специфические Na^+-зависимые и Na^+-независимые рецепторы и являются природными агонистами возбуждающих нейротрасмиттерных аминокислот.

Следовательно, пул серосодержащих аминокислот представляет

Репозиторий ГрГМУ

собой метаболически важный интегральный показатель обмена в головном мозге, который необходимо учитывать при изучении влияния различных факторов на центральную нервную систему.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Вопросам патогенеза химической зависимости, в целом, и опиоидной, в частности, в последнее время уделяется большое внимание. Необходимость четкого представления о патогенезе заболевания обусловлена клиническими потребностями. Знание патогенеза опиоидной зависимости дает возможность ответственно формулировать стратегию ее диагностики и грамотно отрабатывать тактические параметры лечения.

Известно, что возникновение зависимости начинается с однократного применения наркотика. Хроническое употребление опиатов приводит к формированию ряда феноменов, важнейшими из которых являются патологическое влечение, толерантность и физическая зависимость, вызываемые глубокой перестройкой под действием наркотика функционирования внутринейрональных процессов. При этом происходит ослабление действия опиатов, а прекращение приема наркотика вызывает синдром отмены, тем более выраженного, чем выше степень формирования физической зависимости. Нейрохимические процессы, происходящие в нейронах мозга при хроническом употреблении опиатов, достаточно хорошо исследованы на всех этапах, начиная с изменения функциональных особенностей опиатных рецепторов и заканчивая перестройками экспрессии генов (Анохина, 2006, Nestler E.J., 2004).

В настоящее время в клинической наркологии доминирует так называемая катехоламиновая теория патогенеза опиоидной

Репозиторий ГрГМУ

зависимости. Она, по своей сути, представляет собой нейрофизиологическое объяснение отдельных параметров зависимости (синдром патологического влечения, синдром отмены) и, естественно, претендует на исчерпывающее толкование механизмов развития химической зависимости в целом. Безусловно, на сегодняшний день не вызывает сомнения, что ряд клинических и психопатологических проявлений наркомании на самом деле, вероятно, является последствием дисбаланса катехоламинов и доминированием дофаминовой иинервации. Не исключено, однако, что в этот дисбаланс так или иначе включены и другие биохимические параметры, известные или не известные на сегодняшний день науке, задействованные в сложном механизме взаимного влияния (Калюжный А.Л. и др., 2006).

Показано, что психоактивные вещества активируют нейроны вентрального среднего мозга, входящие в мезокортиколимбическую дофаминовую систему. Проекции этих нейронов распространяются в лимбические структуры и передний мозг. Прилежащее ядро считается ключевой структурой эндогенной системы подкреплений. Здесь проявляются подкрепляющие эффекты большинства веществ, вызывающих зависимость (Судаков С.К., 2004).

Данные томографии мозга людей, употребляющих героин, свидетельствуют о снижении метаболизма нейронов, располагающихся в передних отделах поясной извилины, в то же время наблюдается увеличение их активности при остром введении опиатов (Daglish et al., 2003). Показано, что цингулотомия у больных опийной наркоманией приводит к подавлению потребления наркотиков.

Дальнейшее изучение нейрофизиологических, нейрохимических и молекулярно-генетических механизмов формирования и течения наркоманий остается главной задачей экспериментальной наркологии. В связи с тем, что воздействие на катехоламиновые и опиоидную нейрохимические системы мозга современными средствами не приводит к существенному улучшению качества лечения больных

Репозиторий ГрГМУ

наркоманией, по-видимому, необходимо обращать большее внимание на сопряженные с ними другие молекулярные механизмы действия психоактивных веществ.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ТРЕТЬЕГО ТРИМЕСТРА

Кухарчик О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Одной из актуальных проблем акушерства и гинекологии являются вопросы, связанные с патологией женщин во время беременности. В настоящее время установлена связь осложнений беременности с перенесенными воспалительными процессами внутренних половых органов, особенностями половой жизни и контрацепции.

Цель. Изучить патологические состояния беременных 3 триместра.

Материалы и методы: статистически обработанные карты выбывших из стационара Брестского родильного дома, отделения патологии беременности.

Изучена 951 статистическая карта выбывшего из стационара. Возраст женщин колебался от 17 до 49 лет. Большинство из них (83%) проживало в городе.

В основном женщины для госпитализации направлены женской консультацией и поликлиникой (41% и 45% соответственно), на скорую помощь приходится 8% случаев и лишь 6% поступило без направления.

Сезонность госпитализации выглядит следующим образом: осенью госпитализировано 35%, весной – 24%, летом – 23% и зимой – 18%.

Наибольшее количество женщин поступило в стационар во вторник и четверг (22% и 23% соответственно); в понедельник, среду, пятницу по 16%; в субботу и воскресенье – 5% и 2% соответственно.

Основной причиной госпитализации явились угрожающие

Репозиторий ГрГМУ

преждевременные роды, что составило 96% общего количества беременных.

Также следует выделить сопутствующие заболевания, которые играют немаловажную роль в патологии беременности: воспалительные болезни женских тазовых органов (76%); болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена (54%); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекшие иммунный механизм (53%); болезни системы кровообращения (23%); болезни органов пищеварения (9%).

Таким образом, следует уделять внимание организационным мероприятиям и методам лечения, и тем самым влиять на количество патологий беременных.

ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ТРЕТЬЕГО ТРИМЕСТРА КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Кухарчик О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Благополучие здоровья ребенка в значительной мере зависит от состояния здоровья матери, ее питания, условий жизни. Несоблюдение вышеперечисленного приведет к осложнению беременности, что обуславливает мертворождаемость, младенческую смертность, а также заболеваемость детей в первые годы жизни.

Цель исследования: изучить патологические состояния беременных третьего триместра.

Материалы и методы. Использованы карты выбывших из отделения патологии беременности Брестского родильного дома, обработанные статистическим методом.

Для выполнения цели обследованы 4 группы беременных: первая -

Репозиторий ГрГМУ

в возрасте от 17 до 19 лет (10%), вторая - женщины 21-29 лет (70%), третья 30-39 лет - (18%) и четвертая 40-49 лет (2%).

Преимущественно обследованные проживали в городе. Жительницы города превалировали во всех возрастных группах (возраст 17-19 лет: город - 71%, сельская местность - 29%; возраст 20-29 лег: город - 85%, сельская местность - 15%; возраст 30-39 лет: город 78%, сельская местность - 22%: возраст 40- 49 лет: город 81%, сельская местность- 19%).

Женщины госпитализировались в плановом порядке, что характерно для всех возрастных групп (возраст 17-19 лет: направлены женской консультацией и поликлиникой - 80%. доставлены скорой медицинской помощью - 12%, поступило без направления -- 8%; возраст 20-29 лет: направлены женской консультацией и поликлиникой - 87%, доставлены скорой помощью - 7 %, поступило без направления - 6%; возраст 30-39 лет: направлены женской консультацией и поликлиникой - 84 %, доставлены скорой медицинской помощью 2 %, поступило без направления - 14 %; возраст 40-49 лет: направлены женской консультацией и поликлиникой - 69 %, доставлены скорой медицинской помощью 6 %, поступило без направления - 25 %;)

Госпитализировались женщины, в основном, осенью. При этом сезонность госпитализации распределилась равномерно, по всем возрастам (возраст 17-19 лет: зимой - 8%, весной -29%, летом - 18%, осенью 43%; возраст 20-29 лет: зимой - 22 %, весной -23 %, летом - 22 %, осенью 33%№ 30-39 лет: зимой - 8%, весной -25%, летом - 31%, осенью 36%; 40-49 лет: зимой - 6 %, весной -19%. летом - 6 %, осенью 69%).

Преимущественно женщины поступали в стационар во второй половине недели. Так, в возрасте до 19 лет - 33% в пятницу, в возрасте от 20-29 лет - 27% в четверг, в возрасте 30-39 лет- 24% в пятницу и в возрасте старше 40 лет - 31% в четверг.

Основной причиной госпитализации беременных во всех

Репозиторий ГрГМУ

возрастных группах явилось осложнение родов и родоразрешения. 2 место занимают болезни эндокринной системы, расстройство питания и нарушение обмена, 3 -воспалительные болезни женских тазовых органов. Примерно такой же удельный вес имеют болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекшие иммунный механизм.

Полученные результаты необходимо учитывать при организации медицинского наблюдения беременной, в том числе при профилактической госпитализации.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Кухарчик Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Здоровье населения, в том числе репродуктивное, определяется экономическим и социальным положением населения, экологическими условиями жизни, демографическими процессами.

Цель исследования: оценить влияние медицинских и социально-экономических факторов у беременных женщин различных возрастных групп.

В работе были использованы карты родильниц, обработанные статистическим методом. Общее количество исследуемых составило 659 человек. Все респонденты были разделены по возрасту на 5 групп: 1 группа 15-19 лет – 5%; 2 группа 20-24 года – 39%, 3 группа 25-29 лет – 32%; 4 группа 30-34 года – 17%; 5 группа 35-40 лет – 7%. Соотношение городских и сельских жительниц составило 85,5% и 14,5%.

Социальное положение исследуемых следующее: в 1 группе – студентки – 52%, домохозяйки – 24%, служащие и рабочие по 12%; во 2 группе – служащие – 35%, домохозяйки – 30%, рабочие – 25%,

Репозиторий ГрГМУ

студентки – 10%; в 3 группе – служащие – 44%, рабочие – 24%, домохозяйки – 31%, студентки – 1%; в 4 группе – служащие – 61%, домохозяйки – 24%, рабочие – 15%; в 5 группе – служащие – 52%, рабочие – 35%, домохозяйки – 13%.

90% исследуемых – замужние, 10% - в браке никогда не состояли.

Уровень образования среди родильниц различен: среднее и среднеспециальное образование в 1 возрастной группе имеют 44%, во 2 группе – 69%, в 3 группе – 69%, в 4 группе – 64%, в 5 группе – 65%; неполное высшее и высшее в 1 группе – 9%, во 2 группе – 30%, в 3 группе – 31%, в 4 группе – 33%, в 5 группе – 30%.

В возрасте 12-14 лет наступила менструация у 75% первой группы, 80% у второй группы, 75% у третьей группы, 74% у четвертой группы, 69% у пятой группы. Начало менструаций в 11-12 лет и 15-19 лет составило, соответственно, 18% и 6% первой группы, 11% и 9% второй группы, 1% и 24% третьей группы, 15% и 11% четвертой группы, 7% и 24% пятой группы. Менструальный цикл установился преимущественно сразу (возраст 15-19 лет – 77%, возраст 20-24 года – 60%, возраст 25-29 лет – 96%, возраст 30-34 года – 75%, возраст 35-40 лет – 83%). Установление цикла произошло через 0,5-1 год в 1 группе – 23%, во 2 группе – 40%, в 3 группе – 4%, в 4 группе – 25%, в 5 группе – 7%.

В первых трех группах начало половой жизни приходится преимущественно на возраст 15-18 лет (15-19 лет – 100%, 20-24 года – 61%, 25-29 лет – 58%). В двух других группах оно произошло в возрасте 19-24 года (30-34 года – 55%, 35-40 лет – 63%).

Полученные результаты следует учитывать при организации акушерско-гинекологической помощи.

МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кухарчик Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Каждой будущей маме хочется, чтобы её ребенок родился крепким и здоровым. Однако надо помнить о том, что здоровье ребенка напрямую зависит от здоровья матери.

Цель исследования – проанализировать влияние медицинских и социальных факторов в пяти возрастных группах.

Для анализа использовали 659 статистических карт родильниц, которые были разделены по возрасту на пять групп: 1 группа - 15-19 лет – 5%, 2 группа - 20-24 года – 39%, 3 группа - 25-29 лет – 32%, 4 группа - 30-34 года – 17%, 5 группа – 35-40 лет – 7%.

Наиболее часто встречающиеся экстрагенитальные заболевания, перенесенные во время настоящей беременности, – пиелонефрит (возраст 15-19 лет – 12%, возраст 20-24 года – 10%, возраст 25-29 лет – 15%, возраст 30-34 года – 16%, возраст 35-40 лет – 13%), вирусные инфекции (1 группа – 14%, 2 группа – 24%, 3 группа – 19%, 4 группа – 19%, 5 группа – 13%), анемия (возраст 15-19 лет – 12%, возраст 20-24 года – 11%, возраст 25-29 лет – 19%, возраст 30-34 года – 11%, возраст 35-40 лет – 11%).

Течение настоящей беременности у каждой 10-й сопровождалось токсикозом второй половины беременности, у каждой 9-й – анемией, у каждой 7 – токсикозом первой половины беременности. Без осложнений беременность протекала у каждой третьей женщины.

Одним из важных аспектов безопасного материнства является обращение беременной женщины к врачу акушеру-гинекологу в ранние сроки. Срок беременности при первом осмотре врача, в основном, до 12 недель (возраст 15-19 лет – 89%, возраст 20-24 года – 90%, возраст 25-29 лет – 92%, возраст 30-34 года – 77%, возраст 35-40 лет – 78%). На сроке 13-23 недель: 1 группа – 9%, в 2 группа – 9%, 3 группа – 4%, 4 группа – 14%, 5 группа – 20%. До 4% исследуемых на первый осмотр пришли позже 24 недель. Каждая вторая респондентка была осмотрена

Репозиторий ГрГМУ

врачом во время настоящей беременности 10 и более раз, каждая третья – 4-9 раз.

Структура гинекологической заболеваемости: на 1 месте - эрозия шейки матки 34% (преобладают группы 2 и 3 по 13% от общего числа исследуемых); на 2 месте - хронический аднексит – 7% (преобладают группы 2 и 4 по 3% и 2% соответственно, от общего числа исследуемых); на 3 месте - киста яичника – 5 % (преобладает группа 3 – 4% от общего числа исследуемых); на 4 месте – кольпит – 3% (преобладают группы 3 и 4 по 1% от общего числа исследуемых). Экстрагенитальная патология в анамнезе отсутствует у 53% исследуемых.

Преобладающими во всех группах являются заболевания почек – 15%, желудочно-кишечного тракта 14%, органов дыхания – 8%, эндокринной системы – 8%. На заболевания сердечно-сосудистой системы и нервной системы приходится 6% и 2% соответственно.

Полученные результаты следует учитывать при организации динамического медицинского наблюдения беременных.

ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 5-НИТРОТИАЗОЛА

Кучко С.Ю., Соколов Н.К., Ярещенко Н.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Т.Н. Соколова

В настоящее время инфекционные болезни занимают значительное место среди причин смертности населения во всем мире. Ущерб экономике стран от инфекций огромен и достаточно точно подсчитан, о чем можно судить по данным США и Канады, свидетельствующим о затратах на лечение только внутрибольничных инфекций более 5 млрд. долларов в год. В связи с этим потребность в поиске и внедрение в клиническую практику новых антибиотиков,

Репозиторий ГрГМУ

антисептиков терапевтического и профилактического назначения остается одной из основных задач медицины. В Гродненском медицинском университете были впервые синтезированы различные производные 5-нитротиазола. Синтезированные соединения были изучены на предмет их антимикробной активности методом серийных разведений в мясопептонном агаре в отношении широкого спектра различных грамположительных и грамотрицательных тест-микроорганизмов. Результаты исследований показали, что новые производные 5-нитротиазола обладают достаточно высоким бактериостатическим действием в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов в диапазоне от 4 до 78 мкг/мл. Для дальнейшего изучения этих веществ необходимо было установить их токсические свойства.

Цель исследования. Изучить острую токсичность на мышах производных 5-нитротиазола, обладающих антимикробной активностью.

Материалы и методы. Были использованы три новых соединения – производные 5-нитротиазола. Острую токсичность этих веществ определяли на 30 белых беспородных мышах (самцах) массой 30 г каждая (по 10 мышей в группе для каждого соединения).

Исследуемые соединения характеризовались плохой растворимостью в воде. Поэтому для получения более однородной взвеси изучаемых соединений мы использовали 0,2% раствор картофельного крахмала, который получали добавлением водной взвеси крахмала в кипящую воду. После охлаждения крахмального раствора до 45ºС в него постепенно добавляли исследуемые вещества и интенсивно перемешивали до получения однородной взвеси. Первоначально вводимая доза изучаемых соединений составляла 3 г на кг массы тела животного. Для этого 450 мг исследуемого соединения добавляли к 5 мл 0,2% раствора картофельного крахмала. С помощью металлического зонда внутрижелудочно животному дважды вводили по

Репозиторий ГрГМУ

0,5 мл взвеси исследуемых веществ с интервалом 25 мин. Мыши помещались в отдельные клетки и за ними проводилось наблюдение. В первый час после введения препарата у мышей отмечалось появление стрессовой реакции, которое проявлялось в дрожании всего тела, учащении дыхания и отсутствием желания приема пищи, но через 1 час эта реакция проходила, и состояние животных нормализовалось. В последующем мыши наблюдались еще в течение 2 недель. За этот период не отмечалось гибели подопытных животных. В последующем доза вводимого вещества была увеличена до 6 г на кг массы животного. При этом также не отмечалось гибели животных и каких-либо других проявлений токсичности изучаемых соединений. Увеличить еще больше дозу вводимых веществ не удалось, так как из-за большого содержания исследуемых веществ во взвеси возникли затруднения при введении их через зонд шприцом.

Результаты исследования. Новые производные 5-нитротиазола, обладающие антимикробной активностью, не оказывают токсического действия на мышей в дозе 6 г на кг массы и являются перспективными веществами для дальнейшего изучения как возможные антимикробные препараты.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ЖИВОТНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ АЦЕТАМИНОФЕН

Лаган И.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И. Гельберга

Научный руководитель – к.б.н., доцент М.В. Горецкая

Цель данного исследования – изучить влияние ацетаминофена на иммунологические показатели крови крыс.

Материалы и методы исследования. Для определения возможности повреждения иммунокомпетентных тканей белым крысам-

Репозиторий ГрГМУ

самкам массой 130-150 г вводили ацетаминофен в дозе 2 г/кг массы внутрижелудочно ежедневно однократно в растворе 2% крахмала в течение 5 дней. Животных лишали пищи за 2 ч до и на 2 ч после введения препарата. Декапитировали через 24 ч после последнего введения ацетаминофена. Брали кровь для иммунологического исследования. Учитывали количественные изменения лейкоцитов, абсолютное и относительное число лимфоцитов и, в частности, В-лимфоцитов, активность комплемента [1], что позволит косвенно оценить степень иммуномодулирующего действия ацетаминофена на клеточное и гуморальное звено системы иммунитета. Математическую обработку полученных данных проводили с использованием компьютерных программ из пакета «Statistica».

Результаты. При изучении иммунологических показателей крови животных, получавших ацетаминофен в дозе 2 г/кг массы ежедневно пятикратно, наблюдали достоверное снижение общего числа лейкоцитов на 48% (5,90±0,92* – в опытной группе; 11,18±1,19 – в контрольной группе). При этом имело место более чем двукратное (на 156%) увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов (28,2±6,6 – в опытной группе; 11,0±2,48 – в контрольной группе). Отмечали уменьшение относительного количества лимфоцитов на 18% (70,5±7,02 – в опытной группе; 86,3±2,93 – в контрольной группе), при этом их абсолютное количество достоверно снижалось в 2 раза (4,14±0,55* – в опытной группе; 9,71±1,32 – в контрольной группе). Относительное количество В-лимфоцитов снизилось на 25% (23,7±1,89 – в опытной группе; 31,5±3,48 – в контрольной группе), а их абсолютное количество достоверно – в 3 раза (0,98±0,16* – в опытной группе; 3,11±0,61 – в контрольной группе). Обращает на себя внимание достоверное повышение гемолитической активности комплемента на 144% (91,85 ±4,57* – в опытной группе; 37,5±7,24 – в контрольной группе)

Таким образом, введение токсической дозы ацетаминофена в течение 5 суток приводит к выраженным изменениям

Репозиторий ГрГМУ

иммунологической картины крови и это, в свою очередь, может сказаться на устойчивости организма к инфекционному фактору.

Литература:

1. Иммунологические методы. Под ред. Г. Фримеля, Пер. с нем. А. П. Тарасова. – М.: Медицина, 1987. – 472 с.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Лагун Т.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – ст. преподаватель Н.Е. Хильмончик

Число людей, инфицированных вирусным гепатитом В, огромно. Только вирусоносителей, по данным ВОЗ, более 350 млн. человек. В настоящее время в нашей стране заболеваемость острым вирусным гепатитом В регистрируется преимущественно среди молодых людей репродуктивного возраста (15-35 лет), наиболее высока она в возрастной группе 20-29 лет.

При уходе за больными с острым гепатитом В важна роль среднего медицинского персонала. Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности.

Основным понятием современной модели сестринского дела является сестринский процесс. Он несет новое понимание роли медсестры в практическом здравоохранении, требуя от нее не только хорошей технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью.

Организационная структура сестринского процесса состоит из 5 этапов, каждый из которых предусматривает достижение определенной цели при оказании медицинской помощи пациентам, когда не менее важным, чем лечение, является уход.

Репозиторий ГрГМУ

Цель сестринского обследования пациента заключается в том, чтобы собрать, оценить и обобщить полученную информацию.

Сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма на заболевание, предполагает сестринское лечение в пределах компетенции медсестры.

План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

Реализация плана сестринских вмешательств включает уход и наблюдение за больным, четкую и своевременную раздачу лекарств, подготовку больного к забору биологического материала и к дополнительным методам исследования. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Оценка действий медсестры - это исследование реакции больного на вмешательства медсестры - является заключительным этапом сестринского процесса, целью которого является определение степени, до которой намеченные мероприятия по уходу за больным были достигнуты.

Необходимо помнить, что медицинская сестра должна хорошо знать симптомы заболевания и представлять механизм его развития. Именно тогда внедрение сестринского процесса при уходе за больными с вирусными гепатитами приобретает большое значение в процессе выздоровления и лечения. Кроме того, применение сестринского процесса решает многие проблемы при лечении, а именно: способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов. Среди них приоритетными являются проблемы безопасности, проблемы, связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем, сохранением чувства собственного достоинства и необходимости; определяет план действий медсестры, стратегию,

Репозиторий ГрГМУ

направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей патологии; с его помощью оценивается эффективность проведенной работы, профессионализм сестринского вмешательства; гарантирует качество оказания помощи; обозначает значимость труда медицинской сестры и побуждает ее к постоянному совершенствованию профессиональных знаний и навыков.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОЙ ЭМИГРАЦИИ В ОЧАГ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лакотко Т.Г., Микша Е.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель - д.м.н., доцент С.М. Смотрин

Реакция организма на операционную травму местно реализуется через лейкоцитарно-макрофагальную систему. Определяющим моментом течения раневого процесса является эмиграция лейкоцитов в зону повреждения.

Цель исследования. Изучить особенности клеточной эмиграции в очаг травматического повреждения у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 40 добровольцев и 50 больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВН). Добровольцам и больным наносилась стандартная вакуумная травма, в результате которой осуществлялось отслоение эпидермиса от дермы и формировались кожно-вакуумные пузыри (КВП). Изучение клеточного состава кожно-вакуумных пузырей осуществлялось по методике, разработанной Островским А.А. с соавт. на 6 и 24 часа.

У здоровых людей, в зависимости от характера и клеточного состава жидкости кожно-вакуумных пузырей, были выделены 3 типа

Репозиторий ГрГМУ

реакции клеточной эмиграции: нормоергический, гипоергический, гиперергический. Нормоергический тип клеточной эмиграции встречался у 82,8% здоровых добровольцев, гипоергический тип - у 11,4% добровольцев, а гиперергический тип - 5,8% здоровых лиц.

Как показали проведенные исследования, у больных с ХВН на 6 часов от начала нанесения КВП, в сравнении со здоровыми добровольцами, отмечается замедление эмиграции лейкоцитов в зону посттравматического воспаления. При этом и относительное содержание нейтрофилов у больных с ХВН было на 38% меньшим в сравнении со здоровыми добровольцами ($p<0,05$). Более значительные нарушения процессов эмиграции лейкоцитов наблюдались на 24 часа. На этот срок исследования у больных значительно менялись как относительные, так и абсолютные показатели эмиграции лейкоцитов в КВП. Уменьшение содержания нейтрофилов у больных с ХВН достигало 48% ($p<0,05$). Торможение процессов эмиграции лейкоцитов в полость КВН пузырей у больных с ХВН и соответствовало гипоергическому типу клеточной реакции в ответ на повреждение.

Литература:

1. А.с. 1659847 Способ подготовки пробы лейкоцитов для цитологических исследований / Островский А.А., Наумов И.А., Новицкий Г.К. (СССР) - Заявитель: Институт биохимии АН БССР; Заявка № 448952; Приоритет 15. 09.88. Опубл. 01.03.91, Бюл. № 24 // Изобретение - 1991. -№ 24. С. 156.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Латыш И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

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

Проблема острого панкреатита остается весьма актуальной. П

Репозиторий ГрГМУ

анкреатит занимает третье место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту и холециститу. Острый панкреатит составляет 0,47% всех соматических заболеваний и 12% - среди всех острых заболеваний органов брюшной полости. Деструктивные формы острого панкреатита встречаются у 30 – 60% пациентов, протекают тяжело и дают большую летальность.

Нами проведен анализ 43 историй болезни пациентов с различными формами острого панкреатита, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 1997 по 2005 год. Возраст больных колебался от 31 до 86 лет. Среди них женщин было 29 (67,4%), мужчин 14 (32,6%). Все больные оперированы. Умерло 6 (13,9%) пациентов.

Больных с острым билиарным панкреатитом было 31 (72,1%) человек. Среди них с отечной формой острого панкреатита - 16 (51,6%) пациентов, с деструктивной формой острого панкреатита – 15 (48,4%) больных. С острым небилиарным панкреатитом находилось на лечении 12 (27,9%) пациентов, среди которых с отечной формой – 5 (41,7%) и с деструктивной формой - 7 (58,3%) человек.

В процессе лечения больные обследованы. У всех больных изучены следующие неспецифические лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, билирубин, глюкоза, белок, эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, СОЭ, ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации), амилаза крови, диастаза мочи. Забор анализов проводился при поступлении больных в стационар, после операции, на 6-е сутки после операции, при выписке пациентов из стационара. Изучение лабораторных показателей проводилось по билиарному и небилиарному панкреатиту, причем в каждом из указанных групп пациентов выделены отечные и деструктивные формы данной патологии.

Полученные показатели обработаны статистически, выстроены графики, позволяющие четко проследить динамику изменений, как

Репозиторий ГрГМУ

гемограммы, так и биохимических исследований.

При этом изменения лабораторных показателей имеют свою специфическую направленность, различную для билиарного и небилиарного панкреатита. Более динамичны, быстрее приходят к норме показатели уровня билирубина, белка, АЛТ, АСТ, амилазы крови и диастазы мочи при билиарном панкреатите. Особенно это характерно для амилазы крови и диастазы мочи, показатели которых приближаются к норме уже на вторые сутки после операции. Значительно уменьшается, приходя к норме на 6 сутки после операции, уровень билирубина, динамично идет снижение уровня АЛТ, АСТ, хотя полной нормализации их показателей не происходит даже при выписке из стационара. Медленнее происходит нормализация, особенно при деструктивных формах билиарного панкреатита, уровня лейкоцитов, ЛИИ. СОЭ остается повышенной у данной группы больных даже при выписке из стационара. Лабораторные показатели при деструктивном панкреатите небилиарного происхождения характеризуются более выраженным воспалительным ответом организма на процесс, происходящий в поджелудочной железе. Лейкоцитоз, высокий ЛИИ, повышенное СОЭ сохраняются практически на протяжении всего курса лечения, хотя биохимические показатели постепенно приходят к верхней границе нормы.

Обобщая вышеизложенное, следует отметить, что адекватно выполненное оперативное вмешательство при билиарном панкреатите дает лучший лечебный результат в силу этиопатогенетической направленности проводимого лечения.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАДЕРЖКУ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ В СТАЦИОНАР

Лежава А.А., Кардаш Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.Д. Кулеш

Репозиторий ГрГМУ

Раннее поступление в стационар с последующим проведением диагностического алгоритма является основой успешного вмешательства при инсульте. Целью работы было выявить факторы, ведущие к задержке поступления больных инсультом в стационар.

Объектом исследования явились пациенты с инсультом, поступившие на стационарное лечение в Городскую клиническую больницу № 1 г. Гродно в период с 25 ноября по 31 декабря 2006 г. (сплошная выборка). Пациенты с транзиторными ишемическими атаками и периферическими вестибулярными расстройствами были исключены из исследования. В течение первых дней госпитализации больные и / или их родственники были интервьюированы по стандартному протоколу. Фиксировалось время появления симптомов инсульта, обращения за медицинской помощью и поступления в стационар.

Обследованы 45 пациентов инсультом (17 мужчин и 28 женщин), средний возраст составил 69,1 $\pm$ 11,4 лет. У 15 больных (33,3%) инсульт являлся повторным. В 37,8% случаев начало болезни отмечалось в присутствии членов семьи, в 46,7% случаев родственники временно отсутствовали, и в 15,5% случаев пациенты были одинокими (проживали отдельно). Наиболее часто (39 случаев) отмечалось острое начало инсульта с определенным временем появления симптомов неврологического дефицита. У 3 пациентов симптомы инсульта обнаружились после ночного сна, и в 3 случаях отмечалось подострое начало. У 71,1% больных в дебюте инсульта отмечались двигательные расстройства в конечностях (парезы, параличи), речевые нарушения или их сочетание.

Установлено, что задержка поступления в стационар больных инсультом варьировала от 0 мин. (отсутствие задержки) до 5970 мин., среднее значение составило 955,3 $\pm$ 211,9 мин. Факторы, связанные с задержкой поступления, представлены в таблице. Время задержки

Репозиторий ГрГМУ

поступления было достоверно меньше у пациентов, которые знали о симптомах инсульта (реальная практика или средства массовой информации) по сравнению с пациентами, которые не были знакомы с проявлениями нарушений мозгового кровообращения. Обращение в систему скорой медицинской помощи также достоверно уменьшало сроки госпитализации по сравнению с обращением в амбулаторно-поликлиническую службу.

Фактор	Варианты	Время задержки, мин
Информированность о симптомах инсульта*	Да	572
	Нет	1801
Перенесенный ранее инсульт	Да	386
	Нет	1240
Наличие родственника (очевидца) в момент начала	Да	748
	Нет	1081
Обращение за медицинской помощью*	Скорая помощь	617
	Участковый врач	1884
Двигательные и / или речевые нарушения в дебюте	Да	823
	Нет	1279

* различия достоверны, $p < 0,05$

Таким образом, для сокращения продолжительности

Репозиторий ГрГМУ

догоспитального этапа при острых нарушениях мозгового кровообращения необходимы мероприятия по повышению информированности населения о симптомах инсульта и необходимости раннего обращения за медицинской помощью, преимущественно через систему скорой медицинской помощи.

АКТИВНОСТЬ КЛЮЧЕВЫХ ФЕРМЕНТОВ ГЛИКОЛИЗА В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВВЕДЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ЭТАНОЛА

Лелевич С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии

Метаболические эффекты этанола на углеводный обмен активно изучаются на различных экспериментальных моделях, видах животных, дозах и способах введения. Выявлено, что после однократного введения алкоголя происходит кратковременное накопление восстановительных эквивалентов в печени, проявляющееся в увеличении стационарной концентрации восстановленного $НАДН^{+}$. В отношении влияния этанола на гликолиз в печени имеются противоречивые данные. Острая алкогольная интоксикация приводит у ненакормленных крыс к снижению активности некоторых ферментов гликолиза. В то же время, на фоне 48-часового голодания, этанол повышает активность фосфофруктокиназы и пируваткиназы в печени. Целью настоящей работы было изучение влияния дозозависимых эффектов острой алкогольной интоксикации на активность ключевых ферментов гликолиза в печени крыс.

В эксперименте было использовано 29 белых беспородных крыс самцов, массой 180– 220 граммов. Этанол вводили внутрижелудочно в дозах – 1, 2,5 и 5 граммов на килограмм массы тела. Особям первой экспериментальной группы (контроль, 7 животных) внутрибрюшинно

Репозиторий ГрГМУ

вводили 1 мл физиологического раствора NaCl, второй (7 животных) – 10% раствор этанола в дозе 1 г/кг, третьей (7 животных) – 25% раствор этанола в дозе 2,5 г/кг и четвертой (8 животных) – 25% раствор этанола в количестве 5 г/кг массы тела. Декапитацию производили через 1 час после иньекций. Перед декапитацией все животные 12 часов содержались без пищи при свободном доступе к воде. В гомогенатах печени определяли активность ферментов гликолиза – гексокиназы (ГК), глюкокиназы (ГЛК), фосфофруктокиназы (ФФК) и пируваткиназы (ПК). Белок определяли по Лоури. Статистическую обработку данных производили с использованием t- критерия Стьюдента.

Введение этанола в дозе 1 г/кг массы тела (2-ая группа) сопровождается снижением активности ферментов начальных реакций гликолиза в печени. Активность ГК снижается на 29% ($p < 0,02$), а ГЛК – на 34% ($p < 0,001$) по сравнению с контрольными значениями. У особей 2-ой группы понижена и активность ПК. Назначение этанола в средней дозе (2,5 г/кг) несколько меняет функционирование гликолиза, в сравнении с предыдущей экспериментальной группой. Активность ГК остается ниже значений контрольной группы, тогда как активность ГЛК нормализуется. Активность еще одного лимитирующего фермента гликолиза – ФФК у особей 3-ей группы снижена, а ПК – не отличается от контрольной группы. Введение этанола в высокой токсической дозе (5 г/кг) приводит к ингибированию активности всех определяемых лимитирующих ферментов гликолиза. Причем степень ингибирования выражена в большей степени, чем при назначении более низких доз алкоголя. По сравнению с контрольными животными, у особей 4-ой группы активность ГК снижена на 35% ($p < 0,001$), ГЛК – на 37% ($p < 0,001$), ФФК – на 28% ($p < 0,02$) и ПК – на 32% ($p < 0,01$), что свидетельствует о снижении поточной скорости гликолиза в печени.

Таким образом, степень нарушений функционирования гликолиза в печени при острой алкогольной интоксикации определяется дозой вводимого этанола. Наиболее выраженные нарушения при этом

Репозиторий ГрГМУ

выявляются после введения 5 г/кг. Нарушение метаболизма глюкозы на фоне потребления больших доз этанола вносит определенный вклад в формирование общей патохимической картины тяжелой формы острой алкогольной интоксикации и, несомненно, должно учитываться при разработке оптимальных схем ее метаболической коррекции.

СРОДСТВО ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПРИ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ

Лелевич А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патофизиологии

При алкогольном синдроме отмены у больного наблюдается ряд метаболических изменений, связанных, в основном, с развитием гипоксических состояний. Наряду с нарушением тканевого дыхания при абстинентном синдроме [1] в патогенезе гипоксии имеет значение нарушение оксигенации тканей вследствие нарушения транспорта газов кровью под действием этанола. Этанол при поступлении в организм оказывает существенное влияние на газовый состав, кислотно-основной баланс крови [4], на структуру и свойства мембран эритроцитов [3]. Установлена зависимость кислородсвязующих свойств гемоглобина от структуры эритроцитов [2].

Целью работы явилось изучение сродства гемоглобина к кислороду (СГК) у больных алкоголизмом в период абстинентного синдрома.

Были обследованы 13 больных алкоголизмом II стадии с абстинентным синдромом в возрасте 25-55 лет, находившихся на лечении в наркологическом отделении Гродненской психиатрической больницы, на 1-2 сутки после поступления и при выписке на 10-14 день. Контрольная группа доноров составила 8 человек. Забор крови производили из кубитальной вены, в качестве антикоагулянта применяли гепарин. Одну часть крови инкубировали с изотоническим

Репозиторий ГрГМУ

раствором NaCl, а другую с раствором этанола в конечной концентрации 50 мМ. СГК определяли по показателю p50 методом смешивания при реальных значениях pH, PCO_2, tºC.

У больных алкоголизмом при абстинентном синдроме наблюдается увеличение СГК относительно группы здоровых доноров, показатель $p50_{реал}$ равен 28,20 ± 0,71 и 31,10 ± 1,25 мм рт. ст. соответственно, $p<0,05$. При инкубации крови больных алкоголизмом с этанолом происходит снижение СГК относительно группы больных, кровь которых была инкубирована с изотоническим раствором NaCl, $p50_{реал}$ равен 31,26 ± 0,75 и 28,20 ± 0,71 мм рт. ст. соответственно, $p<0,05$. На момент выписки у больных алкоголизмом имелась тенденция к снижению СГК, $p50_{реал}$ равнялся 30,23 ± 0,78 мм рт. ст.

Увеличение СГК отражает понижение отдачи гемоглобином кислорода в ткани в период абстинентного синдрома, что может способствовать развитию гипоксии при отмене этанола. Снижение СГК при добавлении этанола in vitro свидетельствует о развитии адаптационных реакций кислородтранспортной функции крови к хроническому поступлению этанола.

Литература:

1. Лелевич А. В. Влияние этанола и сукцината на скорость потребления кислорода гомогенатами головного мозга крыс при хронической алкогольной интоксикации // Журнал Гродненского Государственного медицинского университета. – 2005. - №1. – С. 31-33.

2. Борисюк М. В. Системный анализ регуляции кислородсвязывающих свойств крови: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. – М., 1982. – 21с.

3. Юсупова И. У., Остремский В. Д., Маркова М. Н. Изменение жирно-кислотного состава эритроцитарных мембран при алкоголизме // Гематология и трансфузиология. – 1988. – № 2. – С. – 37–42.

4. Mitchell M. A., Belknap J. K. The effects of alcohol withdrawal and acute doses of alcohol on the acid-base balance in mice and rats // Drag

Репозиторий ГрГМУ

and alcohol dependence. – 1982. – Vol. 10. – N 4. – P. 283-294.

НАСЛЕДИЕ АНТИЧНОЙ МИФОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Леонова И.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – преподаватель О.С. Заборовская

Медицинская и биологическая терминологии достигли наибольшей степени интернационализации по сравнению с терминологией других отраслей. Это объясняется тем всеохватывающим устойчивым влиянием, которое оказывали на медицинскую терминологию в течение многих столетий и продолжают оказывать по сей день два классических языка античного мира-древнегреческий и латинский. Значительную часть этой терминологии составляют термины, которые берут начало от мифических имён и понятий. Этот пласт лексики и является предметом настоящего исследования.

На современном этапе в период появления новых методов и способов профилактики, диагностики, лечения всякого рода заболеваний, в период столь бурного развития медицины актуальными являются вопросы возникновения названий заболеваний, видов операций, анатомо-гистологических терминов и т.д. Целью данной работы является изучение мифологических источников возникновения современных медицинских терминов. В данном исследовании собран обобщенный материал о мифических образах и сюжетах и проведена аналогия с современными понятиями в медицине. Основным методом работы является структурный анализ наиболее известных эпонимических терминов и понятий из мифологии древних греков и римлян и изучение современной научной медицинской литературы с последующей сравнительной характеристикой данных терминов и

Репозиторий ГрГМУ

проведением семантического анализа с целью нахождения семантико-этимологических связей. В работе кратко изложены мифические сюжеты или упоминания о божествах или героях в мифах древних народов с обязательным использованием этих понятий в современной медицинской терминологии. Были исследованы следующие эпонимические термины: Ахилл, Атлант, Венера, Нарцисс, Триап, Панацея и некоторые другие. И можно сделать вывод, что происхождение немалого количества медицинских терминов нужно связывать с мифами древних времен, что эти термины не только не потеряли своей значимости и актуальности на сегодняшний день, но и, наоборот, еще больше укореняются в медицинской номенклатуре.

Бесспорно, что этимология служит подспорьем и ориентиром в уяснении значения терминов. В результате исследования мы пришли к выводу, что семантика современного термина и его этимология могут находиться в сложных отношениях друг с другом. В одних случаях они совпадают, в других - семантика как бы вырастает из этимологического обиходного значения древнего слова. Этимология представляет несомненный историко- научный, познавательный интерес, но связи ее с семантикой не всегда однозначны. Большинство терминов представляют собой производные слова, образованные от других производных основ посредством различных способов словообразования: использование приставок и суффиксов, осново- и словосложение.

Литература:

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов в трех томах. Изд. 1, Минск 1984г. Под редакцией Петровского.

2. Античная литература. Под ред.проф. А.А.Тахо-Годи. Изд. 2, Минск 1973г.

3. Парандовский Ян. Мифология. Верования и легенды греков и римлян. Минск 1971г.

4. Виппер Б.Р. Искусство древней Греции. Минск 1972г

Репозиторий ГрГМУ

5. Кун Н. А. Легенды и мифы древней Греции. Изд. 5, Минск 1975г..

ЕСЛИ БУДУЩАЯ МАМА - ТОЛСТУШКА?

Леонтьева А.В., Шарко А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

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

Распространенность ожирения и количество беременностей, протекающих на фоне нарушений жирового обмена (НЖО), увеличивается с каждым годом. Изучение особенностей течения беременности у женщин с избытком жировой ткани поможет максимально индивидуализировать тактику их ведения. Для решения поставленных задач нами проведен анализ течения беременности у 32 женщин с алиментарным ожирением, находящихся на стационарном лечении в отделении патологии беременных больницы скорой медицинской помощи г.Гродно. Диагноз НЖО был поставлен на основе общего осмотра и объективного клинико-лабораторного обследования. Настоящее сообщение является первым и представляет результат углубленного анализа особенностей течения беременности у женщин с ожирением.

У 43,7% обследованных установлена избыточная масса тела, у 37,5% - I ст. ожирения, у 9,3% - II ст. ожирения и III степень - у 3,1%. Первородящих женщин с избыточной массой тела было 64,2%, с I ст. ожирения - 35,7%, а повторнородящих соответственно 33,3%, 38,8%, 16,7%, 5,5%. Среди обследованных 93 % первородящих были в возрасте до 30 лет. Факт нахождения большинства обследованных с ожирением в оптимальном репродуктивном возрасте является показателем низкого индекса здоровья в этой группе женщин. При изучении социального положения беременных мы установили, что 97%

Репозиторий ГрГМУ

из них состояли в браке; 68,8% были служащими, 31,3% - домохозяйками. Помимо ожирения у 100% беременных обнаружили другие заболевания: 50% имели отягощенный гинекологический анамнез и 62,5% страдали другими экстрагенитальными заболеваниями. Такие заболевания, как нейроциркуляторная дистония, болезни мочевыделительной системы в данной группе беременных отмечались чаще, а гипертоническая болезнь, анемия, миопия, эндемический зоб имели место в единичных наблюдениях. Среди перенесенных гинекологических заболеваний преобладали патология шейки матки (43,75%), воспалительные заболевания женских половых органов (18,75%), бесплодие (9%), фибромиома матки (6%). Позднее наступление менархе отмечено у 6% пациенток.

Осложненное течение беременности имело место у 86,7% с избыточной массой тела, у 83,3% с I ст. ожирения и у 100% женщин при II и III ст. ожирения. Основным осложнением беременности были гестозы. Среди этих беременных преобладали первородящие (70%). Ранние токсикозы наблюдались более чем у половины беременных независимо от степени ожирения. Поздние гестозы диагностированы у 75% беременных с избыточной массой тела и I ст. ожирения, у 100% беременных со II и III ст. ожирения. Достаточно часто имела место угроза прерывания беременности (31%). По мере увеличения степени ожирения у беременных повышалась частота анемии и острых респираторных заболеваний. Всем беременным проводили ультразвуковое исследование и допплерометрию. Плацентарную недостаточность диагностировали у 28% беременных. Хроническая гипоксия плода была у 21% беременных. Из представленных данных следует, что общее количество осложнений у рожениц с ожирением больше, чем в популяции. Среди них преобладают гестозы и угроза прерывания беременности.

Таким образом, ожирение, частота которого имеет достоверную тенденцию к увеличению, является отрицательным преморбидным

Репозиторий ГрГМУ

фоном для развития беременности. Следовательно, женщин с ожирением следует относить к группе риска развития осложнений во время беременности и в родах. Дальнейшие исследования позволят получить ответ па ряд возникших вопросов и оптимизировать тактику ведения беременности и родов у женщин с ожирением.

ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СТРАТЕГИИ ОТВЕТСТВЕННОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН РАННЕЙ ГРУППЫ РЕЗЕРВА РОДОВ

Леонтьева А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель - д.м.н., доцент М.В.Кажина

Охрана репродуктивного здоровья женщин ранней группы резерва родов и девочек-подростков – одна из основных проблем развития демографической ситуации в Республике Беларусь. Репродуктивное здоровье определяет качество жизни женщины и выполнение ею детородной функции.

Несмотря на стабилизацию и некоторое улучшение демографической ситуации в РБ, проблема охраны прегравидарного здоровья весьма актуальна. Причинами ухудшения здоровья рожающих женщин являются рост числа инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), прерывание беременности, особенно первой, увеличение частоты генитальных и экстрагенитальных заболеваний. Немаловажным фактором риска остается недооценка роли мужского фактора в репродуктивной функции. Формирование ответственного репродуктивного поведения включает содействие безопасному и ответственному поведению, особенно в период подросткового возраста, профилактику и лечение ИППП, профилактику незапланированных беременностей, снижение числа абортов, обеспечение условий для безопасного проведения абортов.

Репозиторий ГрГМУ

Нами был проведен анализ статистической отчетности репродуктивного здоровья женщин ранней группы резерва родов по Гродненской области за период с 1999 по 2003 гг.

Увеличилось абсолютное количество женщин ранней группы резерва родов, у которых выявлены ИППП. За исследуемый период удельный вес трихомониаза снизился с 73,2% до 43,4%. При этом наблюдался неуклонный рост удельного веса уреаплазмоза (с 2,3% до 11,2%) и микоплазмоза (с 5,0% до 16,4%). Наблюдается снижение заболеваемости сифилисом и гонореей в РБ. Но в целом ситуация с ИППП в ранней группе резерва родов остается неблагоприятной. Это обусловлено недостатком знаний о ИППП и методах их профилактики, искаженностью представлений о последствиях ИППП, отсутствием жизненного опыта и “нездоровым” любопытством.

По-прежнему актуальной остается проблема абортов. Исходя из статистических данных, аборт является средством регулирования рождаемости. 18% женщин сделали аборт в возрасте 20 – 24года. 19% - в возрасте 25-29 лет. В 1998 году в ранней группе резерва родов на 107 родов пришлось 99 абортов. Не следует забывать, что прерывание первой беременности – опасный шаг на пути осуществления репродуктивной функции. 46-48% девушек, сделавших аборт, прервали повторную беременность.

В период с1999 года по 2003 год в ГРР наблюдался рост на 35% удельного веса эндокринных заболеваний в связи с улучшением УЗ-диагностики ранних стадий эутиреоидного зоба, а также ЛОР-патологии – на 15,7% - в связи с выявлением ее на ранних стадиях и своевременной санацией. 16% приходится на мочеполовую патологию.

Аналитический обзор факторов репродуктивного здоровья женщин ранней группы резерва родов выявил недостаточный учет психологических и социальных критериев формирования ответственного репродуктивного поведения молодых женщин. К сожалению, в статистической отчетности также не учитываются

Репозиторий ГрГМУ

показатели мужского репродуктивного здоровья. Стратегия формирования ответственного репродуктивного поведения должна осуществляться совместными усилиями органов здравоохранения, образования, органами опеки и другими социально-значимыми структурами государства.

Литература:

1. Лискович В.А., Наумов И.А., Часнойть Р.А., Тищенко Е.М. Акушерско-гинекологическая помощь на гродненщине: история и современность.

2. Севсковская З.А. Охрана репродуктивного здоровья подростков и молодежи в Республике Беларусь. – Медицина. №4, 2000.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Леонтьева А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

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

При физиологически протекающей беременности наблюдаются значительные изменения углеводного обмена, что связано и с постепенным увеличением резистентности к инсулину. Во II триместре беременности высокий уровень овариальных и плацентарных контринсулярных стероидов, а также повышенное образование кортизола корой надпочечников способствуют усугублению физиологической периферической инсулинорезистентности. Снижение чувствительности тканей к инсулину приводит к компенсаторной гиперинсулинемии. Постоянная гиперинсулинемия обеспечивает формирование комплекса метаболических нарушений. Клиническими проявлениями длительной гиперинсулинемии являются повышение массы тела и развитие атеросклероза, связанные с усилением синтеза жирных кислот и мобилизацией липидов в жировые депо. Таким образом, даже во время нормальной физиологически протекающей

Репозиторий ГрГМУ

беременности организм женщины на время «погружается в метаболический синдром». Особую роль в развитии и прогрессировании инсулинорезистентности и связанных с ней метаболических расстройств играет избыточная жировая ткань абдоминальной области. Предполагают, что инсулинорезистентность является одним из ключевых компонентов патогенеза гестационной артериальной гипертензии и преэклампсии наряду с дисфункцией эндотелия, вазоспазмом, нарушениями в системе коагуляции и системным воспалительным ответом. При истощении резервов островкового аппарата из-за длительной гиперинсулинемии формируются нарушение толерантности к глюкозе и сахарный диабет II типа. Сочетание у беременной абдоминального ожирения, нарушения толерантности к глюкозе, артериальной гипертензии и дислипидемии является сигналом опасности развития серьёзных осложнений.

Задачей наших исследований, посвященных изучению течения беременности и родов у женщин с нарушением жирового обмена, является раннее выявление факторов риска метаболических нарушений и установление связи акушерских осложнений с нарушением чувствительности к инсулину.

Нами было обследовано 24 женщины с нарушением жирового обмена во II триместре беременности на базе отделения патологии беременных больницы скорой медицинской помощи. Обследование включало оценку анамнестических данных, антропометрических показателей, контроль артериального давления, определение отдельных показателей липидного спектра крови (холестерин, триглицериды) и мочевой кислоты, как маркера нарушений обмена пиримидиновых оснований, проведение перорального глюкозотолерантного теста (50г), как непрямого метода оценки действия инсулина in vivo.

В результате проведенных исследований изменения липидного обмена были установлены у каждой третьей (37%) из обследованных

Репозиторий ГрГМУ

женщин. Нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 4 (17%) пациенток. Гестационный сахарный диабет диагностирован у 2 (8,3%) женщин.

Таким образом, мы подтвердили взаимосвязь избыточной массы тела и инсулинорезистентности. Проведение дальнейших исследований позволит определить возможные пути коррекции выявленных нарушений у беременных.

Литература:

1. И.Б.Манухин, М.А.Геворкян, Н.Б.Чагай Ановуляция и инсулинорезистентность. Москва «ГЭОТАР-Медиа»,2006г.,406стр.

2. Дедов И.И., Мельниченко Г. А., Фадеев В.В. Эндокринология. - М: Медицина,2000. -632с.

МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ КАК ОДНА ИЗ ПРОБЛЕМ ДЕМОГРАФИИ

Линник А.И., Савченко В.В., Скоробогатых А.Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра урологии, анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.И.Юшко

На сегодняшний день около 10-15% супружеских пар во всем мире имеют проблемы с естественным наступлением беременности. Очень часто бесплодие одного из супругов становится причиной распада семьи. Мужское бесплодие, помимо медицинской значимости, стало и проблемой демографии. При частоте бесплодных браков 15% и более возникают социально-демографические проблемы государственного масштаба. Для Республики Беларусь эта проблема особенно актуальна в связи с тем, что: частота бесплодных браков уже составляет около 15%, наблюдается превышение показателей смертности над показателями рождаемости, превышение количества бракоразводных процессов над количеством заключаемых браков, равенство числа проводимых абортов и родов, рост общей заболеваемости населения [1]. По данным отдела репродуктивного здоровья НИИ охраны

Репозиторий ГрГМУ

материнства и детства, распространенность мужского и женского бесплодия в Республике Беларусь (на 100000 мужского населения в возрасте старше 18 лет) составила: мужского - на 1994 год - 34,1 человека, 1997 - 35,2 и 2000 - 41,4 человек, женского - на 1994 год - 118,8 человек, 1997 – 108,3 и 2000 – 104,7 человека[2]. Темпы роста мужского бесплодия более значительные, чем женского (показатели мужского бесплодия выросли за 6 лет на 21,4%). Это придает особую значимость проблеме и вызывает необходимость ее детального изучения.

Нами были проанализированы результаты комплексного обследования 53 мужчин, обратившихся в клинику «Центр репродуктивной медицины» в г. Минске в период с сентября 2005 г. по март 2006 г. по поводу бесплодия, с целью выяснения причин наступления инфертильного состояния пациентов. Возраст мужчин колебался от 27 до 47 лет (средний возраст 34,38±6,53 года). Число пациентов в возрасте от 21 года до 30 лет составляло 14 (26,4%) мужчин, от 31 года до 40 лет — 34 (64,1%), от 41 года до 50 лет - 5 (9,5%) (рис. 4.1). В ходе анализа данных в 49 случаях (92,4%) были установлены причины, послужившие факторами нарушения фертильности. В 4 случаях причину бесплодия установить не удалось (7,6%). Факторами нарушения фертильности послужили: урогенитальная инфекция и воспалительные заболевания половых органов у 21 пациента (39,6%), идеопатическая патозооспермия у 11 (20,7%), варикоцеле - у 10 (18,8%), сочетание двух и более диагнозов (во всех случаях это сочетание варикоцеле и урогенитальной инфекции с воспалительными заболеваниями половых органов) - у 4 (7,6%), идеопатическая некрозооспермия - у 1 (1,9%), сексуальные и эякуляторные нарушения - у 1 (1,9%), иммунологическое бесплодие - у 1 (1,9%).

Необходимо отметить тот факт, что 39,6% причин нарушения фертильности (урогенитальная инфекция и воспалительные

Репозиторий ГрГМУ

заболевания половых органов) относятся к причинам, на которые возможно воздействовать профилактически различными социальными государственными программами, направленными на нравственно-социальное образование общества.

Литература:

1.Михалевич С.И. Преодоление бесплодия. Диагностика, клиника, лечение. Минск, 2002.

2.Савковская З.А. Демографическая ситуация и права в Беларуси. Сборник «Астра», Коалиция женских неправительственных организаций стран Центральной и Восточной Европы, 2002.- 176 с.

ДИАГНОСТИКА МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Линник А.И., Савченко В.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра урологии, анестезиологии и реаниматологии

Научные руководители – к.м.н., доцент Е.И. Юшко; врач С.В.Жуковская

Исследование эякулята по-прежнему остается одним из основных методов диагностики мужского бесплодия. Целью данной работы явилось выявление преобладающего вида диагностической категории патологии спермы в группах больных с варикоцеле, урогенитальной инфекцией и воспалительными заболеваниями половых органов, а также их сочетанием. Было проведено комплексное обследование 53 мужчин, обратившихся в клинику «Центр репродуктивной медицины» в г. Минске в период с сентября 2005 г. по март 2006 г. по поводу бесплодия. Проводимое нами обследование включало методы, рекомендованные ВОЗ для диагностики бесплодия: сбор анамнеза, общее медицинское обследование, урогенитальное обследование, спермограмму (дважды), определение антиспермальных антител, анализ секрета простаты, исследование на ИППП, бактериологический анализ спермы, гормональный скрининг, медико-генетическое

Репозиторий ГрГМУ

исследование. Интерпретация полученных результатов проводилась в соответствии с критериями ВОЗ[1].

В ходе анализа данных в 49 случаях (92,4%) были установлены причины, послужившие факторами нарушения фертильности. В 4 случаях причину бесплодия установить не удалось (7,6%). Установлено что первичным бесплодием страдает 31 мужчина (58,5%), вторичным - 18 (33,9%). Диагноз вторичного бесплодия выставлялся на основании наличия хотя бы одного из следующих критериев: наличие у мужчин детей в предыдущих браках (у 14 пациентов), внематочные беременности и невынашивание беременности у их супруг (соответственно у 1 и 4 пациентов).

Из них больных с варикоцеле – 10 (18,9%), урогенитальной инфекцией и воспалительными заболеваниями половых органов – 21 (39,6%), сочетанием урогенитальной инфекции и варикоцеле – 4 (7,5%). Патогенная флора была выявлена у 25 (47,2%) пациентов, при этом у пациентов данной группы бессимптомное течение наблюдалось в 19 случаях из 25 (76%), лейкоцитоспермия – у 21 (84%). Влияние урогенитальной инфекции и воспалительных заболеваний половых органов на фертильность спермы выявлялось в виде астенозооспермии у 17 пациентов (75%), агглютинации сперматозоидов – у 15 (60%), увеличение времени разжижения спермы более 60 минут – у 12 (48%). Варикоцеле наблюдалось у 14 пациентов (26,5%), в том числе у 10 (18,9%) только слева, у 1 (1,9%) только справа, у 3 (5,7%) с обеих сторон. Одностороннее варикоцеле на I стадии – у 4 (7,6%), на II – 6 (11,3%), на III – 1 (1,9%), двухстороннее на I стадии – у 2 (3,8%), на II – у 1 (1,9%). В группе больных с варикоцеле нарушение фертильности спермы выявлялось в виде олигоастенозооспермии у 7 пациентов (70%), причем выраженность олигоастенозооспермии коррелировала со степенью варикоцеле. В группе сочетание варикоцеле с урогенитальной инфекцией и воспалительными заболеваниями половых органов наблюдалась

Репозиторий ГрГМУ

олигоастенотератозооспермия различной степени выраженности

Литература:

1. Руководство ВОЗ по лабораторному исследованию эякулята человека и взаимодействия сперматозоидов с цервикальной слизью. ВОЗ, 2001.-144 с.

СИСТЕМА ВЕНЕЧНОГО СИНУСА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Линник Ю.И., Линник А.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной анатомии

Научный руководитель - к.м.н., доцент С.П. Ярошевич

Вены сердца по сравнению с артериями все еще остаются менее изученными, хотя в последние годы выполнены крупные исследования по их анатомии. Интерес клиницистов к венозной части кровеносного русла быстро возрастает, поскольку появляется все больше экспериментальных и клинических данных, указывающих на большую роль венозной системы в физиологии и патологии сердца.

В сердце имеются три пути венозного оттока: через систему венечного синуса, передние вены сердца и через наименьшие вены сердца. Вены, впадающие в венечный синус сердца, составляют наиболее многочисленную группу и являются основным путем оттока венозной крови. К ним относятся: большая, средняя и малая вены сердца, задняя вена левого желудочка, косая вена левого предсердия.

Материалом исследования служили препараты 34-х сердец с отпрепарированными коронарными артериями и венами из фондов кафедры нормальной анатомии. Поскольку препараты не были классифицированы по возрасту, полу и причине смерти, материал исследования может быть определен как случайная выборка. Из объектов исследования исключались препараты с явно выраженными признаками гипертрофии желудочков.

В ходе выполненной работы изучалось расположение вен сердца,

Репозиторий ГрГМУ

впадающих в венечный синус. Для регистрации результатов исследования использовались описание, эскизы и зарисовки. В данном исследовании определение типов венозного дренирования сердца производилось согласно классификации [Kawashima T. et al.,2003], с выделением трех типов венозного оттока: средневенознодоминантного, промежуточного и большевенознодоминантного.

Было установлено, что средневенознодоминантный тип дренирования, характеризующийся расположением границы между средней и большой венами сердца на передней поверхности сердца, встречался в 29% случаев. При этом средняя вена сердца вначале следует в задней межжелудочковой борозде, огибает верхушку сердца и идет по его передней поверхности. Большая вена сердца укорочена и не достигает верхушки сердца. Промежуточный тип дренирования, характеризующийся тем, что разграничение областей дренажа большой и средней вен сердца расположено у верхушки сердца [30], был обнаружен в 56% случаев. Большевенознодоминантный тип, с расположением границы между областями дренирования большой и средней вен сердца на передней поверхности сердца, обнаруживался в 15% случаев.

По результатам исследования вен сердца, впадающих в венечный синус, было установлено, что преобладающим типом венозного оттока является промежуточный (56%).

Литература:

1. Михайлов С.С. Клиническая анатомия сердца.- М: Медицина, 1987. - 288с.: ил.

2. Tomokazu Kawashima, Kenji Sato, Fumi Sato, Hiroshi Sasaki. An anatomical study of the human cardiac veins with special reference to the drainage of the great cardiac vein // Annals of Anatomy. - 2003.-№6.-P.53 5-542.

НАСЫЩЕННОСТЬ ГУАНИНОМ И ЦИТОЗИНОМ ИРНК, КОДИРУЮЩИХ ФЕРМЕНТЫ ПЕРВОГО КОМПЛЕКСА ДЫХАТЕЛЬНОЙ ЦЕПИ

Репозиторий ГрГМУ

СВОБОДНОЖИВУЩИХ И ПАРАЗИТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ТИПА КРУГЛЫЕ ЧЕРВИ

Линник Ю.И., Линник А.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.Э. Бутвиловский

ГЦ-насыщенность – это суммарное содержание гуанина и цитозина в данной иРНК [1].

Цель исследования – определить ГЦ-насыщенность иРНК, кодирующих ферменты первого комплекса дыхательной цепи свободноживущих и паразитических круглых червей.

В качестве объектов исследования были взяты нуклеотидные последовательности иРНК, кодирующие семь субъединиц НАДН-дегидрогеназы (НАДН-ДГ) трех представителей типа Круглые черви:

1. Ascaris suum (аскарида свиная) – моногостальный паразит [4];
2. Caenorhabditis elegans (цианорабдитис) – свободноживущий [4];
3. Trichinella spiralis (трихинелла) – полигостальный паразит [3].

Нуклеотидный состав был изучен при помощи программы MEGA [2]. Используя пакет программ Microsoft Excel, полученные результаты обработаны статистически. Достоверность различий определена по критерию t (критерию Стьюдента).

На основании полученных данных была вычислена ГЦ-насыщенность в изученных нуклеотидных последовательностях. Установлено, что наименьшее содержание гуанина и цитозина наблюдается в иРНК цианорабдитис, а наибольшее – в иРНК трихинеллы (различия достоверны, $p<0,05$), промежуточное – в иРНК аскариды. Бóльшая насыщенность гуанином и цитозином изученных иРНК паразитических круглых червей может свидетельствовать о бóльшей термодинамической стабильности соответствующих участков молекулы ДНК по сравнению с таковым свободноживущим

Репозиторий ГрГМУ

цианорабдитис.

Трихинелла, являясь полигостальным паразитом, вынуждена приспосабливаться к защитным реакциям различных хозяев. Свиная аскарида относится к моногостальным паразитам и, как результат, сталкивается с иммунным ответом только одного хозяина. Цианорабдитис, являясь свободноживущим организмом, не испытывает на себе реакций со стороны хозяев и достаточно адаптирован к привычным условиям окружающей среды. С нашей точки зрения, эти факты объясняют указанное падение уровня содержания гуанина и цитозина в ряду иРНК трихинеллы, аскариды и цианорабдитиса.

Литература:

1. Бутвиловский А.В., Барковский Е.В. Об использовании претерминальных кодонов и кодонов, содержащих гуанин и цитозин в нуклеотидных последовательностях мРНК алкогольдегидрогеназ человека 1-7 типов. //Материалы международного симпозиума “Молекулярные механизмы регуляции функции клетки”. – Тюмень: Издательство “ВекторБук”, 2005. – с. 275-277.

2. Kumar S., Tamura K., Nei M. MEGA3: Integrated software for molecular evolutionary genetics analysis and sequence alignment. //Brief. Bionform.. – 2004. – Vol. 5. – P. 150-163.

3. Lavrov D.V., Brown W.M. Trichinella spiralis mtDNA. A nematode mitochondrial genome that encodes a putative ATP8 and normally structured tRNAs and has a gene arrangement relatable to those of coelomate metazoans. //Genetics. – 2001. – Vol. 157 (2). – P. 621-637.

4. Okimoto R., Macfarlane J.L., Clary D.O., Wolstenholme D.R. The mitochondrial genomes of two nematodes, Caenorhabditis elegans and Ascaris suum. //Genetics. – 1992. – Vol. 130 (3). – P. 471-498.

УРОВЕНЬ 3,4-ДИОКСИФЕНИЛАЛАНИНА И ПОДУКТОВ ЕГО РЕАКЦИИ В

Репозиторий ГрГМУ

СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОИНФЕКЦИЯМИ

Лиопо Т.В., Парфенчик И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Гродненская областная клиническая инфекционная больница

Поражения центральной нервной системы инфекционного характера являются не только жизнеугрожающими состояниями, но имеют важное социальное значение, сказываясь на всей дальнейшей жизни человека. Имея относительно небольшой вес в структуре инфекционных болезней (до 1-3%), они, однако, отличаются тяжестью течения, высокой летальностью, частотой органического поражения с последующей интеллектуальной недостаточностью. В структуре нейроинфекций имеют место гнойные и серозные поражения оболочек и вещества головного мозга. Следует отметить, что применение новых химиопрепаратов существенно не изменяет исхода нейроинфекций. В последние годы отмечается тенденция к нарастанию атипичных случаев заболеваний. Исходы бактериальных и вирусных поражений ЦНС зависят от быстроты и правильности постановки диагноза. Общеклиническими методами исследования спинномозговой жидкости не всегда можно точно установить степень вовлечения мозговых оболочек и вещества головного мозга в патологический процесс. По нашему мнению, одним из возможных шагов к решению этой задачи является определение некоторых биогенных аминов и их предшественников в спинномозговой жидкости.

Опытную группу составили больные с диагнозом серозный менингит. Обследовано 54 больных. Контрольную группу составили 8 больных ОРВИ с явлениями менингизма. Среди обследованных больных в 2 группах были дети в возрасте 12 $\pm$ 3 года, которые поступали в стационар на первые-четвертые сутки от момента заболевания.

Репозиторий ГрГМУ

Ликвор забирался в острую фазу болезни в день поступления больного в стационар. Использовался метод ион-парной ВЭЖХ с детектированием по природной флюоресценции. Нами проводилось определение уровня ДОФА. Источником ДОФА в организме является тирозин, который под действием специфической гидроксилазы превращается в 3,4-диоксифенилаланин (ДОФА), затем под действием декарбоксилазы ароматических аминокислот происходит декарбоксилирование ДОФА, в результате чего образуется дофамин, из которого синтезируется гомованилиновая кислота.

В наших исследованиях было установлено, что уровень предшественника ДОФА тирозина увеличивается (+35%) в группе больных с серозным менингитом, в сравнении с ОРВИ. Продукты его реакции (ДОФА, гомованилиновая кислота) значительно уменьшаются - на 35% и 50 % соответственно. Следовательно, предварительные результаты свидетельствуют о выраженных изменениях в системе биогенных аминов ЦНС при воспалительных изменениях мозговых оболочек. Данная методика м.б. использована в качестве дополнительного критерия при диагностике менингеального синдрома.

Литература:

1. Зинченко, А.П. Острые нейроинфекции у детей / А.П. Зинченко.- Л. 1986 г.-320 с.

2. Скрипченко, Н.В. Инфекционные заболевания нервной системы у детей: проблемы, поиски, решения / Н.В. Скрипченко // Нейроиммунология.- 2004.- №1.- С.12-20

3. Учайкин, Г.Ф. Энтеровирусный менингит у детей Хабаровска в конце XX столетия / Г.Ф. Учайкин, И.И. Протасеня, В.И. Резник, Е.В. Щибрик, А.В. Кочетков, М.А. Перескокова, Н.В. Исаева // Эпидемиология и инфекционные болезни.- 2003.- №2.- С.42-46

4. Лобзин, Ю.В. Менингиты и менингоэнцефалиты / Лобзин Ю.В., Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н.- СПб. - 2003.

ОСОБЕННОСТИ ДОППЛЕРОМЕТРИИ В СОСУДАХ МАТОЧНО-

Репозиторий ГрГМУ

ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Липская О.А., Данилович М.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – ассистент А.Р. Плоцкий

Допплерометрия применяется в акушерской практике для уточнения внутриутробного состояния плода. Однако литературные данные о диагностической ценности данного метода противоречивы.

Нами проведено обследование 85 беременных с клиническим диагнозом плацентарной недостаточности в сроке 32-40 недель. У этих пациенток проводились рутинное ультразвуковое исследование, допплерометрия в сосудах маточно-плацентарного комплекса (артерия пуповины, аорта и средняя мозговая артерия плода, маточные артерии матери), а также общеклиническое обследование. Учитывая, что одним из основных проявлений плацентарной недостаточности является дефицит массы тела у плода при рождении, все пациентки были разделены на 2 группы. В основную группу (15 беременных) вошли пациентки, родившие детей с дефицитом массы тела, что устанавливалось по шкале оценки физического развития новорожденных и по массо-ростовому показателю. Группу сравнения (70 беременных) составили пациентки, у которых родившиеся дети не имели дефицита массы тела. Обработка полученных данных проводилась с помощью непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Средние значения систоло-диастолического отношения (СДО) в артерии пуповины составили 2,25, в аорте плода - 5,02, в средней мозговой артерии плода - 3,68, а в правой и левой маточной артериях 1,69 и 1,76 соответственно. В основной группе мы обнаружили обратную корреляционную связь между показателями СДО (в артерии пуповины и аорте плода) и массой

Репозиторий ГрГМУ

плода. В обеих группах мы обнаружили обратную корреляционную связь между показателями СДО в обеих маточных артериях и массой плодов, особенно выраженную у пациенток основной группы в случаях плацентарной недостаточности, обусловленной гестозом. Не установлено связи между показателями допплеровского исследования и состоянием плода при рождении, количеством и цветом околоплодных вод, локализацией, ультразвуковой картиной и гистологической характеристикой плаценты.

Нулевые диастолические циклы, свидетельствующие о выраженном внутриутробном страдании плода, зарегистрированы только в одном случае у пациентки с длительно текущим сочетанным гестозом и гипотрофией плода 2-3 степени.

Выводы:

1. изменения допплерометрических показателей при плацентарной недостаточности позволяют прогнозировать рождение детей с низкой массой тела;
2. исследование допплерометрических показателей в средней мозговой артерии не имеет диагностического значения;
3. изменения допплерометрических показателей имеют неспецифический характер и не зависят от этиологии патологического процесса.

Литература:

1. Воскресенский С.Л. Кардиотокография. Допплерометрия. Оценка состояния плода. - Минск. - 2003.

2. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. - Ростов-на-Дону. - 2000.

3. Хитров М.В., Охапкин М.Б. Проблемы применения допплерометрии в современной акушерской практике // Вестник Российского университета дружбы народов. - 2003. - №1. – с. 75 – 85.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНОГО β_1-БЛОКАТОРА

Репозиторий ГрГМУ

НЕБИВОЛОЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Лисовская И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент А.М. Жигальцов

Артериальная гипертензия (АГ) является как причиной, так и следствием хронической почечной патологии. Из-за высокого АД у этой категории больных более быстрыми темпами происходит нарушение функции почек и прогрессирование сердечно-сосудистой патологии. Адекватная коррекция АД у больных с заболеваниями почек является важным моментом в профилактике осложнений АГ. Препаратами первой линии в лечении АГ, в т.ч. и симптоматической почечной АГ (СПАГ), остаются β-адреноблокаторы. Они не только обеспечивают стабильный контроль АД, но и обладают органопротективными свойствами.

Цель исследования: изучить эффективность селективного β_1-блокатора небиволола («небилет», фирма «BERLIN-CHEMIE AG», Германия) у больных СПАГ с хронической почечной недостаточностью (ХПН), находящихся на программном гемодиализе (ПГД).

Материалы и методы исследования. Обследовано 12 больных (все мужчины) СПАГ с ХПН IV стадией, получающих 3 раза в неделю лечение ПГД. Причиной развития ХПН у 10 больных (83,4%) послужил хронический нефрит, у 2-х больных (16,4%) – подагрическая почка. Средний возраст больных составил 43,8±4,3 лет. Всем пациентам на фоне отмены медикаментозной антигипертензивной терапии, спустя двое суток после сеанса ПГД, проведено суточное мониторирование АД (СМАД) на аппарате «Кардиотехника–4000 АД» («ИНКАРТ»). Измерения АД осуществлялись через 20 мин днем и через 40 мин ночью. После исходного СМАД больным на 14 дней назначен небилет

Репозиторий ГрГМУ

по 5 мг 1 раз в день утром. Через 2 недели всем больным выполнено контрольное СМАД. Для оценки результатов использовали следующие показатели: среднее дневное систолическое и диастолическое АД (ср. дневное САД и ДАД), среднее ночное САД и ДАД, гипертензивные индексы нагрузки (процент превышения и индекс времени), суточный индекс АД (по степени ночного снижения АД).

Результаты исследования. Динамика АД по результатам СМАД приведена в следующей таблице.

Показатели	АД до лечения (мм рт. ст.)	АД после лечения (мм рт.ст.)
среднее дневное САД	176,3±8,2	144,0±4,1*
среднее ночное САД	163,0±3,0	129,7±1,8*
среднее дневное ДАД	99,2±1,9	80,3±0,9*
среднее ночное ДАД	92,0±0,9	75,3±0,5*

Гипертензивные индексы нагрузки:

процент превышения, %	САД	97,2±3,4	59,3±2,8*
	ДАД	75,0±2,6	26,7±1,7*
индекс времени, %	САД	97,0±3,7	60,0±2,1*
	ДАД	76,3±2,4	26,0±1,4*

Суточный индекс АД

«Dipper»	2 больных (16,6%)	4 больных (33,3%)
«Non dipper»	8 больных (66,7%)	8 больных (66,7%)

Репозиторий ГрГМУ

«Night peaker»	2 больных (16,6%)	-

Примечание: * - достоверность различия показателей (P<0,05).

Выводы:

1. Небилет обладает высокой антигипертензивной активностью у больных СПАГ на фоне ХПН, получающих лечение ПГД.
2. Небилет оказывает положительное влияние на суточный индекс АД.
3. Небилет удобен в приеме (1 раз в сутки) и хорошо переносится больными.

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ В РУССКОЙ ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЕ МИРА

Лодхи А., Чолети С. Р.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского языка как иностранного

Научный руководитель - преподаватель М.Г.Ситникова

Актуальность: издревле людям было известно, что правильное, полноценное питание — это одно из важнейших условий долгой и здоровой жизни. Паремиологический фонд сборника В. И. Даля иллюстрирует основные положения народной медицины, отражает традиционные народные воззрения на проблему здорового питания, быт и кулинарные предпочтения русского народа.

Материал и методы исследования. Анализ концепта питание на материале паремиологической картотеки, составленной в результате анализа пословичного фонда сборника В. И. Даля «Пословицы русского языка».

Результаты исследования. В сборник Даля вошли пословицы, убедительно доказывающие зависимость самочувствия человека, его активности и работоспособности от качественного состава пищи,

Репозиторий ГрГМУ

калорийности его пищевого рациона. К этой семантической группе относятся паремии *Что пожуёшь, то и поживёшь. Человек из еды живёт. Какова еда, такова хода.* Идея о необходимости индивидуального подхода к калорийности суточного рациона с учётом выполняемой работы, возраста и состояния здоровья человека нашла своё отражение в пословицах *Молод – кости гложи, стар – кашу ешь. Не наша еда орехи, а наша – каша.* Хороший аппетит оценивается пословицей как признак крепкого здоровья и свидетельство работоспособности человека: *Скорый едок, спорый работник*.

Отражено в пословицах народное наблюдение о том, что к потере аппетита приводит болезнь (*Больному и киселя в рот не вотрёшь)* либо душевные переживания, стрессы (*Как придёт беда, не пойдёт на ум и еда).* Пословица предупреждает о возможных изменениях вкусовых ощущений больного человека: *Больному и мёд горько*. *Больному и мёд не вкусен, а здоровый и камень ест.* Необходимость принятия пациентом пищи даже при отсутствии у него аппетита подчёркивается пословицами: *В мёртвого кус нейдёт, а живой как-нибудь проглотит. Кобыла вздыхает, а траву хватает.* Нашли в паремиях сборника Даля не потерявшие актуальности и в наше время утверждения о вреде для здоровья неумеренного потребления пищи, приводящего к ожирению и другим заболеваниям: *Большая сыть брюху вредит. С поста не мрут, а с обжорства мрут.* Осуждает народная мудрость, сконцентрированная в пословицах, неумение контролировать свои пищевые пристрастия и аппетит: *Рот уж болит, а брюхо всё есть велит. Весь сыт, а глаза всё голодны. Дай брюху волю – брюхо города выест.* О вреде переедания говорят пословицы: *Не евши, тощо, а поевши, тошно. Не ел, не мог, а поел – без ног. Не ем, так не могу; а поем, ног не сволоку.* Пословицы утверждают несомненное преимущество простой и здоровой пищи, традиционных для крестьянского рациона продуктов: рыбы, бобовых, злаков и блюд из них. Одну из наиболее многочисленных групп составляют пословицы о

Репозиторий ГрГМУ

хлебе — основе крестьянского рациона: *Хлеб батюшка, водица матушка. Хлеб всему голова.* Важность употребления круп, крахмал и углеводы содержащиеся в которых являются источником обеспечения энергетических затрат при активной работе крестьянина, иллюстрирует пословицы: *Хлеб и крупы на здоровье лупи. Всё хорошо, да не так как толокно*. Многочисленность группы пословиц о каше свидетельствует о популярности этого блюда, признании её питательной ценности и вкусовых достоинств: *Щи да каша – кормильцы наши.*

Рыбе, как источнику минеральных веществ, необходимых для метаболизма и фосфора, посвящены пословицы: *Поешь рыбки, будут ноги прытки. С рыбки глаза прытки*.

Выводы. В выдающемся собрании пословиц, которым является сборник В.И. Даля, нашли отражение постулаты народной медицины о необходимости полноценного сбалансированного здорового питания как важного условия здоровья и долголетия человека.

Литература:

1. Даль В. Пословицы русского народа. М., 1984.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В ХИРУРГИИ

Лосицкая А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – ст. преподаватель Н.Е. Хильмончик

Целью начавшегося в 90-х годах реформирования сестринского дела является становление его как самостоятельной специальности и превращение медицинской сестры из простого манипулятора в высокообразованного профессионала, осуществляющего свою деятельность в соответствии с принципами сестринского процесса

Компонентами сестринского процесса является сестринское обследование, постановка сестринского диагноза (определение потребностей и выявление проблем), планирование помощи,

Репозиторий ГрГМУ

направленной на удовлетворение выявленных потребностей и решение проблем), выполнение плана сестринских вмешательств и оценка полученных результатов.

Внедрение сестринского процесса:

* способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов (приоритетными проблемами являются проблемы безопасности операционной, инфекционной, психологической; проблемы, связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем; проблемы, связанные с сохранением достоинства, так как ни в какой другой области медицины пациент не оказывается столь беззащитным, как в хирургическом отделении во время операции);

* определяет план действий медсестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей хирургической патологии;

* гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать (именно в хирургии наиболее значимо применение стандартов хирургического вмешательства);

*. с его помощью оценивается эффективность проведенной хирургической работы, профессионализм хирургического вмешательства.

В хирургическое отделение больные часто поступают на каталке в тяжелом состоянии. Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности.

Способность к выполнению основных элементов самообслуживания у пациента с хирургической патологией сильно ограничена. Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания становится первым шагом к реабилитации.

В процессе ухода важно помнить не только об основных

Репозиторий ГрГМУ

потребностях человека в питье, еде, сне и т.п., но и о потребностях конкретного пациента - его привычках, интересах, ритме его жизни до начала болезни.

Таким образом, сестринский процесс позволяет грамотно, квалифицированно и профессионально решить как настоящие, так и потенциальные проблемы пациента, связанные с его здоровьем.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Лукашевич Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Гломерулонефрит – воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением почечных клубочков и распространением патологического процесса на другие структурные элементы почечной ткани. Его актуальность обусловлена сравнительно большой распространенностью и, главным образом, неблагоприятным течением, переходом острой формы в хроническую, приводящую к развитию хронической почечной недостаточности.

Цель исследования. Изучение структуры заболеваемости гломерулонефритом.

Нами проанализировано 780 карт выбывшего из стационара неврологического отделения Гродненской областной клинической больницы. С диагнозом гломерулонефрит был госпитализирован 221 человек. 3 из 4 (78,5%) госпитализированных больных страдали хроническим гломерулонефритом. 75% среди больных госпитализированных с хроническим гломерулонефритом составило городское население, а среди больных с острым гломерулонефритом преобладало сельское население – 68,8%.

92% госпитализированных было направлено областной поликлиникой. Одна пятая больных находилась на лечении в дневном

Репозиторий ГрГМУ

стационаре. 2,45% больных было доставлено в стационар по экстренным показаниям. Диагноз направившего учреждения с клиническим диагнозом совпал в 79,8% случаев. Преобладающее большинство больных (88,3%) было госпитализировано впервые.

Наиболее часто по поводу острого гломерулонефрита госпитализировались больные в возрасте до 18 лет (37,1%). Среди больных, госпитализированных с хроническим гломерулонефритом, большую половину (63,3%) составили больные в возрасте от 30 до 60 лет.

Наиболее часто госпитализировались мужчины (55,2%). А вот больными, госпитализированными в возрасте старше 60 лет, были исключительно женщины.

Средний срок госпитализации больных составил 16 дней. Почти половина больных (46%) была госпитализирована летом.

Оперативные вмешательства проводились у 1,84% больных. Почти половина больных (44%) была госпитализирована с сопутствующими заболеваниями. Причем наиболее часто с сопутствующими заболеваниями (71,4%) госпитализировались больные в возрасте старше 60 лет. Большую половину (58%) сопутствующих заболеваний у больных, госпитализированных с острым гломерулонефрием, составили заболевания ЛОР-органов. Следует отметить, что хронический тонзиллит у больных в возрасте до 18 лет встречался у 2 из 3 госпитализированных.

Большая половина (52,3%) больных, страдающих хроническим гломерулонефритом, имела осложнения. Хроническая почечная недостаточность встречалась у трех из четырех, симптоматическая артериальная гипертензия – у одного из четырех больных. Наиболее часто осложнения встречались у больных в возрасте старше 60 лет. А вот среди больных в возрасте до 18 лет осложнения не регистрировались. 93,9% больных были выписаны с улучшением.

Полученные результаты необходимо учитывать при организации

Репозиторий ГрГМУ

стационарного лечения больных гломерулонефритом.

СТРУКТУРА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Лукашевич Т.В., Готовчиц Н.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научные руководители – к.м.н., доцент Г.И. Заборовский;

д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Дискинезия желчевыводящих путей – нарушение функции желчного пузыря и (или) протоков при отсутствии в них органических изменений. В последнее время наблюдается тенденция к росту распространенности дискинезии желчевыводящих путей. В связи с чем была поставлена цель – изучить структуру диспансерного наблюдения детей, состоявших на учете с дискинезией желчевыводящих путей. С этой целью использована специально разработанная карта диспансеризации ребенка, включающая 29 вопросов с возможными вариантами ответов. Она содержала демографическую характеристику ребенка, оценку психо-физического развития, состояние здоровья, течение беременности, послеродового периода, состояние ребенка при рождении, медицинское наблюдение за ребенком за последние три года жизни. Всего было заполнено 128 карт диспансерного наблюдения детей, проживающих в городах Гродно и Кобрин.

Почти две трети детей (68,3%) составили девочки. Но вот среди детей, госпитализированных в возрасте 3 и 16 лет, были только мальчики. Больше всего детей, состоящих на диспансерном учете, находились в возрасте 12 и 13 лет – 25,8% и 18,2% соответственно.

Все дети в психическом, интеллектуальном, эмоциональном развитии не отставали от сверстников. Большинство детей (97,9%) посещало школу. Физическое развитие, соответствующее возрастной норме, наблюдалось у 86,7% детей, 8,6% детей имели дефицит массы

Репозиторий ГрГМУ

тела, а избыток массы тела зарегистрирован у 4,7% детей. Но вот среди детей в возрасте 6 лет избыток массы тела встречается у 2/5 детей (40,0%).

Свыше одной трети (36,1%) детей состояло на диспансерном учете один год. Один ребенок находился под наблюдением 8 лет.

Сопутствующие заболевания имелись у (46,2%) детей. Три четверти детей (74,6%) страдали сопутствующими желудочно-кишечными заболеваниями, а вот среди детей в возрасте 2 и 7 лет больных, имеющих сопутствующие заболевания, не было.

Здоровыми на момент осмотра было большинство (58,6%) детей. Но почти одна треть детей (31,3%) в период проведения настоящего осмотра находилась в состоянии обострения основного заболевания.

Часто болеющим является каждый пятый (20,3%), состоящий на диспансерном учете. В то же время среди детей в возрасте 3, 4, 6, 8, 16 лет часто болеющих детей не было. Больше половины детей (62,5%) имели третью группу здоровья.

Почти половина (46,9%) детей родились от первой беременности, первых родов. Все дети родились в срок. У 16,4% женщин роды протекали с осложнениями со стороны плода (обвитие пуповиной, гипоксия). Послеродовый период протекал без осложнений у всех родильниц. 84,4% детей родилось с нормальной массой тела – 2700-4000. При оценке по шкале Апгар состояние средней тяжести (6-4 баллов) имелось у 7,0% детей. Состояние всех детей в возрасте 4, 5, 6, 7, 15, 16 при рождении было оценено как хорошее по шкале Апгар. Одна третья детей (31,3%) находилась на искусственном вскармливании.

Таким образом, основную массу больных составили дети в возрасте 12 и 13 лет; более трети детей (36,1%) состояло на диспансерном учете один год; сопутствующие заболевания имелись у 46,2% детей; часто болеющим является каждый пятый ребенок (20,3%); около трети детей (31,3%) находилось на искусственном

Репозиторий ГрГМУ

вскармливании.

ПРОЧНОСТЬ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ПРОПЕДЕВТИКЕ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Лукашевич Т.В., Юшкевич О.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.И.Хлебовец

Пропедевтика детских болезней является базовой дисциплиной, на основе которой изучаются все последующие разделы педиатрии [1].

Целью работы явилось определение прочности знаний у студентов 4 курса педиатрического факультета по пропедевтике детских болезней.

Для реализации поставленной цели проведено анкетирование 73 (83,9%) студентов 4 курса педиатрического факультета. В анкету были включены следующие вопросы: рассчитать массу и длину тела, окружность головы и груди, указать основные навыки и умения, ведущие линии развития, формулу прорезывания зубов, написать нормальную гемограмму, составить меню для 8-месячного ребенка с указанием прикормов, пищевых добавок, времени введения их, потребности в белках, жирах, углеводах и калориях.

При оценке физического развития более половины студентов успешно справились с расчетом массы и длины тела (55% и 51% соответственно). Затруднения вызывали расчет окружности головы и груди. Так, правильно указали окружность головы менее 1/5 студентов (18%), а окружность груди – 1/4 студентов (25%).

При оценке нервно-психического развития большая половина студентов указала основные линии развития, но значимые и наиболее информативные линии развития студенты не указывали. Правильный ответ был лишь у 1,4% студентов. Студенты четко не указывали времени становления отдельных навыков. Наиболее частые ошибки

Репозиторий ГрГМУ

были при описании таких навыков, как «ребенок ходит, держась за опору» - 96%, «повторяет слоги» - 89%, «сам держит и ест корочку хлеба» - 92%.

При написании нормальной гемограммы наибольшее количество ошибок было допущено по норме гематокрита – 96% и ретикулоцитов – 89%. Лучше всего студенты знали норму тромбоцитов – 82%, эозинофилов – 70%, лимфоцитов – 68%. В целом гемограмма усвоена достаточно хорошо, что можно объяснить изучением гемограммы на предыдущих курсах.

Формулу прорезывания зубов студенты освоили хорошо, однако возникли трудности с названием зубов. Так, лишь 6,8% указали название медиальных резцов.

В разделе «Вскармливание» студенты четко указывают название последующих смесей (93%) и прикормов (91%), но не указывали время их введения. При подсчете суточного объема пищи студенты отдают калорийному способу (40%), объемный способ указывают лишь 14%. Лучше всего студентами были усвоены кратность (86%) и промежутки между кормлениями (71%). Затруднения были при указании корригирующих добавок и времени их введения (23%). При указании потребности в жирах, белках, углеводах и калориях затруднения были при определении необходимого количества белков, жиров и калорий. Правильно ответили на потребность в белках – 13,7%, жирах – 23%, калориях – 31,5% студентов.

Таким образом, в целом студенты хорошо усвоили основные разделы пропедевтики детских болезней. Но при этом недостаточно полно владеют следующими вопросами: окружности головы и груди; указание значимых и информативных линий развития, становление таких навыков и умений, как «ходит, держась за опору», «повторяет слоги»; не знают: названия зубов и нормы гематокрита и ретикулоцитов, времени введения прикормов и корригирующих добавок, потребности в белках, жирах и калориях, что будет учтено при

Репозиторий ГрГМУ

преподавании данной дисциплины.

Литература:

1. Волкова М.П. Пропедевтика детских болезней как основа формирования врачебного мышления// Журнал ГрГМУ, 2005, №3. – С. 250.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИДЕПРЕССАНТОВ

Лукьянюк Т.Н., Сонец О.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

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

Исследования последних лет убедительно продемонстрировали, что хронизация болевого синдрома сопровождается эмоциональными расстройствами с преобладанием депрессивных реакций, что диктует необходимость расширения фармакотерапевтического арсенала.

Цель исследования. Изучение эффективности использования антидепрессантов в лечении болевого синдрома у лиц с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (НПОП).

Материал и методы исследования. Наблюдали 24 больных с НПОП (дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом с выраженным болевым синдромом) в возрасте от 35 до 50 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: I – больные (5 человек – 21%), получавшие стандартное лечение (анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, физиопроцедуры, массаж, ЛФК), II – больные (19 человек – 79%), получавшие стандартное лечение и дополнительно амитриптилин (таблетки по 0,025) по схеме с постепенным повышением дозировки до 3 таблеток в день. Пациенты обследовались 2 раза: до лечения и после лечения. Обследование

Репозиторий ГрГМУ

больных включало оценку неврологического статуса, исследование болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и Мак-Гилловского болевого опросника, психологическое исследование по тесту Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина для измерения личностной и реактивной тревожности, по тестам Т.И. Балашовой и Л.Д. Малковой - Т.Г. Чертовой на наличие депрессии и астении. Проводилась статическая обработка материала.

Результаты исследования и обсуждение. Более высокий уровень личностной тревожности (средний балл – 55,4) наблюдался у лиц женского пола с НПОП (7 человек – 64%). Средние значения (39,7 баллов) и низкие цифры (34,0 балла) встречались у мужчин. Отмечено снижение реактивной тревожности с высокого уровня до средних и низких значений у всех больных с НПОП, но в большей степени у пациентов с НПОП II группы (84,2%). После проведенного лечения у всех больных, вне зависимости от приема антидепрессантов, установлено уменьшение астенизации и отсутствие депрессии.

Наряду с нормализацией психических функций имело место уменьшение болевого синдрома. Если до лечения средний показатель ВАШ в I и во II группах больных составлял 7,0 баллов, то после проведенной терапии показания этой шкалы уменьшились почти в 2 раза (средний показатель ВАШ в I группе пациентов был 3,5 балла, а во II группе – 4,4 балла). Изменилась на фоне лечения и качественная характеристика болевого синдрома. Наблюдалось увеличение средних показателей сенсорного уровня боли как в I группе больных с 5,4 баллов (до лечения) до 7,2 баллов (после лечения), так и во II - с 5,7 баллов (до лечения) до 7,6 баллов (после лечения). Особенно возрос сенсорный болевой уровень у лиц мужского пола (I группы (с 4,9 до 9,0 баллов), II группы (с 4,8 до 7,9 баллов)). Отмечено уменьшение эмоционального уровня боли во II группе пациентов с НПОП. Если до лечения его средний балл у больных с НПОП составил 14,9, то после проведенной терапии – 10,5. Одновременно на фоне лечения

Репозиторий ГрГМУ

амитриптилином значимо повышалась сила боли у мужчин (средний показатель – 19,7 баллов) и несколько у женщин (средний показатель – 19,6 баллов). Таким образом, применение амитриптилина в лечении больных с НПОП сопровождалось не только уменьшением интенсивности болевого синдрома, но и снижением реактивной тревожности пациентов, эмоционального уровня боли и роста средних значений силы боли.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Макеева Т.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – асс. А.Р.Плоцкий

Вопросы оказания акушерской помощи беременным с патологией нервной системы остаются до конца нерешенными. Обсуждению подлежит как влияние беременности и родов на течение неврологического заболевания, так и влияние неврологической патологии на гестационный процесс, а также рациональная тактика родоразрешения. Затруднения в решении указанных проблем во многом связаны с небольшим фактическим материалом по данной тематике.

Цель исследования – изучение течения беременности, родов у женщин с неврологической патологией.

Основную группу составили 55 женщин с неврологической патологией, находившихся на лечении в Гродненском областном клиническом родильном доме в 2001 – 2005 гг. В группу сравнения вошли 85 беременных, не имевших патологии нервной системы. Среди нозологических единиц у женщин основной группы преобладали эпилепсия (21,8%), дискогенный радикулит (27,2%), рассеянный склероз (10,9%), посттравматические изменения со стороны

Репозиторий ГрГМУ

центральной и периферической нервной систем (9%). Другие заболевания (аневризма сосудов головного мозга, миастения, невралгия тройничного нерва, острое нарушение мозгового кровообращения, опухолевые процессы) наблюдались в единичных случаях. Группы были сопоставимы по возрасту, антропометрическим данным, паритету родов, наличию иной экстрагенитальной патологии.

При сравнении групп пациенток мы выявили следующие особенности:

1.Среди пациенток с неврологической патологией в два раза чаще встречались женщины, не состоявшие в браке, и в 1,8 раза чаще наблюдались безработные.

2.У пациенток с заболеваниями нервной системы течение беременности в три раза чаще осложнялось угрозой прерывания, что можно в определенной степени объяснить либо схожестью болевого синдрома при угрожающем выкидыше и, например, при патологии поясничного отдела позвоночника, либо повышенным вниманием акушеров-гинекологов к пациенткам с патологией нервной системы.

3.Отмечено более редкое возникновение гестозов и плацентарной недостаточности (в 1.5 и 3 раза соответственно) у беременных основной группы по сравнению с пациентками без неврологической патологии.

4.Оперативное родоразрешение пациенток с патологией нервной системы произведено в 74,5% случаев (в группе сравнения этот показатель составил 34,4%), причем чаще всего кесарево сечение выполнялось в плановом порядке. Данный факт можно объяснить стремлением акушеров обезопасить процесс родов для матери и плода в связи с отсутствием четких знаний о влиянии родов per vias naturales на течение неврологической патологии.

Различий в состоянии новорожденных у матерей обеих исследуемых групп отмечено не было. В литературных данных имеются сведения о более частом появлении пороков нервной трубки у

Репозиторий ГрГМУ

плодов, матери которых принимали при беременности противосудорожные препараты. В нашем исследовании мы таких фактов не зарегистрировали. Возможно, это связано с небольшим количеством наблюдений.

Литература:

1. Рассеянный склероз и беременность /Завалишин И.А., Захарова М.Н., Переседова А.В., Аскарова Л.Ш., Бирюкова О.Э. // Медико-социальные проблемы рассеянного склероза. Санкт-Петербург, 2001. – С. 35-36.

1. Гусев В.А., Вильневицкая Т.Л., Морозов А.И. Патология нервной системы у женщин репродуктивного возраста. – Рязань 1993 г.

1. Aird R.B. el al // The Epilepsis – New-York, 1984.

ПОДАГРИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ

Макей А. Г., Сокол С. И., Пицко Д. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Поражение почек — наиболее частое висцеральное проявление подагры — возникает уже на ранних этапах нарушения пуринового обмена, нередко надолго опережает другие симптомы, в том числе приступы подагрического артрита. Это объясняется тем, что почки первыми включаются в процесс компенсации избыточного синтеза мочевой кислоты, значительно увеличивая, нередко в 2 раза и более, нормальную почечную экскрецию уратов, что и формирует повышенный риск кристаллизации этих солей в почках с повреждением последних. Наиболее грозное осложнение - подагрическая нефропатия.

Цель исследования. Оценить частоту поражения почек при подагре, оценить выраженность нарушения функции почек у больных подагрой.

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни больных подагрой, прошедших стационарное лечение в Гродненской областной

Репозиторий ГрГМУ

клинической больнице за период 2002- 2006 гг. Было пролечено 92 человека. Поражение почек было выявлено у 44 больных подагрой, что составило 47,8% от всего количества больных. У 20 пациентов наблюдалась подагрическая нефропатия, из них у 10 присоединялся хронический пиелонефрит. У остальных больных наблюдался хронический пиелонефрит изолированно, либо в сочетании с нефролитиазом. Именно для подагры характерны так называемые коралловидные камни. Нефролитиз был выявлен у 18 больных, из них у 6 - на фоне подагрической нефропатии, проявления были характерны для подагрического поражения почек. Мочевой синдром характеризовался уратной кристаллурией, небольшой протеинурией, гематурией различной степени выраженности. Характерно нарушение концентрационной способности почек. У 90% больных отмечалась низкая удельная плотность мочи. В анализах мочи по Зимницкому отмечалась изогипостенурия - постоянная, низкая плотность мочи в течение суток, разбег колебаний был не более 5. На УЗИ почек чаще отмечались уплотнение, рубцовые изменения чашечно-лоханочной системы, без признаков уростаза. Функция почек оценивалась с помощью пробы Реберга и радиоизотопной ренографии (РРГ). Так, по данным РРГ, лишь у 10% больных подагрической нефропатией не отмечалось нарушения экскреторной функции почек, у 30 % было умеренное нарушение эскреторной функции почек и у 60% больных подагрической нефропатией отмечалось выраженное нарушение экскреторной функции почек. Секреторная функция почек нарушалась в редких случаях. По данным пробы Реберга у больных был снижен минутный диурез - на 10% от нормы у 6 больных, на 25% у 3 больных, и на 40% у остальных. Нарушалась клубочковая фильтрация при сохранении канальцевой реабсорбции. У 7 больных (35%) подагрическая нефропатия привела к хронической почечной недостаточности: I ст. - 2 пациента, II ст. – 2 пациента и III ст.- 3 пациента. Двое больных находились на программном гемодиализе. У 3

Репозиторий ГрГМУ

больных подагрической нефропатией была единственная почка. Из этих 3 больных один находился на гемодиализе, у остальных двух пациентов функция почек была сниженной, но показатели азотистого обмена у них были в норме. С прогностической точки зрения подагрическая нефропатия — наиболее важное проявление подагры. Известно, что до введения гемодиализа почечная недостаточность составляла 25% причин смерти при подагре.

Выводы.

1. При подагре часто наблюдается поражение почек, с прогрессированием болезни происходит значительное снижение функциональной способности почек.

2. Необходимо разработать подходы для выявления уратного поражения почек на ранних стадиях, когда можно провести коррекцию функции почек, отсрочив, тем самым, наступление хронической почечной недостаточности.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Максимович Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

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

Как известно, причины невынашивания беременности многообразны. Необходимо дальнейшее изучение возможных причин самопроизвольного прерывания беременности, что позволит осуществлять более целенаправленную коррекцию данной патологии.

Целью исследования явилось изучение распространенности возможных факторов риска у беременных с угрозой невынашивания беременности.

Объект и методы исследования. Исследования проведены у 19 беременных женщин в возрасте 19-35 лет (в среднем – 27 лет) с

Репозиторий ГрГМУ

угрозой невынашивания беременности в сроки от 7 до 22 недель. При сборе анамнеза обращали внимание на такие факторы риска, как активное и пассивное курение, принятие алкоголя, наличие перенесенных экстрагенитальных заболеваний, оперативных вмешательств, гинекологических заболеваний, наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей и медицинских абортов, характер труда, питания, психические стрессы, смена климата, наличие перелетов, резус фактор, применение во время беременности лекарственных препаратов и др.

Результаты исследования и их обсуждение. Обследовано 8 первородящих и 11 - повторнородящих. Женщины имели массу тела от 45 до 82кг (в среднем – 63,5кг), рост от 158 до 184см (в среднем – 171см). Только у двух женщин отмечали повышенный весо-ростовой показатель (29,7 и 30,48), а у одной женщины – снижение индекса Кетле до 15,6.

Артериальное давление было в пределах от 105/60 мм рт.ст. до 125/90 мм рт.ст. (в среднем – 115/75 мм рт.ст.).

Шесть женщин (32%) до беременности несколько лет курили (активно либо пассивно), одна из них курила во время настоящей беременности.

Все женщины имели удовлетворительные условия жизни и нормальное питание, их работа не связана с физическими нагрузками, однако шесть женщин указывали на частые психические стрессы. Шесть (32%) обследованных женщин во время беременности принимали антибиотики, две (10%) - гормональные препараты.

У пяти женщин (26%) в прошлом были самопроизвольные выкидыши, у пяти женщин (26%) - медицинские аборты, у одной женщины (5%) - медицинский аборт и выкидыш.

Среди перенесенных заболеваний у всех женщин в анамнезе отмечалось ОРВИ, у трех (16%) - болезнь Боткина, у трех (16%) была произведена аппендэктомия, у одной (5%) - кроме аппендикса удалены

Репозиторий ГрГМУ

миндалины, аденоиды, желчный пузырь; у двух (10%) отмечены заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический энтероколит, язвенная болезнь желудка).

Из гинекологических заболеваний у четырех женщин (21%) отмечалась эрозия шейки матки, у одной (5%) - дисфункция яичников, у одной (5%) - хронический аднексит. У пяти из обследуемых женщин (26%) отмечено позднее наступление menses (15-18 лет). У троих женщин (16%) отмечался отрицательный резус фактор.

Таким образом, большинство женщин с угрозой выкидыша имели факторы риска невынашивания беременности: у одиннадцати женщин (60%) отмечалось два и более факторов риска. Один фактор риска отмечался у шести женщин (32%), два фактора риска – также у шести женщин (32%), три фактора риска – у трёх женщин (16%), четыре фактора риска – у пяти (26%) обследуемых женщин с угрозой невынашивания беременности.

ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ДОЗИРОВАННУЮ ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Максимчик Н.И

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научные руководители – к.м.н., ассистент В.А.Жемойтяк; ассистент Н. В.Ткач

У больных сахарным диабетом (СД) велик риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС). Распространенность диабетических кардиоваскулярных нарушений у детей составляет 16,7% [1]. Поздняя диагностика и неэффективность лечения во многом обусловлены бессимптомным течением на этапах, когда процесс обратим, что делает актуальным активное выявление данных осложнений у больных СД на доклинических стадиях.

Репозиторий ГрГМУ

Целью исследования стало изучение особенностей реагирования ССС у детей и подростков с СД I типа в ответ на дозированную физическую нагрузку (ДФН).

Обследовано 38 детей и подростков с СД I типа в возрасте от 10 до 18 лет с длительностью заболевания от 1 месяца до 10 лет, находившихся на лечении в УЗ «ГОДКБ». Больные были разделены на группы в зависимости от возраста, длительности заболевания. Впервые выявленный СД диагностирован у 10 пациентов, диабет длительностью до 4 лет – у 13, более 4 лет у 12 детей. В зависимости от уровня среднесуточной гликемии (СГ) все пациенты разделены на 3 группы: 1-я – СГ составила $<$ 9 ммоль/л (n=12), 2-я – 9-12 ммоль/л (n=11), 3-я – $>$12 ммоль/л (n=10). Помимо общеклинических исследований, для оценки функционального состояния ССС использовалась проба с ДФН по Н.А. Шалкову (20 приседаний за 30 секунд). В тот же день выполнялся гликемический профиль и высчитывалась СГ.

В ходе обследования выявлено, что 17 больных, независимо от длительности СД, имеют неадекватную реакцию ССС, проявляющуюся в гипертоническом типе реагирования на ДФН, причем чаще такой тип реакции (у 80% обследованных) регистрировался в подростковой возрастной группе (14-17 лет). Данный факт, возможно, обусловлен повышенным тонусом симпатического отдела вегетативной нервной системы, что может быть риском формирования артериальной гипертензии у таких больных.

У 14 больных наблюдалось увеличение длительности восстановительного периода после ДФН. Среди пациентов с адекватным восстановлением исходных параметров преобладали дети с впервые выявленным СД. В группах детей с длительностью заболевания от 1 до 4 лет и более зарегистрировано соответственно 65% и 75% больных с увеличением времени восстановления после ДФН.

Репозиторий ГГМУ

Проведен анализ реакции на ДФН у больных в зависимости от уровня среднесуточной гликемии. Отмечено, что гипертонический тип реакции имели 8,3% больных в 1 группе (СГ -< 9 ммоль/л), 36% - во 2 группе (СГ - 9-12 ммоль/л), 90% - в 3 группе (СГ >12ммоль/л). Увеличение времени восстановления зарегистрировано в 1 гр. – у 16,6% больных, во 2 гр. – у 45,4%, в 3 гр. - у 70% пациентов.

Выводы:

1. Признаки функциональных нарушений со стороны ССС у детей с СД 1 типа, проявляющиеся в неадекватной реакции на ДФН, выявляются уже на ранних стадиях СД и усугубляются по мере прогрессирования заболевания.
2. Хроническая гипергликемия может быть одним из основных факторов, способствующих нарушению реагирования ССС на ДФН у больных СД.

Литература:

1. Дианов О.А., Гнусаев С.Ф. Кардиоваскулярные нарушения у детей при сахарном диабете// Сахарный диабет, №4, 2005. - С. 40-44.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Малуха А.А., Буйницкая А.С., Шундрик В.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анестезиологии-реаниматологии

Научный руководитель- доцент В.В. Губарь

Диагностика и прогнозирование вегетативного состояния (ВС) при лечении закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) является актуальным вопросом, требующим дальнейшего изучения.

Цель исследования. Установить основные причины, условия и факторы, способствующие формированию ВС.

Материал и методы. Исследования выполнены путем анализа

Репозиторий ГрГМУ

историй болезни 20 пациентов, находящихся на стационарном лечении в реанимационном отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с ЗЧМТ.

В зависимости от исхода лечения все пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа (контрольная) -10 пациентов, у которых ЗЧМТ в процессе лечения закончилась нормализацией функции ЦНС, 2-я группа – пациенты, у которых в процессе лечения ЗЧМТ сформировалось ВС. Данные обработаны статистически с применением ЭВМ.

Результаты исследования: в результате анализа полученных данных установлено, что больные обеих групп при поступлении в стационар находились в коматозном состоянии 2-3 степени тяжести, с оценкой по шкале Глазго в 5-6 баллов. В процессе обследования при применении КТ выявлено, что у 57% пациентов 1-ой гр. субдуральная гематома локализовалась в левом полушарии, а у 83% пациентов 2-ой гр. субдуральная гематома локализовалась в правом полушарии. Также у 50% пациентов 2-ой гр. имелась левосторонняя субдуральная гидрома, в то время как у всех пациентов 1 гр. этого не наблюдалось, но в отличие от 2 гр. у 71% больных контрольной гр. имелась внутримозговая гематома, преимущественно в левом полушарии. Учитывая тот факт, что правое полушарие участвует в непосредственном восприятии окружающего мира и формировании сознания[Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. 1988, Лурия А.Р. 1973]можно полагать, что наличие субдуральной или внутримозговой гематомы в правом полушарии является одним из очевидных факторов формирования в последующем ВС. При изучении сроков начала оказания помощи установлено, что больные 1 гр. оперированы в среднем через 1ч., в то время как больные 2 гр. в сроки спустя 2-3ч. Можно полагать, что этот фактор играл значительную роль в длительности нахождения мозга в состоянии гипоксии и последующем формировании ВС. Объемы инфузионной терапии существенно не

Репозиторий ГрГМУ

отличались в обеих группах, но у пациентов 1гр. применяли 10% р-ры глюкозы, в то время как больным 2гр.- 5% растворы глюкозы. Учитывая, что растворы 5% глюкозы изотоничны плазме, это могло быть фактором, поддерживающим регионарный отек мозга в области поражения. В процессе анализа оказания медпомощи больным обеих групп сроки назначения агиопротекторов (эмоксипин, этамзилат) различны: пациентам 1гр. в среднем с 1-ых суток, пациентам 2гр. в среднем со 2-ых суток. При изучении сроков перевода больных на ИВЛ установлено, что у больных 1гр. ИВЛ применялась сразу при поступлении, а у пациентов 2гр.спустя 6 суток.

Заключение. Таким образом, анализ результатов позволяет заключить, что в формировании ВС у пациентов с ЗЧМТ может играть роль ряд факторов, которые требуют учета при оказании помощи этому контингенту больных: правополушарная локализация гематомы является предрасполагающим моментом в формировании ВС; сроки начала оказания помощи не должны превышать полутора часов; применение в комплексе ИВЛ должно осуществляться с первых часов после ЗЧМТ у больных, находящихся в коме; использование 5% растворов глюкозы в сравнении с 10% может быть фактором, поддерживающим регионарный отек мозга, а, следовательно, и гипоксию ЦНС; применение ангиопротекторов (эмоксипин) предпочтительнее в 1-ые сутки после операции.

ФЕНОМЕН ЛИДЕРСТВА В СОВРЕМЕННОЙ ПОЛИТИКЕ

Маньковская А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – преподаватель Ю.С. Жуковская

Тема лидерства стала одной из главных в современной политологии. Это связано с тем, что лидерство – это не новый стиль руководства, а способ организации власти в гражданском обществе с

Репозиторий ГрГМУ

развитым политическим сознанием всех или большинства его социальных слоев. Члены гражданского общества – мыслящие участники политической жизни, имеют возможность выбирать себе лидера. Поэтому в настоящее время общество, различные политические партии и движения буквально заняты поиском ярких политических лидеров. От того, какие социальные группы и лидеры участвуют в политическом процессе, как распределяются политические силы в нем, какова политическая элита, зависят поступательные процессы развития общества.

Как показывает опыт, политические лидеры крупного масштаба чаще проявляются в кризисные, переломные периоды общественного развития. Они выдвигают программы, позволяющие обществу преодолеть трудности, стимулируют объективно назревшие процессы. Так, американский президент Ф.Рузвельт руководил подготовкой и претворением в жизнь программы выхода страны из глубокого кризиса. Канцлер ФРГ Г.Коль вошел в историю как политический лидер, который способствовал воссоединению Германии. Премьер-министр Великобритании М.Тэтчер в 80-е годы выдвинула программу всемерного содействия развитию среднего бизнеса, утверждения индивидуализма и опоры на собственные силы, приоритета конкуренции.

Говоря о лидерах, необходимо обратить внимание на тождественные, на первый взгляд, понятия лидера и руководителя в их соотношении, сходствах и различиях. Для славянских языков характерно употребление слова «руководитель», в английском же употребляется слово «лидер». Разница между ними определяется возникновением власти. Если лидер выдвигается всегда «снизу к верху», то руководитель выдвигается наоборот, «сверху вниз», как правило, посредством назначения.

Формы проявления лидерства достаточно разнообразны. Предпринимающиеся попытки их классифицировать обусловлены

Репозиторий ГрГМУ

стремлением прогнозировать вероятное поведение лидеров, обладающих теми или иными качествами. Многообразие классификаций политического лидерства в науке определяется многомерностью самого лидерства. Довольно часто используется упрощенная типология, основанная на противопоставлении двух типов лидеров: лидеры «львы» и «лисы» (Н.Макиавелли), «лидеры-преобразователи» и «лидеры-дельцы» (Дж.Бернс).

Наряду с классическими типологиями сегодня применяются и более сложные. Например, Г.Лассуэл предложил классификацию, в основе которой лежит склонность лидеров к определенной модели поведения. Он выделил лидеров-агитаторов, организаторов и теоретиков.

Интересной является классификация С.Хука, который критерием классификации сделал степень воздействия лидеров на события и способность ими управлять. На этом основании он поделил всех лидеров на две неравные группы. В первую вошли лидеры, способные прекрасно ориентироваться в ситуации и использовать ее. И вторая группа - лидеры, способные самостоятельно творить события, делать историю по-своему.

Общепризнанной и сохраняющей свое значение является типология М.Вебера, который выделил три типа лидерства: традиционное, харизматическое и рационально-легальное.

В заключение следует отметить, что политическое лидерство как проявление власти и властных отношений определяется историческими условиями, интересами различных социальных сил и личными качествами людей, выдвигаемых на роль лидеров.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Мардас Е.И., Белюк Н.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.В. Раков

Суточное мониторирование электрокардиограммы у больных ИБС показало, что примерно половина эпизодов депрессии сегмента ST у таких больных не сопровождается болью в груди. В связи с этим, целью нашей работы явилась оценка эффективности препаратов из различных групп - антагонистов кальция (изоптин), а также бета-блокаторов (атенолол) - для устранения нарушений ритма и антиангинальной терапии у больных ИБС с безболевой ишемией миокарда. Проведена обработка данных исследований 55 больных ишемической болезнью сердца. По результатам проведенных исследований больные были разделены на четыре основные группы: 1-я - больные с безболевой ишемией миокарда (12 человек); 2-я - больные с ишемией миокарда в сочетании с болевыми ощущениями (22 человека). В обеих группах был использован изоптин в средней суточной дозе - 160 мг. 3-я - больные с безболевой ишемией миокарда (10 человек); 4-я - больные с ишемией миокарда в сочетании с болевыми ощущениями (11 человек). В обеих группах был использован атенолол в средней суточной дозе - 150 мг.

Установлено, что в 1-й группе достоверно уменьшилась степень депрессии сегмента ST под влиянием курсового лечения изоптином. В третьей группе (безболевая ишемия) под влиянием лечения бета-блокатором были выявлены значительные положительные достоверные сдвиги: уменьшилось среднее и максимальное число сердечных сокращений за сутки; сократилось число приступов ишемии и суммарная суточная ее продолжительность; значительно уменьшилась максимальная депрессия сегмента ST. В четвертой группе (болевая ишемия) кроме уменьшения числа приступов и общей длительности ишемии других сдвигов не выявлено.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Репозиторий ГрГМУ

ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Марина Т.П., Чижевская Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

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

Хирургическое лечение острой спаечной непроходимости кишечника остается одной из сложных и нерешенных проблем в экстренной абдоминальной хирургии. Это обусловлено, в основном, неудовлетворительными результатами лечения больных, которые являются следствием ошибок диагностики и осложнений самого оперативного вмешательства.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения больных спаечной кишечной непроходимостью и оценить эффективность применяемых в клинике лечебно-диагностических мероприятий.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 36 больных, которые были оперированы в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно. Из них мужчин было 16 (44,4%), женщин 19 (55,5%). В возрасте до 60 лет было 30 больных (83,3%), старше 60 лет – 6 больных (16,7%). Все больные ранее были оперированы по поводу острых и хронических заболеваний органов брюшной полости, открытых и закрытых травм живота. В первые 6 часов с момента начала заболевания поступило 20% больных, через 12 часов – 40% больных, в течение первых суток – 82% больных.

Диагностика спаечной кишечной непроходимости проводилась на основании клинических методов исследования и рентгенологического обследования больного (обзорная рентгенография грудной клетки и изучение пассажа бария по желудочно-кишечному тракту). Классические признаки спаечной кишечной непроходимости мы

Репозиторий ГрГМУ

наблюдали у 82% больных. Чаши Клойбера были выявлены рентгенологически во всех случаях наблюдения. У 12 больных при поступлении имели место признаки странгуляционной кишечной непроходимости, в пяти случаях наблюдались признаки распространенного перитонита.

Больные спаечной кишечной непроходимостью с явлениями странгуляции подверглись оперативному вмешательству в первые 2 часа с момента поступления. Во всех остальных случаях был проведен комплекс консервативных мероприятий, направленных на разрешение непроходимости (введение спазмолитиков, декомпрессия верхних отделов пищеварительного тракта, постановка клизм, коррекция волемических нарушений). Оперативное лечение было выполнено больным, которым разрешить кишечную непроходимость консервативно не удалось.

Объем оперативного вмешательства определялся интраоперационно. В 80% случаях ограничились висцеролизом, который позволил устранить кишечную непроходимость, 7 больным была выполнена резекция участка кишки с наложением тонкокишечного анастомоза, в 1 случае после резекции кишки операция завершена концевой илеостомой. В 3 случаях декомпрессию тонкой кишки осуществляли путем постановки интестинального зонда. При резекции кишки декомпрессия осуществлялась открытым способом после энтеротомии. В послеоперационном периоде умерла 1 больная (2,7%).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Мармыш В.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент И.Т.Цилиндзь

С целью изучения качества жизни после операции был анкетирован 381 пациент, перенесший холецистэктомию. Из них у 240 операция

Репозиторий ГрГМУ

была выполнена из лапаротомного доступа (ХЭ), у 141 произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). При анализе анкет получены интересные данные в отношении оценки больными некоторых показателей качества жизни после операции.

Так, 32 человека (13,3%) после ХЭ и 14 (9,9%) после ЛХЭ отмечают понижение аппетита.

98 пациентов после ХЭ (40,8%) и 65 (46,1%) после ЛХЭ соблюдают диету.

Наиболее важный вопрос, интересовавший нас - это боли в верхних отделах живота. После операции боли сохранились у 119 больных после ХЭ (49,6%) и у 74 (52,5%) после ЛХЭ. Однако следует указать, что изменилась характеристика болей - они реже возникают, менее выраженные и продолжительные. В то же время после ХЭ по причине болей приходится вызывать «скорую помощь» 8 больным (3,3%), обращаются в поликлинику 37 человек (15,4%), 74- купируют болевой синдром самостоятельно (30,1%). Данные показатели после ЛХЭ составили, соответственно, 4 (2,8%), 23 (16,3%), 53 (37,5%).

Следовательно, один из основных показателей эффективности лечения - боли в животе - и после ХЭ и после ЛХЭ остается высоким.

Чувство тяжести в правом подреберье после ХЭ сохранилось у 144 пациентов (60,0%), после ЛХЭ - у 73 (51,8%).

Желтуха после ХЭ возникла у 4 больных, что составляет 1,7% от всех анкетированных, после ЛХЭ - 2 (1,4%).

Повышение температуры тела, связанное с болями в животе после ХЭ, отметили 13 человек (5,4%) и 1 (0,7%) после ЛХЭ.

68 пациентов после ХЭ (28,3%) и 32 (22,7%) после ЛХЭ жалуются на чувство жжения в эпигастральной области, 102 (42,5%) после ХЭ и 57 (40,4%,) после ЛХЭ - на горечь во рту, 62 (25,8%) после ХЭ и 37 (26,2%) после ЛХЭ - на тошноту, 18 (7,5%) после ХЭ и 7 (5,0%) после ЛХЭ - наличие рвоты.

Таким образом, полученные данные, отражающие состояние

Репозиторий ГрГМУ

здоровья пациентов после оперативного лечения холециститов, желают быть лучшими и доказывают существование постхолецистэктомического синдрома.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Мармыш В.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент И.Т.Цилиндзь

Для изучения отдаленных результатов холецистэктомии использованы социологические методы опроса и анкетирование 240 пациентов после холецистэктомии из лапаротомного доступа (ХЭ) и 141 после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

При учете отдаленных результатов после ХЭ считают себя излеченными от болезни и здоровыми 133 опрошенных, что составляет 55,4% от общего числа, после ЛХЭ - 77 опрошенных (54,6%). Результаты этой группы расценены как хорошие.

Оперативное вмешательство принесло лишь улучшение 53 больным (26,3%) после ХЭ и у 49 (34,8%) после ЛХЭ. Результаты в этой группе рассматриваем как удовлетворительные.

Заболевание «осталось» у 44 больных (18,3%) после ХЭ и у 15 (10,6%) после ЛХЭ. Результаты в этой группе - плохие.

Находилось на стационарном лечении в разные сроки после ХЭ по причине сохраняющихся (возникших) болей в верхних отделах живота 37 больных, что составляет 15,4% от общего числа. При этом рефлюкс-гастрит диагностирован в 19 случаях (32,2%), из них в 3 случаях эрозивный антральный рефлюкс-гастрит; хронический панкреатит в 14 случаях (23,7%); постхолецистэктомический синдром - в 9 случаях (15,2%); холедохолитиаз в 3 (5,1%); холангит - в 2 (3,4%); язвенная болезнь 12-перстной кишки - в 3 (5,1%); остеохондроз позвоночника в 2 (3,4%); по одному случаю (по 1,7%)-хронический гепатит, хронический

Репозиторий ГрГМУ

колит, полипы желудка, рефлюкс-эзофагит, спаечная болезнь.

После ЛХЭ находился на стационарном лечении по причине сохранившихся (возникших) болей в верхних отделах живота 21 больной (14,9% от общего числа). При этом диагноз язвенной болезни 12-перстной кишки выставлен в 8 случаях (32,0%), хронический панкреатит в 6 случаях (24,0%), рефлюкс-гастрит - в 5 случаях (20,0%), хронический гастрит - в 3 (12,0%), постхолецистэктомический синдром - 3 (12,0%).

Таким образом, отдаленные результаты холецистэктомии нельзя признать хорошими.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ, ПРОЖИВАЮЩИМИ В ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ И СЕЛЬСКИХ РЕГИОНАХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мартинович Ю., Кардис К., Часной А., Лискович И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н.В. Пац

Состав гигиенических средств для ухода за полостью рта определенно влияет на состояние здоровья пользователя. Наличие цветомаркировки паст указывает на их состав: черный – содержат соединения свинца, серый – алюминия , синий – фтор, зеленый – фитодобавки.

Цель исследования. Изучить особенности использования зубных паст беременными женщинами, проживающими в областном центре и сельских регионах Гродненской области.

Материал и методы исследования. Обследовано 232 женщины; проживающие в г. Гродно - 152 человека и 180 - в Гродненской области

Метод исследования - анонимное анкетирование. Статистическая обработка - при помощи прикладных программ Sistat. Обследование проводилось в течение 2-х месяцев. Наличие цветомаркировки

Репозиторий ГрГМУ

указывает на состав паст: черный – содержат соединения свинца, серый – алюминия , синий – фтор, зеленый – фитодобавки.

Выявлено, что только 5% обследованных из районных центров владеют информацией о составе паст, проживающие же в областном центре осведомлены достоверно выше, что составило 22,15%.

При анализе употребления беременными женщинами паст в зависимости от цветомаркировки отмечено, что беременные, проживающие в областном центре, в 80% случаев пользуются пастами с зеленой цветомаркировкой, что достоверно выше по сравнению с беременными из сельской местности. Использование паст с синей цветомаркировкой не показало достоверных различий, среди беременных г.Гродно и области. Пасты с черной цветомаркировкой достоверно чаще используют беременные из сельской местности, что составляет 61,5%.

Вывод:

Использование зубных паст с зелёным цветом маркера преобладает у беременных женщин в областном центре.

Использование зубных паст с чёрным цветом маркера - в сельской местности.

Необходимо проводить разъяснительные работы среди беременных женщин об использовании зубных паст различного состава во время беременности

Литература:

1. Тачев И. Гигиеническая характеристика зубных паст // Гигиена.- №4.- 1999.- С. 56.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Мартинович Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель - к.м.н. доцент Н.Д.Маслакова

Репозиторий ГрГМУ

Острый панкреатит (ОП) в настоящее время находится на третьем месте среди острых заболеваний органов брюшной полости вслед за острым аппендицитом и острым холециститом. ОП - заболевание поджелудочной железы (ПЖ), связанное с активированием ее ферментов и воздействием последних на ткани ПЖ, вплоть до самопереваривания.[1]

Лечение ОП необходимо начинать с консервативной терапии:

а) купирование болевого синдрома; б) разрешение спазма сосудов; в) коррекция системных расстройств кровообращения; г) функциональный покой ПЖ; д) угнетение функции ПЖ;

е) детоксикация; коррекция водно-электролитных нарушений и реологических свойств крови.[2]

Показания к ранним операциям: разлитой (ферментативный) перитонит, обычно с выраженной интоксикацией, острый, чаще деструктивный, холецистит; обтурационная желтуха. [3]

Нами проведен анализ лечения в хирургическом отделении Железнодорожной больницы г. Гродно больных ОП с 2004 по 2006 г. Целью данной работы является анализ хирургических методов лечения больных с данной патологией; влияние на тактику хирурга консервативной терапии; оценка эффективности хирургического пособия с учётом данных о повторных вмешательствах.

Консервативная терапия проводилась в соответствии с современными методиками. Оперировано 70 больных. В группе оперированных больных мужчин 39 (55,7%), женщин-31 (44,3%). Средний возраст - 50-60 лет.(min 25 лет – max 79 лет).

Были выявлены осложненные формы ОП, а также случаи осложнения сопутствующими заболеваниями:

1) ЖКБ- 12 случаев (17,1%);

2) перитонит- 10 случаев (14,3%);

3) псевдокисты ПЖ- 14 случаев (20%);

4) механическая желтуха- 3 случая (4,3%);

Репозиторий ГрГМУ

5) панкреатические абсцессы- 16случаев(22,8%).

Операции проводились в сроки от 4 до 10 дней от момента поступления в стационар (min 4ч15мин, max на 15 день.) Оперативное пособие включало в себя:

1) лапаротомию, вскрытие и дренирование ПЖ (забрюшинного пространства, сальниковой сумки)- 17 случаев (24,3%);

2) лапаротомию, вскрытие кисты и её дренирование-14 случаев (20%);

3) лапаротомию, вскрытие абсцесса, санация и дренирование-16случаев (22,8%);

4) лапаротомию, холецистэктомию – 12 случаев (17,1%);

5) релапаротомию- 9случаев (12,8%);

6) резекцию тела и(или) хвоста ПЖ, спленэктомию- 3случая (4,3%).

Лечение ОП необходимо начинать с консервативной терапии. При панкреонекрозе в стадии гнойно-некротических изменений проводилась резекция тела и хвоста ПЖ со спленэктомией, в остальных случаях, при локальных секвестрах - дренирование сальниковой сумки (марсупилизация), а далее - программированная некрсеквестрэктомия.

Литература:

1.Соболевский С.В., Чекрыжов К.Г.- Оперативная тактика и результаты лечения больных с острым панкреатитом. -Минск ГИПП «ПРОМПЕЧАТЬ»1999, с.197

2. Исаенко В.Г., Фролов С.М. и др.- Результаты лечения больных с острым панкреатитом.- Минск ГИПП 1999, с.204

3. Филин В.И.-Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы. -Л.;Медицина, 1982-с. 246

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЛУБОКОЙ АРТЕРИИ БЕДРА

Марцуль И. А.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

Кафедра анатомии человека
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Д.А.Волчкевич

Проблема изучения анатомических особенностей ветвей бедренной артерии человека и глубокой артерии бедра, в том числе, имеет большую теоретическую и практическую значимость. Увеличение количества облитерирующих заболеваний артерий таза и нижних конечностей , а также увеличение частоты использования бедренной артерии как с диагностической, так и с терапевтической целью, предъявляет повышенные требования к изучению подвздошно-бедренного артериального бассейна.

Цель исследования. Изучить топографо-анатомические особенности строения ветвей бедренной артерии.

Материалом исследования послужили нижние конечности 6 трупов людей мужского и женского пола.

Результаты исследования. В процессе исследования было выявлено, что в большинстве случаев глубокая артерия бедра диаметром 0,6-0,8 см отходит от задней или заднемедиальной полуокружности бедренной артерии на 3-5 см ниже паховой связки. В одном случае глубокая артерия бедра отходила более дистально – на 8 см ниже паховой связки.

В 3-х случаях изучаемая нами артерия брала начало от латеральной поверхности бедренной артерии, проходила позади нее, постепенно отклоняясь в медиальную сторону. Следует отметить, что в изученной нами литературе такие топографические взаимоотношения не описывались.

В одном случае глубокая артерия бедра отходила от бедренной артерии общим стволом с латеральной и медиальной огибающими бедренную кость артериями. Такой же вариант был описан Loth (1931). На одной нижней конечности медиальная, огибающая бедренную кость артерия отсутствует, а латеральный одноименный сосуд отходит от

Репозиторий ГрГМУ

бедренной артерии.

В ходе исследования установлено, что диаметр огибающих артерий колеблется от 0,38 до 0,65 см. В двух случаях от глубокой артерии бедра отходила латеральная огибающая бедренную кость артерия диаметром 0,35 см. На 1-1,5 см ниже этого отхождения брала начало артерия, имеющая такое же направление, как и латеральная огибающая. Также был обнаружен вариант отхождения медиальной, огибающей бедро артерии от бедренной артерии (в 2-х случаях) на 2,5 см ниже паховой связки. Этот сосуд направлялся в верхнемедиальном направлении. Однако от глубокой артерии бедра на уровне отхождения латеральной, огибающей бедро артерии, отходила медиальная, огибающая бедро артерия, имеющая нисходяще-медиальное направление. Таким образом, как таковой медиальной, огибающей бедро артерии нет, а имеются лишь её ветви, самостоятельно отходящие от бедренной артерии и глубокой артерии бедра.

В результате исследования был установлен ряд топографо-анатомических особенностей ветвей бедренной артерии, что может быть использовано как в анатомии, так и в хирургической практике.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИЙ БЕДРА

Марцуль И. А.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Д.А.Волчкевич

Основной ветвью бедренной артерии является глубокая артерия бедра. Многочисленные исследования показали, что существует значительная вариабельность отхождения и ветвления данного сосуда.

В литературе описана изменчивость топических взаимоотношений уровня отхождения глубокой артерии бедра и паховой связки. Наиболее часто данный сосуд отходит на расстоянии 5-6 см книзу от

Репозиторий ГрГМУ

паховой связки, реже – сразу же под ней (на 0,5-1,5см), и самым редким вариантом является начало глубокой артерии бедра на уровне паховой связки.

Ряд авторов описывает и низкое отхождение артерии – на расстоянии 10-11 см от паховой связки.

В литературе описано отхождение глубокой артерии бедра от медиальной полуокружности бедренной и даже наружной подвздошной артерии выше паховой связки.

При отхождении глубокой артерии бедра от задненаружного края бедренной артерии она направляется вниз и латерально. Если изучаемый сосуд берет начало от задней полуокружности бедренной артерии, она идет вначале вдоль ее задней стенки, затем выходит из-под её наружного края и направляется в латеральную сторону. В случае отхождения артерии от задневнутреннего края бедренной артерии она идёт сначала в промежутке между бедренными артерией и веной, и вблизи нижнего угла бедренного треугольника выходит за наружный край бедренной артерии.

От глубокой артерии бедра отходит ряд ветвей, а именно: прободающие артерии, медиальная и латеральная огибающие бедренную кость, артерии.

Вариантов отхождения этих ветвей, их наличия и развития в литературе описано достаточно много. Одна или обе огибающие артерии могут отходить непосредственно от бедренной артерии. В таких случаях от глубокой артерии бедра будут брать начало лишь прободающие артерии, количество которых может быть различным. В случае, когда глубокая артерия отсутствует, все присущие ей ветви отходят от бедренной артерии. Однако последний вариант встречается достаточно редко .

Латеральная, огибающая бедренную кость, артерия чаще всего отходит от глубокой артерии бедра на расстоянии 1,5-2 см ниже начала последней. Артерия делится на две ветви: восходящая (диаметром 0,3-

Репозиторий ГрГМУ

0,4 см) и нисходящая ветвь (таким же диаметром).

В случае, когда латеральная, огибающая бедренную кость, артерия делится на восходящую и нисходящую ветви у наружного края бедренной артерии, нисходящая ветвь спускается вдоль этого наружного края и её ошибочно можно принять за добавочную глубокую артерию бедра, т.к. она может доходить до артериальной сети коленного сустава, где анастомозирует с ветвями подколенной артерии.

Медиальная, огибающая бедренную кость, артерия может отходить от бедренной артерии, но чаще – от глубокой артерии бедра на расстоянии 1-1,5 см от начала последней. Adachi (1928) описывает вариант, при котором медиальная, огибающая бедренную кость, артерия берет начало от бедренной артерии на 16 см ниже паховой связки. Так же, как и латеральная, медиальная, огибающая бедренную кость, артерия делится на восходящую и нисходящую ветви.

Некоторые авторы описывают полное отсутствие одной из огибающих артерий, причем чаще – медиальной артерии, огибающей бедренную кость.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ДТЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ И СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Матвеенко Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Курс эндокринологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Л.В.Никонова

Поражение сердечно-сосудистой системы – частое и серьезное осложнение диффузного токсического зоба (ДТЗ), нередко выступающее в клинической картине на первый план, определяющее течение и исход заболевания. Для обозначения этого поражения R. Kraus в 1899 г. ввел термин «тиреотоксическое сердце», и в настоящее

Репозиторий ГрГМУ

время под ним понимается симптомокомплекс нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, вызванных токсическим действием избытка тиреоидных гормонов (ТГ) и характеризующихся развитием гиперфункции, гипертрофии, дистрофии, кардиосклероза и сердечной недостаточности (СН).

В литературе имеются противоречивые данные о корреляции нарушений в сердечной мышце с длительностью заболевания и уровнем тиреоидных гормонов в сыворотке крови. Целью нашего исследования явилось изучение коррелятивных связей между патологией сердечно-сосудистой системы у больных ДТЗ и длительностью заболевания, а также уровнем тиреоидных гормонов.

Нами обследовано 30 больных ДТЗ, из них женщин – 21, мужчин – 9. Возраст больных от 18 до 66 лет. Длительность заболевания от нескольких месяцев до 8-10 лет. Все больные находились на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГОКБ. Диагноз ДТЗ у всех пациентов установлен на основании жалоб, анамнеза, данных объективного и дополнительных методов исследования (уровень Т3, Т4св, ТТГ, УЗИ диагностики).

Изменения со стороны ССС подтверждены данными ЭКГ, суточного мониторирования. Из 30 пациентов ДТЗ у 15 человек выявлена дистрофия миокарда, у 11 человек – тиреотоксическое сердце, у 4 человек – ИБС.

Нами установлена прямая коррелятивная связь между длительностью заболевания и развитием тиреотоксического сердца у больных ДТЗ. При длительности заболевания от 4 лет и более у 11 пациентов из 30 развилось тиреотоксическое сердце ($P<0,05$). Кроме того, развитие тиреотоксического сердца имело зависимость от уровня ТГ и ТТГ. У 9 больных из 11 пациентов с тиреотоксическим сердцем уровень Т3 и Т4св был значительно выше нормы, а уровень ТТГ ниже нормы. В то же время у 15 из 30 больных ДТЗ с длительностью заболевания от 1 до 3 лет и стойкой компенсацией гормонального

Репозиторий ГрГМУ

статуса (Т3, Т4св, ТТГ в пределах нормы) развилась дистрофия миокарда без признаков сердечной недостаточности (Р < 0,05). Следовательно, длительность заболевания и уровень ТГ имеют важное значение в формировании осложнений ДТЗ и определяют тяжесть течения данного заболевания.

Литература:

1. А.С. Аметов, М.Ю. Кониева и др. Сердечно-сосудистая система при тиреотоксикозе// Consilium medicum: Ж- л доказательной медицины для практических врачей.- 2003. том 5 №1.-с. 660-663.

2. Т.В. Быстрова, Е.А. Трошина и др. Сердечно- сосудистая система при тиреотоксикозе // Российские мед вести. Научно-практич. журнал для клиницистов.- 2005, том 10 №2.- с. 13-20.

3. П.М. Йен, У.У. Чин Молекулярные механизмы внутриядерного действия тиреоидных гормонов// Болезни щитовидной железы/ под ред. Л.И. Браверманна, - М.: Медицина, 2000:1-2,18.

4. Э. Пирс, Л. Браверманн. Субклинический тиреотоксикоз. Thyroid internacional/- 5 -2001.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК

Матусевич О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – ст. преподаватель М.Н.Щербакова

Целью настоящего исследования явилось изучение антропометрических признаков верхней конечности и ее отдельных сегментов, их взаимосвязей, характера изменчивости и установление границ нормальной вариабельности признаков для выявления крайних вариант.

У 160 лиц обоего пола в возрасте 17-18 лет изучены антропометрические показатели длины тела и туловища, всей верхней

Репозиторий ГрГМУ

конечности (правой) и ее отдельных сегментов, бикондилярный диаметр плеча, ширина кисти – всего 25 размеров. Методом индексов определялись 26 относительных показателей. Произведена статистическая обработка данных.

Анализ полученных данных показывает, что все варианты антропометрических показателей верхней конечности лежат в пределах ± 3 сигмы. В зоне, характеризующей среднее развитие признака, т.е. в пределах ± 1 сигмы находятся 66-72% вариант. Следующие зоны – в пределах от 1 до 2-х сигм – развитие выше и ниже среднего, включают 20-26% вариант. Крайние зоны, расположенные за пределами ± 2 сигмы, характеризуют крайние варианты, резко отличающиеся от средней, и включают 2-5%.

Наши данные свидетельствуют о высокой зависимости длины верхней конечности и ее сегментов от роста, показывают преобладание всех исследуемых признаков у лиц мужского пола. В большей степени это характерно для длины мизинца и бикондилярного диаметра, которые выше у юношей на 18,3% и 15,8% соответственно. Менее всего отличается длина средних фаланг II-IV пальцев – на 3-5% , а также предплечья и кисти – на 6% и 6,7%. Для остальных абсолютных показателей разница составляет 9-13%.

Исследование типов пальцев показало преобладание типа II<IV у лиц обоего пола. Только у 2,8% юношей и 5,1% девушек наблюдался тип II>IV. Частота типа II=V составляла 12,7% у юношей и 15,2% у девушек.

Половые различия в величине относительных показателей незначительны и статистически недостоверны.

Коэффициент изменчивости абсолютных показателей колеблется от 2,5% до 10%.Наибольшая изменчивость характерна для самых мелких сегментов – фаланг пальцев, и особенно средних. Несколько отличается в этом отношении I палец. Наибольшая вариабельность характерна для его проксимальной фаланги. Нельзя исключить

Репозиторий ГрГМУ

правомерность известного утверждения Везалия, что в большом пальце кисти отсутствует метакарпальный компонент и его проксимальная фаланга является как бы средней. Коэффициенты вариации абсолютных показателей выше у девушек. Изменчивость относительных показателей всей верхней конечности, а также плеча и предплечья несколько ниже, чем кисти и пальцев.

Таким образом, многомерное исследование различных антропометрических характеристик верхней конечности с использованием интервала в ± 2 сигмы дает возможность установить границы нормальной вариабельности признаков и выявить наличие крайних вариант, что помогает в диагностике наследственных синдромов и при проведении медико-генетического консультирования. Половые различия в большей степени характерны для абсолютных показателей, для большинства же относительных размеров они статистически не достоверны, что свидетельствует о большей устойчивости и диагностической ценности относительных антропометрических характеристик, а также возможности их использования для лиц обоего пола.

ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОЛОВЫ И ЛИЦ ЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Матусевич О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – ст. преподаватель М. Н.Щербакова

Учитывая, что при наследственных синдромах наиболее информативными являются мозговой череп и лицо, целью нашего исследования явилось изучение различных морфометрических признаков головы и лица здоровых детей и детей с синдромом Дауна.

Произведено антропометрическое исследование 60 здоровых детей обоего пола и 12 детей с синдромом Дауна (7 мальчиков и 5

Репозиторий ГрГМУ

девочек) в возрасте 3-х лет. Методом индексов определялись 25 относительных показателей. Произведена статистическая обработка данных.

В результате анализа полученных данных отмечены статистически недостоверные половые различия в величине абсолютных и относительных показателей у здоровых детей. У детей с синдромом Дауна значительная часть абсолютных показателей ниже по сравнению со здоровыми детьми. В большей степени это характерно для длины шеи, которая короче на 32,3% у мальчиков и на 41.1% у девочек. Показатели высоты носа ниже на 20,1% и 23,4%, глубины носа - на 22% и 19% и ширины ушной раковины – на 22,3% и 23,4% соответственно. И наоборот, высота мозгового черепа у больных детей преобладала на 16,9% у мальчиков и 22% у девочек, а ширина рта – на 7,9% и 3% соответственно.

Относительные показатели длины шеи, ушной раковины и верхней высоты лица у больных детей снижены. Так, отношение длины шеи к длине туловища меньше на 29,3% у мальчиков и 35,7% у девочек, относительная длина ушной раковины меньше на 19,8% и 18,1%, отношение верхней высоты лица к скуловому размеру – на 16,2% и 17,7% соответственно. Относительная высота мозгового черепа у мальчиков и девочек с синдромом Дауна выше, чем у здоровых детей на 32,1% и 39,3%, носовой указатель - на 26,2% и 36,6%, относительная ширина рта – на 24,8% и 27,7% соответственно. Остальные относительные показатели отличаются от таковых у здоровых детей на 1-8%.

Как известно, в нормальном ряду распределения все варианты лежат в пределах ± 3 сигмы. Границы же нормы отстоят от средних значений на величину удвоенного среднего квадратического отклонения. В нашем исследовании 2,5-3% признаков головы и лица здоровых детей выходили за этот предел. У больных же детей значительная часть отдельных вариант морфометрических признаков

Репозиторий ГрГМУ

находятся за пределами интервала ± 2 сигмы. Отклонения в величине абсолютных антропометрических показателей у детей с синдромом Дауна приводят к нарушению пропорций в области головы и лица.

Таким образом, изучение различных антропометрических показателей с применением интервала ± 2 сигмы позволяет выявить отклонения от нормального развития, что может использоваться в диагностике наследственных синдромов.

К 160-ЛЕТИЮ ПЕРВОГО ТРУДА ПО ПЕДИАТРИИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Меленец Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Ещё в древности указывали на важность знания детских возрастных особенностей и детских болезней. До XIX века в России педиатрию не выделяли как самостоятельный раздел медицинской науки. Началом отечественной педиатрии следует считать труд Н.М. Максимовича-Амбодика «Искусство повивания, или наука о бабичем деле»(1784-1786гг).

Ведущую роль в признании педиатрии сыграл профессор С.Ф. Хотовицкий. Выпускник Санкт-Петербургской медико-хирургической академии. В 1823 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины. Большое внимание уделял преподаванию педиатрии. Вместо одной-двух лекций он посвящал педиатрии третью часть курса, примерно 72 часа. Лекции С.Ф. Хотовицкого были настолько увлекательны и полезны, что на них приходили студенты не только медицинских, но и других факультетов.

Итогом деятельности профессора стал объемный труд «Педиятрика», опубликованный в 1847 году. Труд представлял собой цикл лекций по детским болезням. В нём С.Ф. Хотовицкий перечисляет

Репозиторий ГрГМУ

необходимые медицинские знания врача-педиатра и подчеркивает его этические качества. Из специальных вопросов медицинской этики рассматривались отношение врача к ребенку и отношение врача к его родственникам. С.Ф. Хотовицкий указывал, что трудно добиться доверия ребенка, если родители «не выгодно о враче отзываются перед дитятею». Он описал, как надо производить пальпацию живота, выслушивание ребенка, непосредственное и стетоскопом, перкуссию, пульс, осмотр зева, чтобы как можно меньше причинить ребенку неприятных ощущений.

Во введении он обосновал необходимость выделения педиатрии в самостоятельный раздел медицины и сформулировал ее основные цели и задачи, дал исторический обзор педиатрии и педиатрической литературы. С.Ф. Хотовицкий впервые в России поставил вопросы возрастной анатомии и физиологии, подчеркивая специфику детского организма, здорового и больного. В первой части, изложенной на 90 страницах (“Общая педиятрика”), С.Ф. Хотовицкий сформулировал положения, лежащие в основе научной педиатрии: 1. Отличие детского организма заключается в особенностях состава органов и их действий, как в здоровом состоянии, так и в период его болезни. 2. Количественные и качественные изменения в строении и отправлениях детского организма совершаются непрерывно. 3. Изменения в тех или иных органах происходят в разное время и имеют свои периоды развития. 4. В основе изменений детского организма, течения и проявлений заболеваний лежат возрастные и индивидуальные особенности ребенка. 5. Предварительное изучение и знание особенностей детского организма и его реакций, детской семиотики, методики обследования и учет всех этих особенностей необходимы при распознавании и лечении детских заболеваний. Вторая часть “Частная педиятрика” составляет больший объём руководства и занимает 726 страниц текста. Здесь на основании своего клинического опыта и отличного знания литературы он исчерпывающе изложил сведения по

Репозиторий ГрГМУ

известным на то время болезням детей всех возрастов.

В XIX в. в России педиатрия приобрела статус самостоятельной медицинской дисциплины, и этим она во многом обязана российскому ученому С.Ф. Хотовицкому, автору первого учебника по педиатрии - «Педиятрика».

ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Мельникова Ю.А., Козич Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Н.И.Хлебовец

Дизметаболические нефпропатии (ДМН) – это термин, объединяющий поражения почек, обусловленные нарушениями обмена веществ. Общим для ДМН является преимущественное поражение интерстициальной ткани почек с отложением в ней солей и дальнейшим нарушением трофики канальцев почек и процессов регенерации в них [1].

Цель исследования – определение клинико-лабораторной характеристики ДМН у детей.

Нами проанализированы истории болезни 39 детей, находившихся на лечении в УЗ «ГОДКБ» с 1 января 2005 года по 1 октября 2006 года с диагнозом ДМН. Изучен пол, возраст, место жительства, анамнез заболевания, результаты общего анализа мочи (ОАМ), анализа мочи по Нечипоренко и Зимницкому.

Основным диагнозом ДМН была у 37 (95%) детей, сопутствующим - у 2 (5%). Оксалурия диагностирована у 37 (95%) детей, уратурия – 2 (5%). Мальчиков было 7 (18%), девочек – 32 (82%). Городских – 32 (82%), сельских – 7 (18%) детей. По возрасту дети распределились следующим образом: 0-3 лет – 6 (15%) детей; от 3 до 7 лет – 12 (31%); 0т 7 до 12 лет – 9 (23%); старше 12 лет – 12 (31%).

Репозиторий ГрГМУ

Впервые заболевание выявлено у 21 (54%) ребенка, из которых при профосмотре у 7 (18%) были выявлены изменения в моче, у 14 (36%) - после респираторных заболеваний. Детей, поступивших повторно, было 18 (46%), из них 14 (36%) поступили для планового лечения и 4 (10%) после простудного заболевания.

Основная масса детей 34 (88%) поступили в стационар в связи с выявленными изменениями в АОМ. С жалобами на боли в поясничной области, положительным симптомом «поколачивания» поступило 3 (8%) детей, у 1 (2%) ребенка отмечались боли в животе.

Из анамнеза выявлено, что у 4 (12%) детей близкие родственники страдают мочекаменной болезнью, у 1 (2%) – желчекаменной.

В ОАМ оксалурия (+) выявлена у 8 (22%), (++) – 16 (40%), (+++) – 8 (22%), (++++) – 5 (14%) детей. Бактериурия обнаружена у 2 (5%) детей, сочетание оксалатов и бактерий было у 11 (23%) больных. Лейкоцитурия (10-20 в поле зрения) была у 2 (5%) детей. Эритроцитурия: 3-15 в поле зрения у 18 (43%) детей, 15-20 в поле зрения – 8 (22%), у 3 (8%) детей эритроцитурия не выявлялась. Клетки слущенного эпителия обнаружены у 30 (79%) детей. Протеинурия во всех случаях не выявлялась. Относительная плотность мочи у 26 (66%) была более 1018, у 13 (34%) – от 1013 до 1017.

При исследовании мочи по Нечипоренко выявлено преобладание эритроцитурии у 14 (38%) детей над лейкоцитурией у 5 (12%).

Выводы:

1. Среди ДМН чаще диагностируется оксалурия у девочек в возрасте от 3 до 7 лет и старше 12 лет.
2. Дети госпитализировались в основном в связи с изменениями в ОАМ (чаще после ОРВИ) при отсутствии клинических проявлений.
3. Наследственная предрасположенность выявлена лишь у 14% детей.
4. В ОАМ преобладают умеренная гематурия и клетки слущенного эпителия.

Репозиторий ГрГМУ

Литература:

1. Возианов А.Ф., Майданик В.Г., Бидный В.Г., Багдасарова И.В. Основы нефрологии детского возраста. – Киев: Книга плюс, 2002. – С. 214-225.

ВЛИЯНИЕ ПИРОГЕНАЛА НА ЭМИГРАЦИЮ ЛЕЙКОЦИТОВ В ОЧАГ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Микша Е.Е., Жук С.А., Лакотко Т.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель - д.м.н., доцент С.М. Смотрин

Реакция организма на операционную травму местно реализуется через лейкоцитарно-макрофагальную систему. Определяющим моментом течения раневого процесса является эмиграция лейкоцитов в зону повреждения. Ряд препаратов бактериальной природы оказывают стимулирующее влияние на иммунитет. Однако, как данные препараты влияют на течение первой фазы раневого процесса, окончательно не установлено.

Цель исследования. Изучить влияние пирогенала на эмиграцию лейкоцитов в очаг травматического повреждения у больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВН).

Материал и методы исследования. Проведено обследование 50 больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей. Из них 14 больным в комплексном лечении применялся бактериальный липополисахарид пирогенал. Данный препарат применялся в дозе 100 МПД. Больным наносилась стандартная вакуумная травма, в результате которой осуществлялось отслоение эпидермиса от дермы и формировались кожно-вакуумные пузыри (КВП). Изучение клеточного состава кожно-вакуумных пузырей

Репозиторий ГрГМУ

осуществлялось по методике, разработанной Островским А.А. с соавт. на 6 и 24 часа.

Как показали проведенные исследования, у больных с ХВН на 6 часов от начала нанесения КВП, в сравнении со здоровыми добровольцами, отмечается замедление эмиграции лейкоцитов в зону посттравматического воспаления. При этом и относительное содержание нейтрофилов у больных с ХВН было на 38% меньшим, в сравнении со здоровыми добровольцами ($p<0,05$). Более значительные нарушения процессов эмиграции лейкоцитов наблюдались на 24 часа. На этот срок исследования у больных значительно менялись как относительные, так и абсолютные показатели эмиграции лейкоцитов в КВП. Уменьшение содержания нейтрофилов у больных с ХВН достигало 48% ($p<0,05$). Торможение процессов эмиграции лейкоцитов в полость КВН пузырей у больных с ХВН соответствовало гипоергическому типу клеточной реакции. Преобладание у больных ХВН гипоергического типа клеточной эмиграции свидетельствует о выраженном снижении местных защитных сил организма и высокой вероятности развития инфекции области хирургического вмешательства. При применении пирогенала в составе базисной консервативной терапии установлено, что данный препарат приводит к смене гипоергического типа клеточной реакции на нормергический. При этом как на 6 часов, так и на 12 часов исследования отмечен стимулирующий эффект пирогенала на эмиграцию лейкоцитов в очаг асептического воспаления.

Литература:

1. А.с. 1659847 Способ подготовки пробы лейкоцитов для цитологических исследований / Островский А.А., Наумов И.А., Новицкий Г.К. (СССР) - Заявитель: Институт биохимии АН БССР; Заявка № 448952; Приоритет 15. 09.88. Опубл. 01.03.91, Бюл. № 24 // Изобретение - 1991. -№ 24. - С. 156.

ФИЗИЧЕСКЕ РАЗВИТИЕ И ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПОТОМСТВА

Репозиторий ГрГМУ

КРЫС, ПОЛУЧАВШИХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЛИПОПОЛИСАХАРИД И ТАУРИН

Милош Т. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

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

Отрицательное влияние внутриутробной инфекции у беременных на состояние плода и новорожденного ребенка проявляется многоводием, невынашиванием беременности, преждевременными родами, гипоксией плода, задержкой внутриутробного развития, гипотрофией, неразвивающейся беременностью, отечным, гемолитическим, геморрагическим синдромами, желтухой, зачастую приводя к гибели плода [Симакова М. Г. 1995]. Высокий уровень инфекционной заболеваемости беременных, многообразие клинических синдромов у новорожденных определяет актуальность изучения влияния внутриутробной инфекции на течение беременности, указывает на необходимость поиска новых путей минимизации последствий для новорожденного ребенка .

Целью исследования явилось изучение показателей физического развития и показателей красной крови потомства крыс, получавших в период беременности липополисахаридный (ЛПС) компонент грамотрицательных микроорганизмов (эндотоксин), а также ЛПС и таурин.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на 26 белых беременных крысах-самках массой 200 - 230г, разделенных на 3 группы.

В первой группе крысам осуществляли внутрибрюшинное введение ЛПС E.Coli ("Sigma») в дозе 0,4мг/кг (по 0,1мг/кг в сутки) на 11-14 сутки (период плацентации) (n=8), крысам второй группы наряду с ЛПС внутрибрюшинно вводили таурин (1 мг/кг) в 0,5 мл изотонического

Репозиторий ГрГМУ

раствора NaCl (n=11), крысам третьей группы вводили изотонический раствор NaCl в эквиобьемных количествах в аналогичные сроки беременности (контроль) (n=7).

У новорожденных крысят в постнатальном периоде изучали показатели физического развития (отлипание ушей, появление шерсти, прорезывание резцов, открытие глаз, прирост массы тела), а также исследовали показатели красной крови - содержание гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови.

Результаты исследований. У 17 крыс, получавших ЛПС, произошло прерывание беременности (в раннем периоде (n=7) и в период плацентации (n=10).

Крысята группы крыс, получавших ЛПС в период беременности, на 1-2 суток отставали в физическом развитии от крысят контрольной группы, прибавка массы тела крысят этой группы была меньше, чем в контрольной группе ($p< 0,05$).

Содержание эритроцитов в единице объема крови крысят этой группы снижено во все исследуемые сроки постнатального периода по сравнению со значениями этого показателя в контроле, содержание гемоглобина было ниже на 3-5-е сутки жизни крысят 1-й группы.

Введение таурина в период беременности крысам, получавшим ЛПС, оказывало корригирующий эффект, что проявлялось ускорением физического развития, улучшением прибавки массы тела крысят, повышением содержания эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови.

Заключение: Таким образом, введение ЛПС в период плацентации беременным крысам ухудшает физическое развитие потомства, способствует развитию анемии, а введение таурина оказывает корригирующее действие. Возможно, такой эффект таурина связан с наличием у него антиоксидантных свойств.

Литература:

1. Симакова М. Г. Клиника, диагностика и лечение внутриутробной

Репозиторий ГрГМУ

инфекции // Акушерство и гинекология. - № 4. – 1995. - С. 7–9.

ФОРМИРОВАНИЕ СЕНСОРНО–ДВИГАТЕЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОТОМСТВА КРЫС, ПОЛУЧАВШИХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЛИПОПОЛИСАХАРИД И ТАУРИН

Милош Т.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

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

Инфекция продолжает оставаться одной из наиболее распространенных причин патологии в акушерской практике, часто приводя к нарушениям беременности и постнатального развития. В последние годы инфекционная патология также превалирует в структуре причин перинатальной смертности. Проблема внутриутробной инфекции имеет большую медицинскую и социальную значимость и пока далека от разрешения. Это требует детализации механизмов ее развития и разработки эффективных путей коррекции.

Целью исследования явилось изучение созревания сенсорно–двигательных рефлексов, эмоционально–двигательного поведения и координации движения в период постнатального развития состояния потомства крыс, получавших в период беременности липополисахаридный (ЛПС) компонент грамотрицательных микроорганизмов (эндотоксин), а также ЛПС и таурин.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на 26 белых беременных крысах массой 200 - 230г, разделенных на 3 группы.

В первой группе крысам осуществляли внутрибрюшинное введение ЛПС E.Coli ("Sigma») в дозе 0,4мг/кг за 4 раза (n=8) на 11-14 сутки (период плацентации), крысам второй группы наряду с ЛПС внутрибрюшинно вводили таурин (1 мг/кг) в 0,5 мл изотонического раствора NaCl (n=11), крысам третьей группы вводили 0,5мл

Репозиторий ГрГМУ

изотонического раствора NaCl в аналогичные сроки беременности (контроль) (n=7).

У новорожденных крысят изучали созревание сенсорно–двигательных рефлексов (переворачивание на плоскости; отрицательный геотаксис; избегание обрыва; маятниковый рефлекс; поднимание головы и передних лап; ползание; опора на задние конечности, подъем всего тела; двигательная активность; реакция на акустический стимул; обонятельная реакция; мышечная сила), эмоционально–двигательного поведения и координации движения (переворачивание в воздухе; удержание на вращающемся цилиндре; спонтанная двигательная активность)[1, 2. 3].

Результаты исследований. У потомства крыс, получавших в период беременности ЛПС, выявлено отставание созревания сенсорно–двигательных рефлексов, эмоционально–двигательного поведения и координации движения в период вскармливания на 2-5 суток. Введение таурина оказывало корригирующий эффект на формирование сенсорно–двигательных рефлексов, эмоционально–двигательного поведения и координации движения, вследствие чего различия с показателями в контрольной группе не отмечались.

Заключение. Таким образом, в результате проведенных экспериментов по изучению воздействия ЛПС и таурина на формирование сенсорно–двигательных рефлексов, эмоционально–двигательного поведения и способности к точной координации движения выявлено наличие у таурина корригирующих свойств, что может быть связано с присутствием данной аминокислоты в мозге и ее важной ролью в регуляции нервных процессов.

Литература:

1. Воронина Т. А., Вихляев Ю. И. Характеристика фармакологических свойств феназепама // Феназепам, Киев, Наукова думка. - 1982. – С. 87 – 151.

2. Буреш Я., Бурешова О., Хьюстон Д.М., Методики и основные

Репозиторий ГрГМУ

эксперименты по изучению мозга и поведения.-М.: Высш.шк., - 1991. – 400 с.

3. Brady J. V., Nauta V. J. H. Subcortical mechanisms in emotional behavior: Affective changes following septal forebrain lesions in the albino rat // J. Cong and Physiol. Pscychol. – 1953. – P. 339 – 346.

ТАУРИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕМОЛИЗА ЭРИТРОЦИТОВ У КРЫС С ЭНДОТОКСИНЕМИЕЙ

Милош Т. С., Максимович Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Многочисленные данные литературы и собственные наблюдения свидетельствуют о полиорганных нарушениях при липополисахаридной (ЛПС) интоксикации организма (эндотоксинемии).

Одним из таких нарушений является снижение устойчивости форменных элементов крови к разнообразным факторам, что является причиной их повышенного разрушения. Показано, что у плодов крыс с эндотоксинемией развивается анемический синдром. Причины данного явления многообразны. Это и образование антиэритроцитарных антител, и активизация окислительных процессов, образование оксида азота, фактора некроза опухолей и др. Однако эффективные способы профилактики данных нарушений не разработаны.

Целью исследований явилось изучение устойчивости эритроцитов крыс к воздействию ультразвукового облучения эритроцитов крыс с эндотоксинемией и в условиях введения таурина на фоне эндотоксинемии.

Материалы и методы. Исследования проведены на 18 белых беспородных крысах-самках массой 180-220 гр, представленных тремя группами по 6 крыс в каждой группе.

Первой группе животных осуществляли внутривенное введение

Репозиторий ГрГМУ

ЛПС E.coli («Sigma») в дозе 0,4 мг/кг, вторая группа крыс наряду с ЛПС получала таурин (1 мг/кг) в 0,5 мл изотонического раствора NaCl, третья группа крыс получала 0,5 мл изотонического раствора NaCl.

Оценку устойчивости эритроцитов крыс к повреждающему действию ультразвука осуществляли следующим образом. Суспензию эритроцитов в объеме 4 мл (Е=1,4) подвергали воздействию ультразвукового поля мощностью 1 Вт/см^2 в течение 5 секунд. На фотоэлектроколориметре КФК-3 определяли Е, а затем по калибровочному графику определяли содержание эритроцитов в единице объема суспензии эритроцитов до воздействия ультразвука и после воздействия и высчитывали процент разрушенных эритроцитов. По количеству разрушенных эритроцитов определяли устойчивость эритроцитов к повреждающему воздействию.

Исследования проведены через сутки после введения препаратов. Полученные данные статистически обработаны с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследований. Установлено, что у крыс, получавших ЛПС, наблюдалось снижение устойчивости эритроцитов к воздействию ультразвука, по сравнению с устойчивостью эритроцитов контрольной группы на 52% ($p<0,001$), а на фоне введения таурина устойчивость эритроцитов крыс с эндотоксинемией снижалась на 22% ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, введение таурина способствует повышению устойчивости эритроцитов крыс с эндотоксинемией к ультразвуковому воздействию, в связи с чем эта аминокислота может быть использована для профилактики гемолитического синдрома при ЛПС интоксикации. Учитывая, что таурин обладает антиокислительными свойствами, предполагается, что снижение устойчивости эритроцитов при эндотоксинемии может быть связано с активацией окислительных процессов.

АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИОЗНОГО СОСТОЯНИЯ У

Репозиторий ГрГМУ

БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Минаева Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель - профессор И.И.Климович

Заболеваемость острым панкреатитом за последние годы не снижаются, а летальность составляет 17-20% при консервативном лечении и достигает 60% при оперативном лечении. Особенно тяжелые формы острого панкреатита отмечаются у пожилых больных с выраженным атеросклерозом и сахарным диабетом, у молодых больных – при злоупотреблении алкоголем. Последнее часто является основным этиопатогенетическим фактором развития панкреатита, что часто наблюдается у лиц мужского пола трудоспособного возраста. Нами проведен анализ историй болезни больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2002 – 2006гг. За данный период с диагнозом острый панкреатит находилось на лечении 785 больных. Мужчин – 620 (79,0%), женщин – 165 (21,0%), возраст больных колебался от 17 до 92 лет. Из всех больных деструктивные формы острого панкреатита наблюдались у 123 (15,7%) больных, из них 49 (39,8%) пациентов оперированы. Показанием к операции были инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит. Делириозный синдром развился у 52 больных,что составляет (6,6%) от общего количества больных острым панкреатитом и (42,3%) от общего количества больных острым деструктивным панкреатитом. Как следствие тяжёлого деструктивного панкреатита, делириозный синдром развился у 13 (10,6%) больных. Средний возраст этих больных составил 44,3 года. Алкогольный делирий наблюдался у 23(18,7%) больных, причём необходимо подчеркнуть, что он развивался при значительно более лёгких формах острого деструктивного панкреатита на 2-4 сутки от

Репозиторий ГрГМУ

начала заболевания. В анамнезе этих больных имеются указания на злоупотребление алкоголем, у 8 из них алкогольный делирий наблюдался и ранее. Делирий смешанного генеза был у39(31,7%) больных. Лечение острого панкреатита – весьма сложная и трудоёмкая задача. Необходимо чётко знать патогенез клинико-метаболических нарушений всех видов обмена веществ в их взаимосвязи, помнить не только о восстановлении углеводного и липидного обмена, но также проводить коррекцию кислотно-основного состояния, гидроионного баланса и особенно важно скорректировать и поддерживать стабильность аминокислотного обмена, поскольку имеющийся дисбаланс аминокислот сказывается на синтезе инсулина и панкреатических ферментов, снижается иммунитет, развиваются неврологические расстройства. В лечении этих больных широко используется введение прессорных аминов (дофамин) при развитии у них ферментативного перитонита и шока. С другой стороны, острый панкреатит у больных хроническим алкоголизмом, т.е. при уже имеющихся поражениях печени и ЦНС, часто осложняется развитием алкогольного делирия, что на фоне эндотоксикоза утяжеляет течение острого панкреатита. Пациенты с делириозным расстройством сознания лечились в реанимационном отделении с участием хирурга, реаниматолога, психиатра.

Таким образом, делириозный синдром, как правило, развивается у больных острым деструктивным панкреатитом, часто носит смешанный характер, а у больных, страдающих хроническим алкоголизмом, может быть обусловлен не только отменой приема алкоголя, но и скрыто протекающим тяжелым деструктивным процессом в поджелудочной железе, что необходимо учитывать как при диагностике, так и проведении лечения, чтобы то и другое были своевременны.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКИХ ДОЗ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ

Репозиторий ГрГМУ

РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Минец А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – ассистент Л.Д. Кулеш

Глюкокортикоиды (ГК) являются одними из самых эффективных противовоспалительных препаратов при иммуновоспалительных заболеваниях, однако их применение ограничено частотой и выраженностью побочных эффектов, находящихся в прямой зависимости от дозы препарата и длительности применения. В стандартном варианте назначения дозу глюкокортикоидов принято соотносить с физиологическим ритмом их выработки в организме - большая часть суточной дозы назначается в первую половину дня. У больных ревматоидным артритом (РА) обострение суставного синдрома с сильными болями, отечностью и скованностью суставов отмечается по утрам, до приема ГК. Вместе с тем, в литературе имеются сведения о положительном эффекте низких доз ГК (5-7,5 мг преднизолона в сутки), назначаемых в ночное время в расчете на совпадение максимальной концентрации препарата с утренним суставным пиком обострения болей.

Цель исследования. Определить клиническую эффективность низких доз ГК при назначении в позднее вечернее время у больных РА.

Материалы исследования. Было обследовано 17 больных (12 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 32 до 59 лет с суставной формой ревматоидного артрита в стадии обострения I-II степени активности, без висцеральных поражений. Все обследованные больные ранее при обострениях получали 15-20 мг преднизолона в сутки, 2/3 дозы препарата назначалось утром. В нашем исследовании больные получали 5 мг преднизолона перед сном в 24.00 и 2,5 мг преднизолона в 8 часов утра.

Репозиторий ГрГМУ

Результаты исследования. У всех больных был достигнут явный положительный эффект: у 9 человек в течение 2-х суток боли в суставах и утренняя скованность резко уменьшились, исчезла отечность суставов. Если до лечения продолжительность утренней скованности в среднем составляла 75 мин, то после начала позднего вечернего приема ГК продолжительность утренней скованности в среднем составила 35 минут. У 8 больных клинический эффект был достигнут за 5 дней. Клиническая эффективность подтверждалась улучшением лабораторных показателей (СОЭ, ревмопробы). При анализе историй болезни больных, пролеченных низкими дозами ГК, суммарная курсовая доза преднизолона оказалась достоверно ниже ($p < 0,05$), чем доза преднизолона, которую больные получили во время предшествующих госпитализаций.

Выводы. Положительный клинический эффект при лечении больных суставной формой РА низкими дозами ГК был получен за счет изменения времени приема препарата, что позволило уменьшить риск развития осложнений и рекомендовать данную методику для широкого применения в лечении суставного синдрома у больных РА.

95 ЛЕТ ВЫСШЕЙ СЕСТРИНСКОЙ НАГРАДЕ

Мирук Т.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко

Флоренс Найтингейл родилась 12 мая 1820 года во Флоренции. Английская сестра милосердия, инициатор введения прогрессивных методов ухода за больными и ранеными. Во время Крымской войны (1853-1856) наладила полевое обслуживание раненых в английской армии, что привело к сокращению смертности в лазаретах и значительному улучшению медицинского обслуживания в армии. В 1860 г. организовала первую в мире школу медсестер в госпитале

Репозиторий ГрГМУ

Святого Томаса (Лондон) и до 1872 года оставалась экспертом английской армии по вопросам медицинского обслуживания больных и раненых. Она написала много книг и статей о назначении, роли, деятельности и квалифицированной подготовке медицинских сестер. Была награждена английским орденом «За заслуги» (1907). Флоренс Найтингейл скончалась в Лондоне, 30 августа 1910 г.

В 1912 Лига Международного Красного Креста учредила медаль имени Флоренс Найтингейл. Медаль имени Флоренс Найтингейл предназначена для дипломированных медицинских сестер и добровольных санитарок, активных членов, регулярно сотрудничающих с обществами Красного Креста и Красного Полумесяца или с другими организациями, оказывающими медицинскую помощь. Медалью награждаются указанные лица, отличившиеся в военное и мирное время храбростью и исключительной преданностью раненым, больным, калекам или людям, чье здоровье было под угрозой. Медаль может вручаться посмертно, если награждаемая погибла при выполнении своего долга. Решение о награждении принимает Международный комитет Красного Креста по предложениям национальных обществ, направляемых в комитет.

Медаль изготовлена из позолоченного серебра, на лицевой стороне надпись на латинском языке "В память Флоренс Найтингейл. 1820-1910". В центре - изображение женщины со светильником, как символ добра, света, милосердия и надежды. На оборотной стороне медали надпись на латинском языке: "За истинное милосердие и заботу о людях, вызывающие восхищение всего человечества".

Первое награждение состоялось в 1920 г. Награждения осуществляются каждые 2 года. За XX век число награжденных медалью в разных странах составило около1500 человек. В 1961 году Советский Красный Крест впервые выдвинул кандидатуры для награждения медалью Флоренс Найтингейл. Тогда медаль была присуждена двум участницам Великой Отечественной войны: гвардии

Репозиторий ГрГМУ

подполковнику танковых войск, писательнице, Герою Советского Союза, москвичке Ирине Левченко и хирургической сестре из Ленинграда Лидии Савченко. В Беларуси 6, а в России 46 медицинских сестер удостоены этой награды.

Медаль имени Флоренс Найтингейл до сих пор является самой почетной и высшей наградой для сестер милосердия во всем мире.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИМЕСИЛА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Михалевич Е. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – ассистент Е. А. Балла

Ревматоидный артрит (РА) является наиболее инвалидизирующей болезнью. В последние годы для его лечения используется множество новых противовоспалительных препаратов. Упорное хроническое течение РА требует длительного применения НПВП, что сопряжено с высоким риском возникновения побочных эффектов. Наибольшее значение имеют повреждения слизистой оболочки пищеварительного тракта (Бунчук Н.В.,1994).Особый интерес представляет селективный ингибитор циклооксигеназы и ее изоферментов (ЦОГ-2) нимесила (производство «Berlin Chemie»,Германия), оказывающего выраженное противовоспалительное и обезболивающее действие (Rabaseda X.,1996,Vane J.R.,Botting R.M.,1996).

Цель исследования - изучение эффективности нимесила у больных РА.

В исследование включены 17 пациентов с РА в возрасте 52,6-4,8 года,12 женщин и 5 мужчин с длительностью заболевания 4,2±1,3 года. Серопозитивный вариант РА был у 9 больных, серонегативный - у 8; II степень активности-12; III степень активности-5 больных;

II рентгенологическая стадия - у 13 больных; III рентгенологическая

Репозиторий ГрГМУ

стадия - у 4 больных. Активность воспалительного процесса оценивалась на основании данных лабораторных исследований: СОЭ, с- реактивный белок,α2-глобулины,%.В качестве базисной терапии больные получали метотрексат в дозе 7,5 мг в неделю и хлорохин в дозе 0,25 мг в сутки. Нимесил назначался больным в дозе 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Динамика клинических показателей под влиянием лечения у больных РА II степени активности (n=12)

Показатель	До лечения	После лечения
Длительность утренней скованности, мин	92,73 ±18,45	48,32±17,5 p<0,05
Оценка выраженности доли по 10-сантиметровой визуальной шкале	8,8±0,3	5,4±0,6 p<0,05

Анализ результатов лечения свидетельствует о выраженном обезболивающем и противовоспалительном действии нимесила. Применение нимесила ведет к уменьшению утренней скованности и выраженности болевого синдрома.

Литература:

1. Бунчук Н.В.(1994) Нестероидные противовоспалительные препараты в лечении ревматоидного артрита. Клин. фармакотерапия,3:42-45.

2. Rabaseda X. (1996) Nimesulide aselektive cyclooxyhenaze-2 inhibitor antiinflamatory drug. Drugs Today, 32 (Suppl. D) : 3-7

3. Vane J.R. (1995) INSAIDs, Cox-2 inhibitors, and the gut. Lancet, 346 (8982) : 1105-1106

4. Vane J.R, Botting R.M. (1996) Introduction: mechanism of action of inflammatory drugs. In: Proseedings of satellite symposium of EULAR 96, October 1996. Madrid, p. 3-5.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ

Репозиторий ГрГМУ

БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Михеев К.А., Орловец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель - к.м.н., доцент В.И. Скавронский

В последние годы учеными многих стран уделяется большое внимание состоянию автономной, или вегетативной, нервной системы (НС), которая оказывает существенное влияние на возникновение, течение и исход многих заболеваний. В отношении бронхиальной астмы (БА) это влияние особенно выражено, поэтому изучение состояния автономной НС у больных представляет большой практический интерес.

Целью проведенного исследования явилось изучение состояния симпатического и парасимпатического отделов автономной НС у больных БА в сравнении с их состоянием у здоровых лиц.

С помощью Холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ было обследовано 20 больных БА и 29 практически здоровых людей. Обследованные лица были сопоставимы по полу, возрасту и условиям проведения исследования. У больных и здоровых лиц был исключен прием медикаментов и других средств, могущих оказать влияние на состояние вегетативной НС и на частоту сердечных сокращений. Если больному приходилось пользоваться симпатомиметиками или холиноблокаторами для купирования приступов БА, то такой больной из исследования исключался. ХМ ЭКГ проводилось в условиях обычной повседневной жизни обследованных. Изучение состояния автономной НС проводилось по методике, предложенной А.Г. Баевским (1984) и основанной на спектральном анализе вариабельности сердечного ритма. В спектральном анализе мощностей выделяются высокочастотный (<0,15 Гц) – HF (обусловлен, в основном, активностью парасимпатического отдела вегетативной НС) и низкочастотный (>0,15

Репозиторий ГрГМУ

Гц) – LF (обусловлен, в основном, активностью симпатического отдела вегетативной НС) компоненты. Отношение LF/HF позволяет судить о преобладании того или иного отдела вегетативной НС.

При изучении состояния автономной НС у практически здоровых лиц нами были получены средние показатели высоко- и низкочастотного компонентов вариабельности сердечного ритма, которые соответствовали приводимым в мировой литературе значениям нормы у здоровых лиц. Полученные значения были приняты нами за норму: LF=6,86±0,05 логарифмических единиц; HF=5,51±0,04 логарифмических единиц; коэффициент соотношения LF/HF=1,24±0,02. Значение коэффициента соотношения LF/HF позволило нам выделить следующие типы обследованных пациентов: 1) симпатотоники – лица с преобладанием активности симпатической НС (LF/HF>1,26); 2) парасимпатотоники – лица с преобладанием активности парасимпатической НС (LF/HF<1,24); 3) нормотоники – лица с нормальным соотношением активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной НС (LF/HF=1,24 – 1,26). Здоровые лица по коэффициенту соотношения LF/HF распределились следующим образом: симпатотоники – 9 человек, парасимпатотоники – 8, нормотоники – 12. Больные БА по этому критерию распределились так: симпатотоники – 13 больных, парасимпатотоники – 7. Больных БА с нормальным коэффициентом соотношения LF/HF в нашем исследовании не оказалось.

В ходе проведенных исследований нами установлено, что у больных бронхиальной астмой отмечается дисбаланс тонуса отделов автономной нервной системы. Этот дисбаланс тонуса заключается в более высокой активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы по сравнению со здоровыми. Не было равномерного распределения уровня активности отделов автономной нервной системы по часам суток ни у здоровых, ни у больных бронхиальной астмой.

Репозиторий ГрГМУ

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

Михеев К. А., Штык С. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель - д.м.н., профессор О.Г.Хоров

Отосклероз – одно из заболеваний, относящихся к хроническим негнойным заболеваниям ЛОР-органов, при котором поражается костная капсула лабиринта, что приводит к нарушению звукопроведения в среднем ухе, а также к поражению внутреннего уха. Заболевание приводит к глубокой тугоухости и инвалидизации людей. Лечение пациентов осуществляется с помощью микрохирургической операции на структурах стремени.

Цель работы. Оценить результаты хирургического лечения больных отосклерозом. Материал исследования составили больные отосклерозом, а именно, истории болезни 40 пациентов, которым в ЛОР-клинике ГрГМУ в период с 2002 по 2006 год выполнялась стапедопластика при отосклерозе.

Для исследования пациентов применялись клинические, специальные оториноларингологические, аудиометрические методики, включая тональную аудиометрию, тимпанометрию, исследование стапедиального рефлекса, пробу с костным телефоном. Операция выполнялась путём внутриушного доступа под операционным микроскопом микрохирургической техникой. Использовалась реконструкция стремени с помощью тефлонового протеза в виде кольца с ножкой, которая помещалась в отверстие основания стремени. Оценивались результаты лечения не менее, чем через 1 месяц после операции.

Нами установлено, что среди 40 исследованных больных женщин было 33 (82.5%), мужчин-7 (17.5%). Средний возраст женщин составил 40 лет, мужчин - 42 года. Городских жителей было 83%, из сельской

Репозиторий ГрГМУ

местности-17%. Наиболее часто встречались профессии воспитателя, медсестры, учителя. Среди женщин только около 13% больных четко связывают начало заболевания с беременностью и родами. При исследовании было выявлено 2% больных с симптомом Paracusis Vilisii. Больные также были распределены по формам заболевания: тимпанальная форма – 40%, кохлеарная форма- 2.5%, смешанная – 57.5 %.

Всем больным до операции проводилось консервативное лечение: продувание ушей, с целью воздействия на обмен в костной ткани назначали внутрь препараты кальция, фосфора, брома, фтористый натрий по 20 мг 2 раза в день во время еды в течение 1—2 лет, витамины группы В, А, Е. Из физиотерапевтических мероприятий применяли электрофорез с кальцием или йодом, дарсонвализацию. В 100% случаев консервативное лечение не дало улучшения. Поэтому всем больным произведена стапедопластика на хуже слышащем ухе.

В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Длительность вестибулярной реакции была различной, но максимальный срок составлял не более 7 суток. При выписке из стационара не было найдено объективных симптомов поражения вестибулярного аппарата. У 30% пациентов, имевших ушной шум, последний исчез или стал значительно меньше и перестал доминировать в виде жалоб у 28 %. При оценке функциональных результатов установлено: стойкое улучшение слуха наблюдалось у 38 (95%) больных, слух остался без изменения у 2 (5%) оперированных больных. У 1 пациента операция выполнялась с целью реоперации для устранения вестибулярной дисфункции. У одной пациентки через 3 месяца после операции развился лабиринтит вследствие острого среднего отита, после чего наступила потеря слуха. Ухудшения слуха у пациентов не было.

Таким образом, стапедопластика является эффективным методом лечения отосклероза, позволяющим получить у большинства

Репозиторий ГрГМУ

пациентов положительный функциональный результат.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ (ЖКБ) ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Могилевец Э.В., Мороз В.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Многими авторами показано, что еще до операции в иммунной системе больных ЖКБ имеются существенные нарушения. Изучение процессов, происходящих в зоне оперативного вмешательства, наряду с исследованием параметров общего иммунитета, позволит полнее раскрыть механизмы функционирования, своевременно выявлять возможные нарушения и проводить их коррекцию.

Целью работы явилось определение характеристик общего и местного иммунитета у больных ЖКБ на фоне оперативного лечения.

Под наблюдением находилось 60 пациентов после лапароскопической холецистэктомии в возрасте от 23 до 74 лет. Средний возраст составил 51,4±1,51 года. Мужчин было 8 (13%), женщин - 52 (87%). Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 45 (75%), острый – у 15 (25%). В крови перед операцией, а также на первые сутки после нее, проводилось иммунофенотипирование лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD25, CD95), измеряли гемолитическую активность комплемента и уровни циркулирующих иммунных комплексов, а также изучали функциональную активность нейтрофилов. В жидкости, полученной по дренажу из подпеченочного пространства, через 12-24 часа после операции определяли те же показатели, что и в крови. Продолжительность лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в среднем составила 76,6±4,74 мин.

В крови после операции отмечается повышение содержания

Репозиторий ГрГМУ

нейтрофилов на 80,88% и абсолютного количества лимфоцитов на 40%, а также снижение процентного содержания и абсолютного количества СД3-лимфоцитов наряду с тенденцией к снижению процентного содержания лимфоцитов на фоне низких значений до операции. Непосредственно в зоне оперативного вмешательства были исследованы показатели клеточного звена иммунитета в жидкости, полученной по дренажу из подпеченочного пространства через 12-24 часа после операции. Содержание нейтрофилов составило 75,6±3,50% (5,62±2,269 $x10^9$/л), лимфоцитов – 10,8±1,32% (0,550±0,1548 $x10^9$/л), СД3-лимфоцитов – 44,5±2,79% (0,289±0,0962 $x10^9$/л), СД4-лимфоцитов – 36,6±2,55% (0,318±0,0884 $x10^9$/л), СД8-лимфоцитов – 34,7±2,44% (0,254±0,0833 $x10^9$/л), СД4/СД8 – 1,24±0,054, СД19-лимфоцитов – 26,4 ±2,03% (0,245±0,0884 $x10^9$/л), СД16-лимфоцитов – 38,2±2,87% (0,267 ±0,0728 $x10^9$/л), СД25-лимфоцитов – 20,3±2,46% (0,215±0,0999 $x10^9$/л), СД95-лимфоцитов – 49,2±3,85% (0,288±0,1021 $x10^9$/л). Тестирование функциональной активности нейтрофилов выявило значение фагоцитарного числа от 34 до 73 (57,25±2,364), фагоцитарного индекса от 4,2 до 8,8 (6,27±0,309). Уровень ЦИК и общая активность комплемента в крови до и после операции существенно не изменились. Уровень ЦИК в зоне оперативного вмешательства составил 15,4±3,84 ед, общая активность комплемента 1,44±0,1. При сравнении показателей крови и жидкости выявлены статистически значимые различия, а именно: снижение ЦИК в 1,2раза ($p=0,0444$) и комплемента в 2 раза ($p=0,0004$), что может свидетельствовать о возможности элиминации антигена за счет эффекторных факторов.

Таким образом, у пациентов с ЖКБ до оперативного вмешательства имеются существенные нарушения функционирования Т-клеточного звена иммунитета, которые усиливаются после операции. В зоне оперативного вмешательства наблюдается экспрессия антигенов субпопуляций лимфоцитов (CD3, CD4, CD8, CD19, CD16) и отмечается их миграция в очаг воспаления наряду с повышением

Репозиторий ГрГМУ

содержания лимфоцитов с рецептором к апоптозу и снижением иммунорегуляторного индекса. Изучение показателей местного иммунитета в биологических средах, максимально приближенных к очагу воспаления, является высокоинформативным и чувствительным методом и может использоваться для оценки течения послеоперационного процесса.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Могилевец Э.В., Матусевич О.В., Борисовец А.О., Гриневич Д.А., Высоцкий А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Интраоперационный гемо- и билиостаз является актуальной проблемой малоинвазивной хирургии, оптимальное решение которой позволяет в значительной мере сократить число конверсий и ранних послеоперационных интраабдоминальных осложнений. В большинстве случаев для выделения желчного пузыря и обработки его ложа на печени во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) используют монополярную коагуляцию-дессикацию. К положительным качествам методики относятся простота использования, высокая скорость рассечения тканей и достаточная надежность гемостаза. При этом температура коагулируемых тканей повышается выше критического уровня. В результате наступает деструкция ткани печени в области ложа, возможны несанкционированные ожоги, в среде углекислого газа образуются токсичные продукты коагуляции.

Цель исследования - изучить активность аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), уровни общего белка и общего билирубина в сыворотке крови и отделяемом из

Репозиторий ГрГМУ

подпеченочного пространства, оценить их информативность для оценки повреждения и функции печени у пациентов при лапароскопической холецистэктомии.

Под наблюдением находилось 47 пациентов после лапароскопической холецистэктомии в возрасте от 27 до 74 лет. Средний возраст составил 52,2±1,61 года. Мужчин было 7 (15%), женщин - 40 (85%). Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 34 (72%), острый – у 13 (28%). Средняя длительность заболевания желчнокаменной болезнью составила 3,52±0,66 лет. У 8 (17%) пациентов заболевание было выявлено впервые, у 28 (60%) длительность заболевания до операции составила ≤5 лет, у 7 (15%) – от 6 до 10 лет, у 4 (8%) - > 10 лет. Всем пациентам выполнялась лапароскопическая холецистэктомия под эндотрахеальным наркозом. В подпеченочное пространство устанавливался тонкий дренаж. Продолжительность лапароскопической холецистэктомии в среднем составила 70,6±4,18 мин (при хроническом калькулезном холецистите 62,1±4,37 мин, при остром – 80±5,43). В 6 случаях во время лапароскопической холецистэктомии отмечены технические трудности. Дополнительный гемостаз ложа с помощью монополярной коагуляции понадобился в 7 (14%) случаях. Пациентам перед операцией, а также на 1-е сутки после операции в венозной крови и в отделяемом из подпеченочного пространства, полученном по дренажу через 24 часа после операции, исследовались активность АлАТ, АсАТ, ЩФ, ЛДГ, уровни общего белка и общего билирубина. После операции отмечено статистически значимое повышение активностей АлАТ (на 71%), АсАТ (на 69%), ЩФ (на 48%) и уровня билирубина (на 23%). Однако сравнение этих показателей в группах с техническими трудностями при операции и без технических трудностей не выявило статистически значимых различий. В связи с этим были изучены те же показатели в отделяемом из подпеченочного пространства после лапароскопической холецистэктомии. Отмечается значительное превышение в сравнении с

Репозиторий ГрГМУ

референтными значениями для сыворотки крови активностей АлАТ, АсАТ, ЛДГ, ЩФ и снижение уровня общего белка. В группах с техническими трудностями при ЛХЭ и без технических трудностей отмечено статистически значимое различие активности АлАТ ($p<0,01$) в отделяемом.

Таким образом, превышение в перитонеальном отделяемом активностей АлАТ более 59,38 Ед/л, АсАТ более 195,1 Ед/л, ЩФ более 80,7 Ед/л после оперативных вмешательств на гепатобилиарной системе указывает на выраженное изменение функции печени и может служить индикатором травматичности операции. Параллельное изучение активности АсАТ, АлАТ, ЩФ, ЛДГ, уровня билирубина и общего белка в сыворотке крови и отделяемом из подпеченочного пространства высоко информативно для оценки повреждения и функции печени при стандартных и модифицированных оперативных вмешательствах на гепатобилиарной системе.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Могилевец Э.В., Дубровская Е.В., Ранжева О.А., Шишулина Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) занимает лидирующие позиции среди методов лечения желчнокаменной болезни. Отличаясь целым рядом преимуществ по сравнению с традиционной холецистэктомией, данный вид оперативного вмешательства имеет и свои специфические осложнения, что отмечается в публикациях ряда авторов.

Целью работы явилось изучение и обобщение опыта выполнения ЛХЭ в клинике общей хирургии Гродненского государственного медицинского университета. Проанализированы результаты 1337 ЛХЭ, выполненных за 7-летний период. Пациентам в предоперационном периоде производилось комплексное общеклиническое обследование,

Репозиторий ГрГМУ

обязательно включавшее в себя ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ФГДС, обследование на маркеры гепатитов. По показаниям производилась рентгеноскопия желудка, компьютерная или магнитно-резонансная томография гепатобилиарной системы, консультации специалистов для выявления сопутствующей патологии.

Показанием к операции служила желчнокаменная болезнь. По поводу острого холецистита было прооперировано 315 (23,56%) пациентов, по поводу хронического – 1022 (76,44%). Средний возраст больных – 47,8±0,37 лет. Женщины составили 92,3% (1234), мужчины 7,7% (103). Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения возникли у 27 (2,02%) больных. Конверсии были выполнены в 44 (3,29%) случаях. Трудности в выделении желчного пузыря из-за выраженного спаечного процесса, наличия инфильтрата в области гепатодуоденальной связки, глубокого расположения желчного пузыря послужили показаниями для конверсии у 26 (59,09%) пациентов, поиски потерянных камней – у 3 (6,82%), интраоперационная травма холедоха – у 7 (15,91%), нагноившаяся киста печени – у 1 (2,27%), стриктура холедоха – у 1 (2,27%), аномальное расположение a. cystica – у 1 (2,27%), выраженное кровотечение из a. cystica – у 2 (4,54%), кровотечение из ложа желчного пузыря, которое не удалось остановить с помощью коагуляции – у 2 (4,54%), травма стенки 12-перстной кишки – у 1 (2,27%). В раннем послеоперационном периоде чаще всего в числе осложнений отмечалось: длительное желчеистечение – 8 больных (у 5 пациентов прекратилось самостоятельно), кровотечение – 3, ТЭЛА мелких ветвей – 2, инфильтрат подпеченочного пространства – 2, и по 1 случаю – желчный перитонит из-за недостаточности культи d. cysticus, тромбофлебит подключичной вены и гематома послеоперационной раны в области мечевидного отростка. В послеоперационном периоде у 3 больных была произведена релапароскопия по поводу желчеистечения из культи протока желчного пузыря (1), кровотечения из a. cystica (1) и желчного перитонита из-за

Репозиторий ГрГМУ

недостаточности культи d. cysticus (1). Эти же причины явились показанием для проведения в 3 случаях (кровотечение – 1, желчеистечение – 2) в раннем послеоперационном периоде лапаротомий.

Изучение причин интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений ЛХЭ позволяет устранять факторы, способствующие их развитию. Прецизионная техника выполнения операции в условиях достаточной оснащенности, тщательное комплексное предоперационное обследование с прогнозированием сложности оперативного вмешательства позволят улучшить непосредственные результаты ЛХЭ.

СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ У РАБОТАЮЩИХ В КОНТАКТЕ С АРОМАТИЧЕСКИМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ

Могилевец О.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

На состояние здоровья большое влияние оказывает состояние окружающей среды. В химической промышленности широко используются ароматические углеводороды. В частности, на предприятиях химической промышленности широко используется динил. Динил - смесь ароматических углеводородов дифенила и дифенилоксида (26,5:73,5), ПДК = (),()] мг/м^3. Между тем, известно негативное влияние динила на состояние здоровья. Развиваются нарушения со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта под влиянием паров динила. Однако конкретный механизм действия динила на определенные звенья обмена веществ практически не изучен. Для получения информации об общей направленности метаболических процессов целесообразно использование анализа пула свободных аминокислот в качестве интегрального показателя обмена веществ, охватывающего

Репозиторий ГрГМУ

практически все метаболические пути, но особенно характеризующего обмен белков, пептидов и других соединений, субстратом которых являются аминокислоты. Аминокислоты служат важнейшими регулирующими факторами процессов биосинтеза белка и высокоактивных биологических субстанций (медиаторы, гормоны), определяют активность основных метаболических потоков и, в целом, функциональное состояние органов и систем.

Целью исследования явился анализ изменения концентрации свободных аминокислот плазмы крови у работающих на химическом предприятии в зависимости от стажа работы во вредных условиях.

Нами было обследовано 58 работающих на ОАО «Гродно-Химволокно» в цехах, где в технологическом процессе производства используется динил. Мужчин было 38 (65,5%), женщин - 20 (34,5%). Средний возраст составил 41,9±1,09 лет, средний стаж работы в данных условиях 15,2±1 лет. У всех проводилось исследование содержания свободных аминокислот плазмы крови. Для выявления возможной зависимости характеристик аминокислотного пула плазмы крови от стажа работы все рабочие были разбиты на 3 группы: 1 группа -стаж работы до 10 лет (18 человек (31%)), 2 группа - 11 -20 лет (26 человек (45%)), 3 группа - более 20 лет (14 человек (24%)). Анализ содержания свободных аминокислот в плазме крови показал, что при стаже работы до 10 лет и более 20 лет более высокая концентрация цистеиновой кислоты, метилгистидина, бетааланина, валина, изолейцина, фенилаланина, лейцина, пролина по сравнению с группой, где стаж работы 11-20 лет; меньшее содержание при стаже работы более 20 лет α-аминомасляной кислоты.

Таким образом, содержание отдельных аминокислот в плазме крови изменяется в зависимости от стажа работы в условиях контакта с динилом: более высокое - при стаже до 10 и более 20 лет и меньшее – при стаже работы 11-20 лет (для цистеиновой кислоты, метилгистидина, бета-аланина, валина, изолейцина, фенилаланина,

Репозиторий ГрГМУ

лейцина, пролина); меньшее содержание при стаже работы более 20 лет α-аминомасляной кислоты. Вероятно, это объясняется адаптацией организма к окружающим условиям, появлением «компенсаторной реакции» организма и срыве ее при продолжении работы во вредных условиях.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ ПЛАЗМЫ КРОВИ У РАБОТАЮЩИХ В КОНТАКТЕ С АРОМАТИЧЕСКИМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ

Могилевец О.Н., Овчинников А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Интенсивное развитие промышленности приводит к возрастанию роли химических соединений в развитии общей заболеваемости. Благодаря ряду преимуществ перед другими теплоносителями, широкое применение в промышленности получил динил. Действию динила на организм человека посвящено мало исследований.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей формирования пула свободных аминокислот плазмы крови работников химического предприятия по сравнению с лицами, не имеющими контакт с ароматическими углеводородами или другими вредными факторами.

Было обследовано 58 человек, работающих на ОАО «Гродно-Химволокно». В технологическом процессе производства на этом предприятии в качестве теплоносителя используется динил. Мужчин было 38 (65,5%), женщин - 20 (34,5%). Средний возраст составил 41,9 ±1,09 лет, средний стаж работы в данных условиях - 15,2±1 лет. Контрольную группу составили 29 работников того же предприятия без контакта с химическими веществами, сопоставимых по возрасту (46,8 ±1,1 лет) и стажу работы (18,5±1,5 лет). Всем проводилось исследование состава свободных аминокислот плазмы, Пул свободных

Репозиторий ГрГМУ

аминокислот составил 6381 ±234,4 мкмоль/л в основной группе и 4405 ±223,4 мкмоль/л в контрольной (p< 0,0001). В основной группе по сравнению с контрольной достоверно выше содержание в плазме аспарагиновой кислоты (107,8±4,89 и 77,8±4,52; p=0,0002), глутаминовой кислоты (904±41,8 и 617,3±31,79; p=0,00002), аспарагина (85,3±3,4 и 67.1±3,06; p-0,0009), серина (309,5±10,77 и 259,8±14,69; p=0,0084), глутамина (214,3±11,11 и 113,3+16,9; p-0,00002), треонина (258,2±10,2 и 208,7±14,5; p=0,0064), метилгистидина (9,02±0,68 и 3,68±0,35; p=0,0001), аргинина (168,9+7,78 и 135,4+9,44; p=0,0109), бета-аланина (11,05±0,72 и 5,4±0,42; p=0,00001), аланина (890,1±40,34 и 705,2±47,09; p=0,0064), тирозина (125,4±4,77 и 105,2±10,26; p=0,0451), валина (556,9±24,2 и 412,1±27,23; p=0,0004), цистатионина (26,3±2,27 и 15,6±1,7; p=0,0025), фенилаланина (151,1±7,03 и 115,7 ±8,36; p=0,003), изолейцина (137,4±4,66 и 101,2±4,58; p=0,00004), лейцина (273,1±11,31 и 200,9±13,35; p=0,0002), гидроксипролина (53,9 ±5,2 и 24,7±2,79; p=0.0002), орнитина (294.,3±23,12 и 74,6+6,59; p< 0,0001), лизина (530,6±33,3 и 115,2±13,29; p< 0,0001), пролина (68,2 ±4,58 и 39,1±4,78; p=0,0002) и меньше содержание цистеиновой кислоты (0,693±0,047 и 0,919±ОД04), фосфоэтаноламина (0,64±0,051 и 1,123±0,182; p=0,0014), аминомасляной кислоты (42,651±2,323 и 63,489 +3,953; p-0,00006), цистина (19,890±0,788 и 34,014+2,004; p<0,000001). Отношение суммарных концентраций заменимых аминокислот к незаменимым в основной и контрольной группах составило 1,7±0,04 и 2,1±0,04 соответственно (p< 0,0001), соотношение аминокислот с разветвленной углеводородной цепью к ароматическим аминокислотам 3,01±0,04 и 2,73±0,05 (p< 0,0001), отношение фенилаланин/тирозин статистически не отличалось (1,21 ±0,03 и 1,15 ±0,04).

Таким образом, у работающих в контакте с ароматическими углеводородами имеется аминокислотный дисбаланс, характеризующийся повышением содержания аспарагиновой кислоты,

Репозиторий ГрГМУ

глутаминовой кислоты, аспарагина, серина, глутамина, треонина, метилгистидина, аргинина, бета-аланина, аланина, тирозина, валина, цистатионина, фенилаланина, изолейцина, лейцина, гидроксипролина, орнитина, лизина, пролина и снижением содержания цистеиновой кислоты, фосфоэтаноламина, аминомасляной кислоты, цистина. Кроме того, у этих лиц ниже соотношение заменимых аминокислот к незаменимым и выше соотношение аминокислот с разветвленной углеводородной цепью к ароматическим аминокислотам.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ХРОНИКИ ДРЕВНЕЙ СЛУЧЧИНЫ

Налетова Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., доцент Н.П.Стасевич

В центральной части Беларуси в ста километрах к югу от Минска расположен один из древнейших славянских городов – Слуцк. Первое упоминание о Слуцке встречается в древнерусской летописи «Повести временных лет» 1116 года. По свидетельству киево-печерского архимандрита Иосифа Тризны, Киевский князь Владимир передал основанной им в 1005 г. туровской епархии в числе других городов – Слуцк. Древний город возник как военный и экономический центр округи на правом берегу Случи. Обосновали его на месте, удобном для обороны от врага и для торговли, на возвышении при впадении реки Бычок в реку Случь.

В XII веке Слуцк часто упоминается в летописях при описании княжеских междоусобиц и военных походов, переделов феодальных владений. В 1149 году Юрий Долгорукий передал Слуцк черниговскому князю Святополку Олеговичу, и в 1160 году – Слуцк – столица удельного княжества. Князем здесь стал внук Владимира Мономаха – Владимир Мстиславич. Княжили здесь и потомки туровского князя Юрия Ярославича. Эта Слуцкая династия князей Рюриковичей правила

Репозиторий ГрГМУ

здесь двести лет, до конца XIV в. В 1387 г. в грамоте упоминается князь Юрий, последний из этого рода.

В 20-30 гг. XIV ст. Слуцкое княжество вошло в состав Великого Княжества Литовского и Слуцк становится одним из политических центров ВКЛ. В грамоте 1441 года в числе 15-ти наиболее крупных городов ВКЛ Слуцк занимал одно из первых мест. Он был третьим городом (после Бреста и Гродно), получившим самоуправление по Магдебургскому праву.

В 1410 году Слуцкое ополчение участвовало в Грюнвальдской битве под гербом «погоня».

Со временем этот герб стал гербом Слуцкого княжества.

До нач. XVIII в. Слуцким княжеством владели Олельковичи, потомки Владимира Ольгертовича, а в 1612 г. оно перешло во владение рода Радзивиллов, самого богатого рода в Литве и Белоруссии.

В 30-50-ых годах XVII века Слуцк был превращен в первоклассную крепость, а 24 марта 1653 года город получил герб (старинный герб Слуцкого княжества).

В 1700 г. случчане подверглись новому испытанию – Северной войне. Лишь в 1708 г. русские войска оставили Слуцк.

В середине XVIII века Слуцк вновь переходит в руки Радзивиллов. 22 мая 1744 г. заключен договор, по которому Радзилл становится владельцем Слуцка, Копыля, Слуцкого княжества и других обширных владений. Случчина пережила период борьбы конфедераций. Слуцкая конфедерация была принята под протекцию Екатерины II. Слуцк стал религиозным центром православия в Беларуси, правобережной Украине, Литве и Польше. В 1785 г. в городе расположилась резиденция главы православной церкви в Речи Посполитой с подчинением послу в Варшаве. В том же году в Слуцке была открыта духовная семинария.

К концу XVIII века Слуцк потерял былое экономическое значение

Репозиторий ГрГМУ

из-за разорения в период борьбы конфедераций. В городе насчитывалось всего 833 дома, а население составляло 5-5,5 тысячи человек.

В ноябре 1791 г. Слуцкое княжество, административно-территориальная единица, просуществовавшее несколько столетий, постановлением сейма было ликвидировано в связи с общими реформами государственного строя в Речи Посполитой. Слуцк стал центром Случорецкого повета Новогрудского воеводства.

АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ, УМЕРШИХ В 2005 ГОДУ

Настаева Н.А., Салмин Р.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – к.м.н. А.В.Каравай

Колоректальный рак является одной из наиболее частых причин смерти от рака. Так, в США ежегодно умирают 55 000 больных от рака ободочной и прямой кишки. Смертность среди американцев при этой локализации рака занимает в наши дни второе место, уступая только смертности от рака легкого. В структуре смертности от злокачественных новообразований в России за 1997 г. рак ободочной кишки занял четвертое место (6%). При этом среди причин смерти у мужчин эта патология занимает пятое место (4,4%), среди женщин – четвертое (8%) [1, 2].

Цель работы. Анализ больных злокачественными новообразованиями прямой кишки, умерших в 2005 году.

Объектом исследования явились больные злокачественными новообразованиями прямой кишки (всего 99 человек), проходившие лечение в онкологических отделениях УОЗ «ГОКБ» и умерших от различных причин в 2005 году. Средний возраст пациентов в исследуемой категории больных на момент установления диагноза

Репозиторий ГрГМУ

составил 66,11 года. Среди больных преобладали сельские жители. У пяти больных на момент выявления рака прямой кишки имелись другие злокачественные новообразования. Гистологически опухоли были в большинстве случаев представлены аденокарциномой, наиболее часто умеренно-дифференцированной. Наиболее часто опухоль локализовалась в нижне/средне-ампулярном отделе прямой кишки (81,35%).

Как показал анализ медицинской документации, на момент установки диагноза рака больные по стадиям распределились следующим образом: I стадия составила 15,96%, II – 52,00%, III – 15,10%, IV – 16,94%. Специальное лечение, в силу выраженной сопутствующей патологии или отказа пациента, не проводилось у 5 больных. В 32,10% специальное лечение начинали с курсов лучевой терапии, причем у 72,7% по радикальной программе. Радикальные операции выполнены у 42 пациентов (41,37%), в группе больных после проведения курсов лучевой терапии лишь у 13 (13,55%). В среднем во время операции удалялось 10,75 лимфоузлов, из которых 26,04% были метастатически изменены. Послеоперационная лучевая терапия проведена у 18,18% больных. Кроме того, 25 пациентам проводилась химиотерапия, в среднем 5 курсов. В среднем через 20,44 месяца после установления диагноза у 18,62% больных был выявлен рецидив заболевания.

Средняя продолжительность жизни больных злокачественными новообразованиями прямой кишки в исследуемой группе составила 64,24 месяца, причем при I стадии 190,56 мес., при II, III и IV — 32,03 мес., 23,06 мес. и 11,30 мес. соответственно. Причиной летального исхода в большинстве случаев служила генерализация опухолевого процесса, в 22,00% случаях причиной смерти явилась не онкологическая патология.

Литература:

1. Волков Д.П. Риск колоректального рака у больных с патологией

Репозиторий ГрГМУ

органов желудочно-кишечного тракта//Вопр. онкол.–1991.–№ 1.– С. 3–10.

2. Злокачественные новообразования в России в 1997 году (заболеваемость и смертность) //Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Л.В. Ременник. М. – 1999. – 288 с.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ЖИВОТА И ГРУДИ

Настаева Н.А., Васильчук О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - доцент Н.Д.Маслакова

В связи с бурным развитием урбанизации, автоматизации во многих странах мира отмечается тенденция к увеличению травматизма.

В структуре травматизма мирного времени закрытые травмы живота составляют от 1,5% до 4%. По данным литературы в 99% случаев торакоабдоминальные повреждения (Т.П.) являются следствием проникающих ранений груди и живота и в 10% случаев - закрытых травм. Среди общего числа больных с проникающими ранениями Т.П. составляют 10-15%.В результате применения колющего оружия повреждения возникают в 90% и в 10% - огнестрельного. В 70% случаев ранения бывают левосторонними, в 28% - правосторонними, в 2% - двусторонними. Для закрытой травмы живота характерны три основных симптома: абдоминальный шок, кровотечение и перитонит, которые могут быть выражены в различной степени и дают сложный комплекс непостоянных симптомов, что требует от хирурга большой настороженности при оценке состояния больного. Эти травмы могут быть получены в результате ДТП, падений с высоты, тупого удара в живот, бытовой травмы. Создаются большие диагностические трудности, когда пациент с травмой находится в алкогольном опьянении или бессознательном состоянии на почве ЧМТ.

Репозиторий ГрГМУ

Настоящее исследование проведено по результатам лечения больных с травмами ОГК и ОБП в течение 5 лет на базе работы хирургического отделения Ж/Д больницы г.Гродно. С 2001 по 2006 годы в хирургическом стационаре Ж/Д больницы г.Гродно лечилось 103 человека с травмами ОГК и ОБП.

Среди больных преобладали мужчины(82 человека) в возрасте от 16 до 78 лет. Средний возраст составил 37,2 года. В первые 6 часов с момента ранения поступили 97 человек (94%), от 7 до 24 часов - 3 человека (3%), свыше 24 часов - 3 человека (3%). Причиной травм ОГК и ОБП являлись: ножевые ранения - 73 (70,9%), тупая травма – 24 (23,3%), рваные раны – 4 (3,9%), огнестрельные ранения – 4 (3,9%).

15% больных было доставлено в стационар в состоянии алкогольного опьянения. При обследовании ранения живота выявлены в 61 случае (59,2%), груди - в 30 случаях (29,1%), конечностей — в 7 случаях (6,8%), спины — в 4 случаях (4%), промежности — в 1 случае (0,9%). Имели место следующие повреждения: печени - 9, селезёнки - 7, желудка - 2, почек - 2, тонкой кишки - 10, толстой кишки - 6, большого сальника - 4, диафрагмы - 1, лёгкого - 2, забрюшинный разрыв 12ПК - 3, разрыв поджелудочной железы - 2, разрыв париетальной брюшины - 1.

В результате травм развились следующие осложнения: перитонит - 9, гемоперитонеум - 23, гемоторакс -4, пневмоторакс- 3, забрюшинная гематома -4.

Диагностика повреждений внутренних органов заключалась в выполнении обзорной рентгенографии ОГК и ОБП, УЗИ. Лапароскопия имела решающее значение для диагностики повреждений ОБП и определения лечебной тактики. Вид и объём хирургического вмешательства: ушивание раны лёгкого - 3, дренирование плевральной полости по Бюлау - 19, ушивание ран печени - 9, почек - 1, диафрагмы - 1, брюшины - 1, тонкой кишки - 8, толстой кишки - 4, большого сальника - 2, желудка - 2, 12ПК - 3, наложение илеостомы - 1, сигмостомы - 1, спленэктомия - 8, нефрэктомия - 1, холецистэктомия - 1. Летальность

Репозиторий ГрГМУ

составила 0,97% (1 больной). Это пациент с тяжёлыми повреждениями ОБП (печени, желудка, 12ПК, аорты) полученными в результате проникающего огнестрельного ранения.

Выводы. Повреждения ОГК и ОБП в большинстве случаев получены в результате ножевых ранений; диагностика повреждений должна быть комплексной (УЗИ, обзорная рентгенография ОГК и ОБП). Лапароскопия не должна быть единственным методом выявления повреждений внутренних органов и должна конкурировать с менее травматичными манипуляциями (УЗИ, лапароцентез с шарящим катетером, торакоскопия, рентгенография).

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН – АКТУАЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА

Настаева Н.А., Белая И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

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

Недержание мочи при напряжении (НМпН) отмечается у 30% женщин в возрасте 50 лет и старше. Все это делает НМпН актуальной медицинской и социальной проблемой.

Цель исследования. Представить социальные и медицинские аспекты недержания мочи при напряжении (НМпН) у женщин и анализ эффективности методов коррекции этого страдания.

Материал и методы. Изучили клинические проявления НМпН у женщин, методы диагностики и результаты лечения у 112 женщин в возрасте 39-67 лет, лечившихся в урологической клинике ГрГМУ с 1997 по 2002 год.

Результаты и обсуждение. Ведущим симптомом НМпН у женщин является непроизвольное выделение мочи из уретры при внезапном повышении внутрибрюшного давления (смех, кашель, поднятие тяжести и т.д.) при отсутствии позыва на мочеиспускание.

Репозиторий ГрГМУ

Основой для постановки диагноза НМпН были характерные жалобы и результаты кашлевой пробы – выделение жидкости, введенной в мочевой пузырь, при кашле пациентки. НМпН I-й степени было у 29 больных, II-й – у 63; III-й – у 20.

Все женщины оперированы. Всем выполнена кольпо-уретро-везикопексия. Шейка мочевого пузыря и задняя уретра путем «подвешивания» нитями к лонному сочленению или к куперовой связке возвращались в свое физиологическое положение, что и позволило восстановить механизм удержания мочи при внезапном повышении внутрибрюшного давления. Такой же эффект достигается при выполнении слинговых операций – подтягивание вверх проксимального отдела уретры тесьмой из аутоткани или синтетических материалов. Все больные хорошо перенесли операцию и у 107 из них был получен отличный непосредственный результат, у 5 женщин НМпН продолжало иметь место, но степень его значительно уменьшилась. Через год после операции НМпН было отмечено еще у 7-ми. Таким образом, у 12 человек оперативное вмешательство не дало эффекта, что можно связать с погрешностями диагностики и техники операции. Лечение зависит от степени недержания мочи. При1-2 степени может быть проведена консервативная терапия, при 3 степени - исключительно оперативное вмешательство. Хирургические методы: надлобковый доступ:1) операция Marshall-Marchetti-Krantz,2)операция Burch; влагалищный доступ: 1) операция Лукича, 2) операция Пускариу, 3) слинг передней влагалищной стенки, 4) TVT. Наиболее распространены операции ММК и Burch, слинговые операции, выполняемые комбинированным доступом- методика TVT и «3-2-1»Lorenz. В работе рассматриваются 2 метода хирургического лечения НМпН: операция Lorenz и операция Burch. Они дают одинаковые результаты, но операция Lorenz относится к малоинвазивным вмешательствам, а в случаях неудачного результата вмешательство можно легко повторить. Хорошие результаты достигаются в 90-95% случаев.

Репозиторий ГрГМУ

Вывод. Кольпо-уретро-везикопексия является эффективным методом лечения НМпН у женщин и в большинстве случаев позволяет избавить пациенток от страдания, реинтегрироваться им в общество.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА СТУДЕНТОВ-МЕДИК ПО ВОПРОСАМ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ

Николайчик Е.И., Шерешик Т.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель - к.ф.н. доцент Л.Н.Гущина

С целью выявления отношения студентов-медиков к проблеме алкоголя мы провели экспериментальные исследования с использованием метода социологического опроса в форме анкеты. Цель анкетирования – определить:

1. Отношение опрашиваемых студентов к алкогольным напиткам и их употреблению, алкоголизму, больным, страдающим алкогольной зависимостью.
2. Отношение к наркотическим веществам и их употреблению.
3. Степень осведомлённости студентов о влиянии алкоголя на организм человека.
4. Степень осведомлённости о работе наркологической службы нашего города.

Анкета состоит из 29 вопросов. Опрос проводился анонимно. В проведённом социологическом исследовании приняли участие 495 человек. Из них 287 человек – студенты I–II курсов (220 девушек и 67 парней), 208 человек – студенты старших курсов (154 девушки и 54 парня).

Результаты социологического опроса показали, что 86% девушек и 97% юношей I и II курсов, а также 87% девушек и 86% юношей старших курсов употребляют алкоголь. И только 14% опрошенных девушек и 3% юношей I–II курсов, а также 13% девушек и 14% юношей старших

Репозиторий ГГМУ

курсов вообще не употребляют спиртные напитки. 18% девушек и юношей I–II курсов и 18% девушек и 22% юношей старших курсов считают алкоголь обязательным атрибутом любого праздника. 68% девушек и 60% юношей I–II курсов и 50% девушек и 54% юношей старших курсов считают его необязательным, но иногда возможным, а 14% девушек и 22% юношей I–II курсов, 15% девушек и 9% юношей старших курсов не видят в нём особой необходимости. Из общего числа опрошенных 30% девушек и 17% юношей употребляют алкоголь для поднятия настроения, 12% девушек и 5% юношей – за компанию, 17% девушек и 36% юношей – чтобы расслабиться. 7% девушек и 12% юношей употребляют алкоголь с целью снять стресс и забыть о проблемах. И только 5% девушек и 3% юношей употребляют алкоголь без цели. 14% девушек и 12% юношей находят в алкоголе лечебные свойства.

Из числа опрошенных студентов 4% девушек и 24% юношей I–II курсов, 6% девушек и 28% юношей старших курсов пробовали наркотические вещества.

В результате анализа полученных данных мы пришли к определенным выводам. В целом у опрошенных студентов отношение к алкоголю двоякое: с одной стороны, они определяют его как яд, отравляющий организм, и слабость для ненормальных людей, а с другой стороны, считают алкоголь необходимым средством для расслабления, отдыха и получения удовольствия.

При этом большинство опрошенных считает, что алкоголизм – это, прежде всего, болезнь и больные алкоголизмом нуждаются в лечении. Самой уязвимой категорией, подверженной алкоголизму, опрошенные считают подростков (57% девушек и 48% юношей I–II курсов, 35% девушек и 52% юношей старших курсов). 10% девушек и 12% юношей I–II курсов, 22% девушек и юношей старших курсов считают самой уязвимой категорией женщин, а 3% девушек и 12% юношей I–II курсов и 16% девушек и 10% юношей старших курсов – мужчин.

Репозиторий ГрГМУ

Уровень осведомлённости студентов о влиянии алкоголя на здоровье достаточно высок. К тому же основная масса опрошенных считают, что алкоголь и наркотики отрицательно влияют на успеваемость студентов (80%).

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Новик О.В., Михович Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

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

Одним из важнейших патологических синдромов развития острого панкреатита является панкреатическая и желчная протоковая гипертензия. Одни исследователи рассматривают последнюю как причину, другие - как следствие острого панкреатита, но большинство ученых сходятся во мнении, что желчная гипертензия значительно ухудшает течение и прогноз панкреатита.

С 1999г. по декабрь 2006г. лапароскопия по поводу ферментативного перитонита под эндотрахеальным наркозом выполнена у 76 пациентов. Признаки желчной гипертензии на операции выявлены у 32 больных, что потребовало наложения чреспеченочной холецистостомы. Показаниями к наложению холецистостомы являлись наличие увеличенного желчного пузыря и признаков внутрипеченочной гипертензии по данным УЗИ при наличии клиники острого панкреатита; увеличенный и напряженный желчный пузырь при выполнении санационной лапароскопии.

На фоне адекватной терапии острого панкреатита в 89,5% случаев наблюдалось купирование воспалительного процесса. На 18-24 сутки холецистостомические дренажи были извлечены, и холецистостома самостоятельно закрылась без формирования желчного свища во всех случаях. У 8 больных в связи с развитием гнойных осложнений в

Репозиторий ГрГМУ

парапанкреатической клетчатке потребовалось выполнение лапаротомии с дренированием гнойных полостей, но проведение предварительной билиарной декомпрессии позволило выполнять операции в более благоприятных условиях. 4 пациента с наличием ЖКБ после купирования острого панкреатита выписаны на амбулаторное лечение с функционирующей холецистостомой. В последующем в «холодном» периоде через 2-4 месяца им выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Применение декомпрессии билиарной системы в лечении больных острым панкреатитом значительно улучшает ближайшие результаты. Использование декомпрессии билиарной системы является достаточно эффективным методом лечения панкреонекроза. Эти методы не противопоставляются традиционным способам лечения и должны использоваться в комплексной терапии острого деструктивного панкреатита.

ИНФОРМАЦИОННО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Новикова Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

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

Обследовано 116 больных циррозом печени – ЦП (66 мужчин и 50 женщин). Средний возраст этих больных, независимо от пола, составил53,5 лет. В 116 случаях (95,5%) длительность заболевания колебалось от нескольких месяцев до 7 лет, у 4,5% - 20 лет. Из этиологических факторов в 68,9% случаев – злоупотребление алкоголем, в 2,2% - вирусный гепатит С, подтвержденный лабораторно, в 2,2% - перенесенная в прошлом малярия в сочетании с алкогольной интоксикацией. В 26,6% случаев причина развития цирроза не уточнена.

Репозиторий ГрГМУ

При ультразвуковом исследовании печени в 88,4% случаев отмечалось расширение воротной вены, в 82,6% - обеднение сосудистого рисунка, в 92% - преимущественно мелкозернистый рисунок и повышение эхогенности паренхимы, а также неровность контуров печени. У 87% больных констатировано увеличение селезенки. Все эти признаки в сочетании с анамнестическими и клиническими данными свидетельствовали в пользу мелкоузлового цирроза печени у подавляющего числа обследованных больных, а также подтверждали наличие признаков портальной гипертензии. Клинически она проявлялась асцитом (75%), расширением подкожных вен передней брюшной стенки (52,8%), а при эзофагогастродоуденоскопии – варикозным расширением вен пищевода и желудка.

В 72,2% случаев выявлено снижение гемоглобина, в 47,7% - эритропения. При этом у 23 больных (20%) констатирована анемия тяжелой степени со снижением гемоглобина до 50-55 г/л. В 25% случаев отмечалась лейкопения (до 2,8-3,5х10^9/л). Все эти показатели можно расценить как проявления гиперспленизма, а также угнетения костномозгового кроветворения на фоне тяжелой интоксикации. В 12,5% случаев отмечался умеренный лейкоцитоз (до 10-11х10^9/л), одновременно у этих больных отмечалось повышение температуры до 37,5-38º. Повышение активности АЛТ отмечено в 28,4%, АСТ – в 43,2% случаев, что, наряду со случаями лейкоцитоза, необходимо расценивать как проявление активности патологического процесса. В 84% случаев отмечалась увеличенная СОЭ. Ее средние значения находились в пределах 30-35 мм/час с колебаниями от 24 до 60-80 мм/час. Особенно высокие показатели СОЭ отмечались у больных ЦП в сочетании с выраженной анемией.

В 62,2% отмечалась билирубинемия в широком диапазоне (от 30 до 300-350мкм/л), диспротеинемия с низким содержанием альбуминов в 26,1% случаев.

Репозиторий ГрГМУ

Таким образом, лабораторно-инструментальные методы исследования позволяли выявить или подтвердить прямые признаки ЦП (УЗИ, ФГДС), а также осложнения, требовавшие иногда срочной и адекватной коррекции (анемия, гипоальбуминемия, проявления синдрома цитолиза, мезенхиально-воспалительного синдрома и др.).

ВЛИЯНИЕ МОРФИНА IN VITRO НА АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ ГЛИКОЛИЗА В ПЕЧЕНИ КРЫС

Обухович Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии

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

Механизм действия наркотических препаратов на метаболические процессы организма до сих пор остается невыясненным. Основное внимание исследователей при этом отводится изучению центральных звеньев развития наркотической зависимости, одним из которых является изменение под влиянием наркотиков взаимодействия основных нейромедиаторов головного мозга. Метаболические нарушения в периферических органах и тканях изучены при этом недостаточно. В большой массе эффектов морфина необходимо отметить изменения под его влиянием углеводного и энергетического обмена. Гликолиз, как один из основных энергопроизводящих процессов, играет важную роль в функционировании печени на интегральной энергетической основе. Его функциональное состояние имеет важное значение в адаптационных возможностях данной ткани к токсическому действию наркотика. Целью данной работы явилось изучение влияния морфина на функциональное состояние гликолиза в печени крыс in vitro.

В исследовании использовано семь белых беспородных крыс самцов, массой 180- 200 грамм. В гомогенатах печени были созданы

Репозиторий ГрГМУ

различные концентрации морфина гидрохлорида. Анализ литературных данных показал, что при внутрибрюшинном введении наркотика крысам в дозах 10-20 мг/кг его содержание в плазме крови составляет 1-2 мкг/мл. Исходя из этого, в среде определения активности ферментов были созданы концентрации морфина 1, 10 и 50 мкг/мл. В гомогенатах печени изучали активность ферментов гликолиза – гексокиназы (ГК), глюкокиназы (ГЛК), пируваткиназы (ПК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ). Статистическую обработку полученных результатов производили с использованием t- критерия Стьюдента.

Из всех определяемых ферментов гликолиза прямой эффект морфина проявлялся только в отношении ГЛК. Ее активность при концентрации наркотика 1 мкг/мл составляла 112% от исходной ($p<0,5$), при концентрации 10 мкг/мл – 89% ($p<0,1$), а при концентрации 50 мкг/мл – 64% ($p<0,05$). То есть для ГЛК проявляется прямой дозозависимый ингибирующий эффект морфина. Однако эти результаты не согласуются с данными, полученными нами in vivo [1]. Активности ГК, ФФК, ПК и ЛДГ не изменялись при моделировании с различными концентрациями морфина.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать заключение, что изменение функционального состояния гликолиза в печени при острой морфиновой интоксикации не является следствием прямых эффектов наркотика на ферменты данного метаболического пути. Выявленные изменения активности ферментов гликолиза, возможно, связаны с действием продуктов биотрансформации наркотика в организме.

Литература:

1. Лелевич С.В. // Биомедицинская химия. 2004. Т. 50, вып. 3. - С. 273-276.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНЕГРУДНОГО И

Репозиторий ГрГМУ

ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Олейник А.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии

Научный руководитель - ассистент С.Л.Чешик

Травматические повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника остаются на стабильно высоком уровне. Отсутствие единого подхода к вопросам оценки состояния поврежденного сегмента, выбору методов лечения ставят данную проблему в разряд актуальных.

Целью работы явилась оценка хирургических приемов у пациентов с оскольчатыми переломами грудного и поясничного отделов позвоночника.

За период с 2004 по 2006 г.г. в клинике травматологии и ортопедии на базе УЗ «ГКО» «СМП» г. Гродно прооперировано 18 пациентов. В зависимости от диагностических данных больным выставлялись показания к тому или иному виду оперативного лечения. Во всех случаях выполнялись декомпрессивно-стабилизирующие операции из заднего доступа. У двух выполнялась заднебоковая декомпрессия спинного мозга с удалением костных фрагментов тела поврежденного позвонка, интраоперационной репозицией с одновременной фиксацией поврежденного сегмента ТПФ (транспедикулярным фиксатором). У трех пациентов выполнялась задняя декомпрессия спинного мозга в виде гемиляминэктомии, интрооперационной репозиции с одновременной фиксацией ТПФ. У 13 выполнялась репозиционная декомпрессия спинного мозга с последующей транспедикулярной фиксацией.

Анализ результатов лечения достоверно выявил преобладание хороших результатов в 16 случаях. Удовлетворительные результаты получены в двух случаях, неудовлетворительных нет.

Проведенный анализ хирургического лечения позволил

Репозиторий ГрГМУ

сформулировать следующие выводы:

В определение способа хирургического лечения должна входить необходимая, максимально полная методика обследования пациента, включающая клинико-неврологический, рентгенологический метод, КТ, МРТ, электронейромиографию, контрастные методы. При выборе метода оперативного лечения оскольчатых переломов тел позвонков должна учитываться целостность задней продольной связки. При целостности задней продольной связки возможна достаточная репозиционная декомпрессия спинного мозга путем детальной интраоперационной сегментарной экстензии – дистракции. Выполнение заднебоковой декомпрессии спинного мозга с удалением костных фрагментов тела не оправдана, так как технически сложна и имеет высокий риск вторичного повреждения спинного мозга. Объем задней декомпрессии спинного мозга должен соответствовать характеру повреждения и сдавления содержимого позвоночного канала. Для прочной фиксации и разгрузки стабилизированных сегментов целесообразно применение транспедикулярных фиксаторов. При неэффективной декомпрессии спинного мозга, сохранении стеноза позвоночного канала, а также проникающих оскольчатых переломах тел позвонков необходимо применять двухэтапное хирургическое лечение. Второй этап - переднебоковая декомпрессия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ ПЕРВОЙ ОЧЕРЕДИ ВЫБОРА

Онегин Е.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Е.В.Онегин

Фармакотерапия эпилепсии, несмотря на значительные достижения в последние годы, далека от совершенства [1,3].

Целью настоящего исследования явилось изучение максимальной

Репозиторий ГрГМУ

терапевтической эффективности и переносимости при монотерапии вальпроатами (В), карбамазепином (КБ) и клоназепамом (К) у детей с различными видами и частотой эпилептических приступов [1,2,3], на основе результатов клинико-электроэнцефалографического мониторинг-исследования [1,3].

Материал и методы исследования. В исследование были включены 58 пациентов с разными формами эпилепсии в возрасте от 8 дней до 15 лет, с частотой припадков от ежедневных (2 - 25 в сутки) до 1 раза в месяц. Всем детям старше 4-5 лет проводилось электроэнцефалографическое исследование. КБ как единственное противоэпилептическое средство применялся 19, К - 8, а В – 15 больным. Лечение начинали с небольших доз, с постепенным увеличением суточной дозы и доведением её для КБ до 10-20 мг/кг, К - 0,1-0,2 мг/кг, а В 15-40 - мг/кг в сутки [1,2.3]. Наблюдение проводилось от 6 до 12 месяцев.

Полученные результаты. Препараты В были высокоэффективными при лечении различных форм эпилепсии у детей, прежде всего при абсансах и локализованных припадках, а также у больных с резистентными припадками. Они проявляли отчетливый нормотимический эффект и обладали незначительным побочным действием. Клоназепам оказался наиболее эффективным у детей грудного и раннего возраста с генерализованными миоклоническими припадками, а в дошкольном и школьном возрасте преимущественно при абсансах и миоклонических припадках. У детей раннего возраста в качестве осложнения отмечалось усиление слюноотделения и обильное образование бронхиальной слизи. 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.

Электроэнцефалографические изменения прямо коррелировали с

Репозиторий ГрГМУ

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 вальпроатов, клоназепама и карбамазепина позволяют оптимизировать лечение эпилепсии у детей за счет назначения дифференцированной противосудорожной терапии с учетом возраста, характера припадков и соматического отягощения, объективизации динамики эпилептического процесса и контроля эффективности противоэпилептической терапии.

Литература:

1. Онегин Е.В., Онегина О.Е. Эпилепсия – классификация, клиника и лечение:– Практическое пособие для врачей.- УЗ Гродненского облисполкома.- Гродно.-2005– 49с

2. Формулярный подход к назначению эпилептических препаратов в нейропедиатрии (Методическое пособие для врачей) / Под 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). – Минск, 2003.- 77 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВЯЗОК ТЮЛЛЕ-ГРАС ПРИ АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ

Осипенко Д.А., Гриц А.Н., Зеневич А.И., Шульга Е.Р.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра хирургических болезней №2

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

Лечение полнослойных кожных дефектов, этиологическими факторами возникновения которых являются температурные

Репозиторий ГрГМУ

воздействия, механические травмы, различные заболевания, по-прежнему остается одной из актуальных проблем пластической хирургии. На каждом из этапов лечения (подготовка раневой поверхности, непосредственно аутодермопластика, ведение послеоперационного периода) присутствует большое количество факторов, которые могут способствовать тому или иному исходу трансплантации. В связи с этим перед клиническими исследованиями целесообразно проведение экспериментальных опытов для выявления определенных условий, благоприятно влияющих на исход дермотрансплантации.

Цель исследования. Оптимизация метода аутодермотрансплантации при лечении полнослойных кожных дефектов.

Материалы и методы. В экспериментальной части работы было использовано 30 крыс–самок массой 140 - 170г. в условиях вивария Гродненского государственного медицинского университета. Под эфирным наркозом в межлопаточной области с помощью специальной камеры создавалась экспериментальная кожная рана, которая в течение последующих 3-ех суток наполнялась грануляционной тканью. Затем выполнялась дермопластика, причем варьировались факторы, влияющие на исход трансплантации: для сохранения максимальной неподвижности дермотрансплантатов на раневую поверхность накладывался один слой марли, который не удаляли в течение всего эксперимента, либо ведение рецептивного ложа заключалось в укладывании тампонов с их ежедневной заменой; для адекватного оттока раневого экссудата осуществляли ежедневную смену тампонов, смоченных антисептиками, либо смена тампонов осуществлялась через день.

У 50 больных с полнослойными кожными дефектами различного генеза после аутодермопластики на рецептивное ложе укладывалась раневая повязка Тюлле-грас, представленная сетчатым покрытием

Репозиторий ГрГМУ

«Serotulle» (Германия) с диаметром ячеек 2мм, импрегнированное желтым парафином, содержащим 0,5% хлоргексидина ацетата. В контрольной группе (20 человек) после дермотрансплантации раневая поверхность черепицеобразно укрывалась марлевыми тампонами.

Результаты и обсуждение. В эксперименте наилучшие результаты дермотрансплантации получены в группе крыс, когда на раневую поверхность с дермотрансплантатами укладывали один слой марли (использовалась для предохранения трансплантатов от травмирования во время смены расположенных сверху тампонов) и тампон с антисептиками, который ежедневно меняли. Таким образом, основными факторами, обуславливающими успех трансплантации на грануляционную ткань, является минимальная травматизация дермотрансплантатов во время перевязок и адекватное удаление экссудата.

При анализе результатов лечения больных в исследуемой группе (по нозоологиям) процент приживления дермотрансплантатов был достоверно выше, чем в контрольной. Применение раневой повязки «Serotulle» способствовало успешной дермопластике ввиду минимальной травматизации дермотрансплантатов при перевязках, так как парафин обеспечивал неприлипаемость повязки, редкое плетение основы не препятствовало дренированию экссудата в вышележащие слои повязки, а импрегнированный 0,5% хлоргексидин ацетат обладает широким спектром антибактериальной активности против грамположительной и грамотрицательной флоры.

Выводы: использование повязок Тюлле-грас, содержащих лекарственные вещества, способствует лучшему приживлению дермотрансплантатов.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА

Ославский А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель - д. м. н., профессор К.Н. Жандаров

Наиболее актуальной и сложной проблемой лечения больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) является тактика ведения панкреонекрозов с некротическим поражением жировой клетчатки забрюшинного пространства.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных ОДП на основании анализа клинических, лабораторных и инструментальных данных и разработать алгоритм лечения ОДП.

Материалы и методы исследования. Произведен статистический анализ историй болезней пациентов с ОДП. На протяжении 2002-2005 гг. в клинике хирургических болезней № 1 пролечен 91 больной ОДП. Диагностика заболевания была основана на клинических проявлениях, лабораторных данных, результатах УЗИ и МРТ.

Результаты. 28 больным ОДП, без признаков инфицирования забрюшинной клетчатки (ЗК) (отрицательный результат посева после пункции жидкостных образований, лейкоцитоз 10000±3500, отсутствие токсической зернистости нейтрофилов, повышение температуры тела не более 38 градусов по Цельсию), проводили консервативную терапию: холод, местная гипотермия, новокаиновые блокады, спазмолитики и холинолитики, адекватная инфузионная терапия, форсирование диуреза, введение сандостатина и 5-фторурацила, антиферментных препаратов, плазмоферрез, гемосорбция.

Во II группе (37 больных) с поражением ЗК при отсутствии признаков инфицирования последней лечение начинали с интенсивной консервативной терапии. При нарастании симптомов интоксикации, наличии клинических признаков инфицирования некрозов ЗК (лейкоцитоз 13000±1800, появление токсической зернистости нейтрофилов со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение температуры тела более 38 градусов, некупирующийся болевой синдром) при прогрессировании процесса переходили к оперативному

Репозиторий ГрГМУ

лечению. Лечение начинали с малоинвазивных методов: пункция под контролем УЗИ, лапароскопическое дренирование брюшной полости и жидкостных образований.

Пациенты III группы (26) с ОДП поступили в тяжелом состоянии, с наличием клинических признаков инфицирования некрозов клетчатки и явлениями эндотоксикоза (положительный результат посева пунктатов жидкостных образований, лейкоцитоз 15000±2500 с токсической зернистостью и выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, гектическая температура и др.). Оперативное лечение при возможности начинали с малоинвазивных методов, а при их невозможности или неэффективности переходили к открытым методам оперативного лечения.

Дренирование и удаление секвестров следует осуществлять в максимально поздние сроки при полном отторжении некротизированных тканей, из-за вероятности развития интенсивного аррозивного кровотечения, что имело место у 8 больных. В то же время нельзя запаздывать с оперативным лечением, т.к. вследствие существующей интоксикации развиваются эрозивно-язвенные процессы желудочно-кишечного тракта с профузными кровотечениями (7), дистрофия миокарда с явлениями сердечной недостаточности (5), ди-стресс синдром (15), что нередко является причиной летального исхода у больных с ОДП.

Во всех 3 группах больных контроль за лечением осуществляли с помощью регулярных лабораторных исследований и программированного контроля с помощью УЗИ (МРТ).

Выводы. 1.Улучшение результатов лечения больных с ОДП достигается своевременной диагностикой и ранним началом лечебных мероприятий.

2.Консервативная терапия показана при стерильном ОДП. При распространенности процесса поражения забрюшинной клетчатки и явлениях перитонита целесообразно выполнение лапароскопических и

Репозиторий ГрГМУ

пункционно-дренажных вмешательств под ультразвуковым контролем.

3.Инфицированный ОДП, подтвержденный клинико-томографическими и пункционными исследованиями, является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ДВС В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОК АКУШЕРСКОГО ПРОФИЛЯ

Павлюкевич А.В.

Гродненский государственный университет, Беларусь

Курс клинической биохимии кафедры анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ю.В. Киселевский

Гнойно-септические осложнения при беременности являются одной из наиболее значимых причин развития синдрома ДВС и материнской летальности. Раннее выявление данного синдрома является ключевым для эффективной терапии. В связи с этим актуальным является поиск новых эффективных методов ранней диагностики синдрома ДВС.

Цель исследования. Оценка эффективности применения определения уровня Д-димеров для ранней диагностики синдрома ДВС при гнойно-септических осложнениях у пациенток акушерского профиля.

Методы исследования. Клиническая группа состояла из 32 больных с гнойно-септическими осложнениями в период беременности и в послеродовый период, в том числе больных с послеродовыми эндометритами – 12 (37,5%), с септическими абортами – 16 (50%), с гнойным пиелонефритом, осложнившимся уросепсисом во время беременности – 4 (12,5%). Всем пациенткам измерялись показатели традиционной коагулограммы (АЧТВ, фибриноген, ПТИ, тромбоциты), а также уровень Д-димеров методом иммунометрического анализа сэндвичевого типа. Диагноз сепсис и синдром системного воспалительного ответа выставлялся на основании международных

Репозиторий ГрГМУ

критериев (ACCP и SCCM, 1992), диагноз синдрома ДВС базировали на критериях, рекомендуемых Международным обществом тромбоза и гемостаза (ISTH SSC, 2001). Результаты выражали в виде среднего ± стандартное отклонение, для оценки значимости различий использовали тест Манна-Уитни.

Результаты исследования. Из 32 пациенток 11 (34,3% (17,8-50,7 ДИ 95%)) был выставлен диагноз сепсис, из них у 4-х пациенток верифицирован септический шок (12,5% (1,0 – 23,9 ДИ, 95%)). Далее пациентки, в зависимости от наличия или отсутствия у них синдрома ДВС, были разделены на 3 группы: (1) ДВС исключен – 20 человек; (2) синдром ДВС I – 8 человек; (3) синдром ДВС II-III – 4 человека. Из данных, представленных в таблице, видно, что показатели традиционной коагулограммы (АЧТВ, ПТИ, фибриноген, тромбоциты) значимо изменяются только при декомпенсированном синдроме ДВС (ДВС-II-III). При этом результаты данных тестов у пациенток на стадии ДВС I не отличались от таковых для пациенток, у которых наличие ДВС было исключено.

Таблица. Показатели гемостазиограммы у пациенток с гнойно-септическими осложнениями в период беременности и в послеродовый период

	ДВС исключен	ДВС -I	ДВС – II-III
ПТИ	0,93 ± 0,11	1,03 ± 0,14	0,64 ± 0,11*
АЧТВк	0,97 ± 0,28	0,81 ± 0,14	1,79 ± 0,27*
Тромбоциты, х10^{9}/л	225,1 ± 60,3	196,0 ± 53,2	77,6 ± 26,8*
Фибриноген, г/л	5,02 ± 0,79	4,02 ± 1,57	1,46 ± 0,55*
Д-димеры, мг/л	1,07 ± 0,61^{+}	2,77 ± 0,32	9,0 ± 4,7*

Примечание:*- разница в отношении группы с исключенным ДВС и ДВС I ($p< 0,01$); + – разница в отношении группы с ДВС-I ($p< 0,01$).

Репозиторий ГрГМУ

Единственным показателем, реагирующим на ранней стадии ДВС, явился уровень Д-димеров. Так, концентрация данного параметра увеличивалась более чем в 2 раза, по сравнению с группой без ДВС.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы: 1) показатели рутинной коагулограммы (АЧТВ, ПТИ, фибриноген, тромбоциты) могут использоваться только для выявления поздних стадий синдрома ДВС, и не чувствительны к гиперкоагуляционной фазе этого синдрома; 2) определение уровня Д-димера является ранним и чувствительным маркером развития синдрома ДВС I.

УСТОЙЧИВОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ СТУДЕНТОВ III КУРСА К ВОЗДЕЙСТВИЮ УЛЬТРАЗВУКА

Паднюк Е.В., Алещик М.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель – к.б.н., ст. преподаватель Э.И.Троян

Преждевременное развитие таких заболеваний, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда и др. указывают на необходимость изучения состояния здоровья в молодом возрасте [1].

Целью исследования явилось изучение устойчивости эритроцитов к воздействию ультразвука у студентов 3 курса.

Исследования проведены у 33 студентов. 22 студента имели положительную пробу Нестерова, что свидетельствовало о повышенной проницаемости гистогематического барьера и сниженной резистентности сосудистой стенки. Взятие крови осуществляли из пальца, после чего кровь разводили в 50 раз в изотоническом растворе NaCl.

Образцы крови оптической плотности = 1,4 при λ=630 нм на КФК-3 подвергали воздействию ультразвука на приборе УПТ-1 при мощности облучения 0,4 Вт в течение 5 секунд. Процент гемолизирующего

Репозиторий ГрГМУ

эффекта ультразвука определяли на основании содержания эритроцитов в исследуемом образце суспензии эритроцитов после облучения [2,3].

В результате выполненных исследований установлено, что устойчивость эритроцитов у курящих студентов не отличалась от устойчивости эритроцитов у некурящих студентов (90,38 ± 2,18% и 86,72 ± 2,00% соответственно). У студентов с положительной пробой Нестерова отмечалась тенденция к снижению устойчивости эритроцитов к воздействию ультразвука. Концентрация эритроцитов в исследуемых образцах крови составила 81,5 ± 2,55%, $p > 0,05$.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлена тенденция к снижению устойчивости эритроцитов к ультразвуковому воздействию у студентов с повышенной проницаемостью гистогематического барьера, что отражает наличие общих механизмов повреждения мембран эритроцитов и сосудистой стенки. Отсутствие различий в устойчивости эритроцитов к повреждающему действию ультразвука может быть связана с небольшим стажем курения у обследуемых студентов и компенсироваться высокой реактивностью молодого возраста.

Литература:

1. Морозов Г.В., Стрельчук И.В. Курение как фактор риска. - М., 1983.

2. Брагинская Ф.И., Султанова Г.Г. Изучение ультразвукового гемолиза эритроцитов в норме и при патологии. – Биофизика. Т. XXVII, вып.4.- М., 1982. –С. 679 – 683.

3. Лелевич А.В. Механическая прочность эритроцитов больных алкоголизмом в ультразвуковом поле. – Сб.тезисов докладов научно-практич. конф. молодых ученых и студентов, посвященной памяти акад. Ю.М.Островского. 10-11 апреля 2003. – С. 130-131.

Репозиторий ГрГМУ

ИЗ ОПЫТА БЛОГГИНГА НА ХОСТИНГЕ INF.BY

Паламарчук Л. А., Песняк О. В., Чернышевич Ю. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – к.ф.-м.н., доцент С.И. Клинцевич

Интернет-сообщество в настоящее время вступило в полосу пика популярности особого жанра сетевой информационной структуры – блогов. Высокая популярность блогов, желание попробовать свои силы в создании персонального Интернет-ресурса, а также отсутствие представительства нашего университета в белорусской блогосфере (ББ) подтолкнула нас к разработке проекта NURSE. Нам был также известен портал inf.by (Беларусь Информационная), который предоставляет бесплатные услуги по созданию блогов. Хорошо сбалансированный набор функций и возможностей по дизайну блогов на inf.by, а также бесплатный хостинг предопределили выбор места для размещения блога. По тематике блог-ресурс мы проектировали как неформальный блог факультета медицинских сестер с высшим образованием. Цель создания блога - стремление рассказать как можно большей аудитории об уникальном для медицинского высшего образования факультете медицинских сестер. Блог inf.by/nurse был авторизован в ББ 24 марта 2006 года. В настоящее время в структуре блога имеется 20 записей, 51 рисунок и 56 комментариев, что само по себе является неплохим показателем. При создании блога мы стремились отразить разные стороны жизни факультета, поэтому в блоге в настоящее время существует следующие посты (записи), которые мы перечислим в хронологическом порядке.

1.Факультет медицинских сестер с высшим образованием (24.03.2006, о факультете, 11 коммент.). 2. Под путеводной звездой Флоренс Найтингейл (24.03.2006, о Флоренс Найтингейл, 4 коммент.). 3. Маленькое путешествие по истории сестринского дела (24.03.2006,

Репозиторий ГрГМУ

об истории сестринского движения, 0 коммент.). 4. Администрация нашего факультета (27.03.2006, о деканах, 2 коммент.). 5. Работа деканата (27.03.2006, о деканате, о коммент.). 6. Студенческое самоуправление (27.03.2006, о самоуправлении, 1 коммент.). 7. Перспективы нашего факультета (27.03.2006, о перспективах, 14 коммент.). 8. Наши трудовые будни (31.03.2006, об учебе, 2 коммент.). 9. Студенты – народ веселый (31.03.2006, об отдыхе, 3 коммент.). 10. Выпускники нашего факультета (31.03.2006, о наших выпускниках, 0 коммент.). 11. Медицинский юмор (10.04.2006, юмор с уклоном на медицину, 3 коммент.). 12. Медицинский гороскоп (10.04.2006, гороскоп, 2 коммент.). 13. Тихо! Идет экзамен! (10.04.2006, о шпаргалках, 11 коммент.). 14. Организация работы главной медицинской сестры (20.07.2006, статья из журнала, 0 коммент.). 15. Перечень основной документации главной медицинской сестры (20.07.2006, статья из журнала, 0 коммент.). 16. Роль медицинской сестры в паллиативной медицине (20.07.2006, статья из журнала, 0 коммент.). 17. Рецепты здоровья. Красивые ножки (20.07. 2006, о красоте, 0 коммент.). 18. Уход за зубами (23.11. 2006, о красоте, 1 коммент.). 19. Уход за волосами (23.11. 2006, о красоте, 0 коммент.). 20. Физиогномика или о чем расскажет ваше лицо (23.11. 2006, о чем могут рассказать черты лица, 2 коммент.).

Опыт почти годового блоггинга позволяет нам сделать следующие выводы.

1. Чтобы блог был интересен для посетителей, надо размещать на блоге только интересный материал.

2. Посты должны иметь продуманные, броские имена.

3. Для повышения популярности блога следует указывать его адрес в сигнатуре вашего e-mail.

4. Необходимо на блоге делать ссылки на схожие по тематике блоги.

5. На чужих блогах следует оставлять хорошие, доброжелательные

Репозиторий ГрГМУ

комментарии.

6. Доменное имя блога должно быть кратким, выразительным и легкозапоминающимся.

СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОНЦЕПТА СТРАХ В РУССКОЙ И АНГЛИЙСКОЙ КОНЦЕПТОСФЕРАХ

Панчоре Д. Д., Гит П. П.

Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Кафедра русского языка как иностранного

Научный руководитель – преподаватель М.Г.Ситникова

Страх как базовая эмоция является объектом многочисленных исследований в области психологии, психолингвистики, когнитивной лингвистики и социолингвистики. Сопоставительный анализ симптомов страха в английском и русском языках иллюстрирует сходство в концептуализации базовых эмоций разными языками, что объясняется универсальностью психики человека.

В русском языке большую группу составляют симптоматические выражения, обозначающие страх как физическую слабость либо болезненное состояние. В данной группе можно выделить подгруппы, в зависимости от частного физического изменения в организме, вызываемого страхом. И в русском, и в английском языках многочисленностью симптоматических выражений отличается группа выражений, описывающих страх через дрожание конечностей или всего тела: рус. поджилки трясутся, колени дрожат, трясёт от страха (кого-либо), зубы стучат (т.е дрожание нижней челюсти).

Английская часть подгруппы представлена симптоматическими выражениями, также описывающими страх через дрожь: *to shake in one's boots} to be afraid, to shake from fear; to quake in one's boots}; nearly jump out of your skin; to give someone the willies.*

Продуктивным для русского и английского языков является

Репозиторий ГрГМУ

описание страха через симптомы оцепенения, невозможности двигаться. Данная подгруппа объединяет русские симптоматические выражения остолбенеть, оцепенеть, окаменеть, застыть на месте (от страха), ноги отнялись от страха, ноги стали ватными (от страха) и английские симптоматические выражения *fear turned him to stone; to become petrified; to grow (become) dumb; fear rooted him to the ground; to be paralyzed (frozen) with fear; the legs got num.* Также для обоих языков характерно описание страха через изменение цвета кожных покровов лица либо всего организма: рус. белый/ как мел, белый\ как смерть, белый\ как полотно, побелеть\ побледнеть от страха, позеленеть от страха, англ. *his face grew white; to go grey; to turn grey*. Изменения, вызываемые страхом, могут затрагивать и цвет волос человека, испытывающего страх: рус. поседеть от страха, англ. *to make one's hair stand on end*;

И в русском, и в английском языках распространено описание страха через субъективные симптомы озноба, ощущения холода: рус. кровь стынет в жилах, мороз по коже продирает, *леденеть от страха; душа леденеет от страха, англ. to grow cold with fear; fear makes his blood freeze.*

Симптоматические выражения как русского, так и английского языков зафиксировали наличие в языковой картине мира рассматриваемых языков представления о страхе как о причине перебоев в нормальной работе сердца: рус. сердце упало\ ёкнуло\ оборвалось \ зашлось \ замерло от страха, сердце в пятки ушло, англ. *his heart sank; his heart leaped into his mouth; his heart missed a beat; to have one's heart in one's mouth.*

Для носителей как русского, так и английского языков характерно представление о связи с сильным страхом потери рассудка, что отражено в симптоматических выражениях: рус. обезуметь от страха, рассудок помутился от страха, англ. *to frighten (scare) the wits out of someone; to frighten (scare) living daylights out of someone.*

Репозиторий ГрГМУ

Симптоматические выражения русского и английского языков передают представление о связи страха с потерей способности говорить: рус. лишиться дара речи (от страха), язык отнялся (от страха), онеметь от страха, англ. *his tongue was swollen with fear*.

Результаты сопоставительного анализа русских и английских обозначений симптомов страха иллюстрирует универсальность концептуализации базовых эмоций.

ИНТЕЛЛЕКТ-КАРТЫ КАК СПОСОБ ОТОБРАЖЕНИЯ МЫСЛЕЙ

Пац Ю. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Интеллект-карта – это графическое выражение процесса радиантного мышления и поэтому является естественным продуктом деятельности человеческого мозга. Это мощный графический метод, представляющий универсальный ключ к высвобождению потенциала, скрытого в мозге. Метод интеллект-карт может найти применение в любой сфере жизни, где бы ни требовалось совершенствовать интеллектуальный потенциал личности, достигаемый учением, или решать разнообразные интеллектуальные задачи. Интеллект-карта имеет четыре существенные отличительные черты:

1) объект внимания фокусируется в центральном образе;

2) основные темы, связанные с объектом внимания/изучения, расходятся от центрального образа в виде ветвей;

3) ветви, принимающие форму плавных линий, обозначаются и поясняются ключевыми словами или образами. Вторичные идеи также изображаются в виде ветвей, отходящих от ветвей более высокого порядка; то же справедливо для третичных ветвей и т.д.;

4) ветви формируют связанную узловую систему.

Качество интеллект-карт можно улучшить с помощью цвета, рисунков, закодированных выражений (например, общепринятых

Репозиторий ГрГМУ

аббревиатур), а также посредством придания карте трехмерной глубины, что в сумме служит тому, чтобы повысить занимательность, привлекательность и оригинальность интеллект-карт. И то, и другое, и третье помогает увеличить творческий запал при создании и дальнейшем использовании интеллект-карт, а равно лучше запомнить содержащуюся в них информацию.

Интеллект-карты помогают усвоить разницу между способностью к хранению информации, которая может быть запечатлена в памяти, и эффективностью хранения информации, повысить которую призван метод. Эффективное хранение информации в мозге увеличивает объем усвоенной информации.

Применяя метод интеллект-карт вместо линейного конспектирования, мы экономим время, оперируя только с относящимися к делу словами. Мы концентрируем внимание на существенных вопросах: ключевые слова более заметны и сведены в единое поле зрения, связаны между собой ясными и уместными ассоциациями, способствуя высокой творческой отдаче и высокой степени усвоения материала.

Мозгу легче воспринимать и запечатлевать в памяти разноцветную многомерную интеллект-карту, нежели монотонный, притупляющий внимание линейный конспект. В процессе составления интеллект-карты человек постоянно пребывает на грани открытия чего-то нового. Это способствует непрерывному и потенциально бесконечному процессу мышления. Метод интеллект-карт отвечает естественному стремлению мозга к законченному и целостному восприятию, в целом познанию нового. В результате постоянного использования всех кортикальных способностей своего мозга человек становится интеллектуально более активным и восприимчивым к новой информации, а равно уверенным в своих силах.

Интеллект-карта представляет собой шаг вперед на пути прогресса от линейного одномерного через латеральное двухмерное к

Репозиторий ГрГМУ

радиантному многомерному мышлению.

Литература:

1. Тони и Барри Бьюзен. Супермышление/Пер. с англ. Е. А. Самсонов.– 2-е изд.– Мн. ООО «Попурри», 2003.– 304с.:ил. + 16 с. вкл.– (Серия «Живите с умом»).

ISBN 985-438-994-4.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ: ВАЖНЕЙШИЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

Пелеса Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель - д.м.н., доцент В.А. Снежицкий

Артериальная гипертония (АГ) является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Распространенность АГ в популяции составляет 20-40%. Так, в республике Беларусь выявлено более 1150000 больных АГ, из которых только 447000 состоят на диспансерном учете. Большое количество фактов свидетельствует о существенной недостаточности диагностики АГ, терапии и слабом контроле АД.

Тем не менее, кардиоваскулярные и цереброваскулярные осложнения АГ (ИБС, нарушения мозгового кровообращения) по-прежнему вносят основной вклад в формирование смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Необходимо обратить внимание на АГ как на одну из ведущих причин возникновения пароксизмальной мерцательной аритмии (ПМА), которая, в свою очередь, также является важным «поставщиком» кардио- и цереброваскулярной патологии. К сожалению, проблеме АГ с пароксизмами мерцательной аритмии не уделяется должного внимания. Нередко шаблонно при выявлении

Репозиторий ГрГМУ

ПМА, ставится диагноз: ИБС: кардиосклероз. А, между тем, основные заболевания, выявленные у больных с мерцанием предсердий в исследовании ALFA (Франция, 1999), такие: артериальная гипертензия — 39%; сердечная недостаточность — 30%; ИБС — 17%; ревматический порок сердца — 15%; гипертиреоз — 3%; «изолированное» мерцание предсердий — 29%.

Среди многообразия патологических процессов, которые могут осложниться пароксизмальной мерцательной аритмией (ПМА), можно выделить ряд основных; а именно, артериальная гипертензия, как правило, может сочетать в себе и ишемию миокарда, и нарушение электролитного обмена, и адренергический дисбаланс, и изменение геометрии сердца [5]. Вероятно, каждый из них способен играть существенную роль в инициации или поддержании пароксизма аритмии.

Инсульт является второй по частоте причиной смерти в мире. Ежегодно от инсульта умирают около 5 млн. человек, а более 15 млн. переносят нефатальный инсульт. 25% больных умирают в течение первого месяца и около 40% - в первый год. Повторное нарушение мозгового кровообращения в течение ближайших 5 лет развивается у каждого пятого больного, перенесшего инсульт или транзиторную ишемическую атаку. Общее число больных инсультом или транзиторной ишемической атакой в анамнезе в мире превышает 50 миллионов. Исследования последнего десятилетия убедительно доказали, что мерцательная аритмия (МА) имеет одно из первостепенных значений в развитии таких серьезных сердечно-сосудистых заболеваний, как нарушение мозгового кровообращения и недостаточность кровообращения. Она обладает наибольшей силой, но все же основной количественный вклад в развитие мозгового инсульта в нашей стране дает АГ. Таким образом, снижение повышенного артериального давления (АД) открывает реальные перспективы к уменьшению заболеваемости и смертности.

Репозиторий ГрГМУ

Перспективной является работа по созданию новых лекарственных препаратов, влияющих как на уровень АД, так и на профилактику возникновения пароксизмов мерцательной аритмии. В настоящее время активно исследуется относительно новая группа лекарственных средств: блокаторы ангиотензиновых рецепторов. С ней связывают хорошие перспективы в церебропротекции и профилактике инсульта у больных с артериальной гипертензией в сочетании с ПМА.

АНАЛИЗ БЛОГОСФЕРЫ НА БАЗЕ ХОСТИНГА INF.BY

Песняк О. В., Паламарчук Л. А., Чернышевич Ю. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – к.ф.-м.н., доцент С.И. Клинцевич

В настоящее время мировое виртуальное сообщество переживает пик моды на блоги и блоггинг. Блог – это облегченный в плане создания и сопровождения веб-сайт, на котором пользователь может разместить свои мысли, опубликовать фотографии, аудио- и видео-файлы, ссылки на другие блоги и Inernet-ресурсы. По своей сути блог – это сетевой дневник.

Увлечение блогостроительством привело к созданию блогосферы – нового сектора во Всемирной Паутине. Количество блогов растет почти в геометрической прогрессии. Блогосфера расширяется на глазах. В настоящее время блог-сервисом в мире пользуется более 90 млн. человек. Новый блог создается каждые 7 секунд. Однако эксперты из авторитетного в области Интернет-технологий агентства Gartner считают, что количество блоггеров в первой половине 2007 года достигнет своего максимума и стабилизируется на отметке примерно 100 млн. Отношение во всем мире к блогам разное – одни видят в блогах средство самовыражения, общения, другие – рассматривают блоги как явление негативное, несущее зло для современной

Репозиторий ГрГМУ

цивилизации. Так, например, Реформистская Церковь Господа (Reformed Church of God) в ежемесячном издании Ambassador Youth заявляет: «Ведение блогов стало общепринятой порочной практикой, такой же, как любовные отношения среди подростков, детский алкоголизм и всеобщее падение нравов».

В последние годы блоги перестали быть только персональными сетевыми дневниками, все чаще они представляют коллективные интересы крупных компаний, информационных агентств, средств медиа. Корпорации с мировой известностью активно используют блогосферу для рекламы собственной политики и продукции.

Республика Беларусь не только не стоит в стороне от мировых информационных процессов, но и активно в нем участвует, внося свой вклад в совершенствование виртуального пространства. Данная работа представляет собой попытку анализа белорусского сектора блогосферы (белорусского блоггинга- ББ), представленной на базе бесплатного хостинга inf.by. Ниже мы приводим некоторые данные, полученные в результате исследования.

1. Обще число блогов на 27.01.2007 составляет 1100. Из них обычных (некоммерческого профиля» - 1072 (97,45%), «коммерческих» – 28 (2,55%).

2. Всего в блогах: записей - 7292, картинок - 4782, комментариев - 9851, авторов - 841.

3. Существующий каталог блог-ресурсов включает следующие разделы: а) бизнес и финансы (235 блогов; 21,36%); б) дом и семья (72; 6,55%); в) интернет и hi-tech (141; 12,82%); г) компьютеры и программы (178; 15,64%); д) красота и здоровье (223; 20,27%); е) культура и искусство (517; 47,0%); личное (277; 25.19%); ж) новости (53; 4,82%); з) образование и наука (276: 25,09%); и) отдых (191; 17, 36%); к) работа (64; 5,82%); л) развлечения (173; 15.72%); м) связь (25; 2.27%); н) спорт (52; 4,73%); о) справка (6; 0,55%); п) страны и регионы (130; 11,82%).

4. Самыми многочисленными являются разделы каталога –

Репозиторий ГрГМУ

культура и искусство, образование и наука, красота и здоровье. Наименее массовыми – связь, справка, новости, спорт. Такое распределение блогов по разделам связано, на наш взгляд, с тем обстоятельством, что автор блога при регистрации сам определяет тематику блога. Поэтому имеются блоги, содержание которых слабо коррелирует с разделом, в котором он позиционируется автором.

5. Сервис на хостинге стандартный и оптимальный – обеспечивает максимум удобств при создании и сопровождении блога, имеется возможность отображать каталог ресурсов и создавать ресурсы на государственных языках РБ - на русском и белорусском.

6. Оперативно ведется новостная лента с отображением информации о блогах-новичках.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА И ВОЗРАСТА

Пигалкина О.Е., Яковчик Н.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – ассистент Н.Н.Пищик

Выполнен анализ 61 амбулаторной карты пациенток, находившихся на диспансерном учете в Гродненском ООД по поводу рака шейки матки и умерших в 2005г.

32 пациентки (52,5%) умерли от сопутствующей патологии (1 группа), 27 (44,3%) – в результате прогрессирования или начально запущенной формы основного заболевания (2 группа) и 2 (3,2%) – выбыли из-под наблюдения.

Стадирование общего числа исследуемых выглядит следующим образом: 0 стадия - 6 (10,2%) больных, I - 19 (32,2%), II - 21 (35,6%), III - 10(17%), IV - 3 (5,1%) пациента. В 1 группе 0 стадия была представлена 5 (15,6%) пациентами, I – 15 (46,9%), II – 9 (28,1%), III - 1(3,1%), IV – 2

Репозиторий ГрГМУ

(6,3%) пациентки, а , соответственно, во 2 группе: 0 - 1 (3,7%), I – 4 (14,8%), II – 12 (44,4%), III – 9 (33,4%), IV – 1 (3,7%) больная.

Место жительства общего количества больных было представлено следующим образом: 19 (32,2%) – г.Гродно, 15 (25,4%) – районные центры и 25 (42,4%) – жители села, а представители 2 групп разделялись следующим образом: представители населения г.Гродно в 1 группе составили 12 (37,5%), а во второй 7 (25,9%), жительницы населенных пунктов областного подчинения 7 (21,9%) и 8 (29,6%) соответственно, а сельские жители 13 (40,6%) и 12 (44,4%).

Средний возраст выявления заболевания составил 36 лет. В 1 группе этот показатель составил 29 лет, а во второй - 44 года.

При анализе 1 группы показатель среднего возраста выявления составил 29, 24 и 30 лет, для города, района и села, а количество пациентов - 12 (37,5%), 5 (15,6%), 15 (46,9%). Во 2 группе аналогичные показатели составили 44, 41 и 47 лет, и 7 (26%), 8 (29,6%), 12 (44,4%) пациентов.

Выводы:

1. Причиной смерти почти у половины пациентов, умерших в 2005г. явился рак шейки матки.
2. При анализе постадийного распределения в 1 группе отмечается преобладание I и II стадии, а во 2 - II и III.
3. В общем количестве пациентов отмечается преобладание городского населения.
4. Во второй группе увеличивается удельный вес пациентов из села и районных центров и уменьшается количество жительниц г. Гродно.
5. Средний возраст больных 2 группы на 15 лет больше, чем в 1.

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ЦИФРОВОЙ ФИЛЬТАЦИИ БИОПОТЕН

АЛОВ

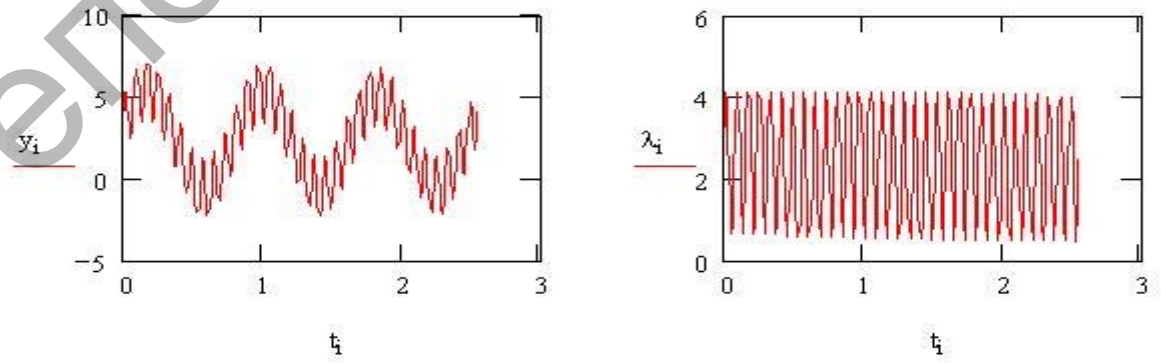
Пигалкова Л. Е., Рубец М. И., *Клинцевич А. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

*Гродненский государственный университет им Я. Купалы, Беларусь
Кафедра медицинской и биологической физики
Научный руководитель – к.ф.-м.н., доцент С.И. Клинцевич

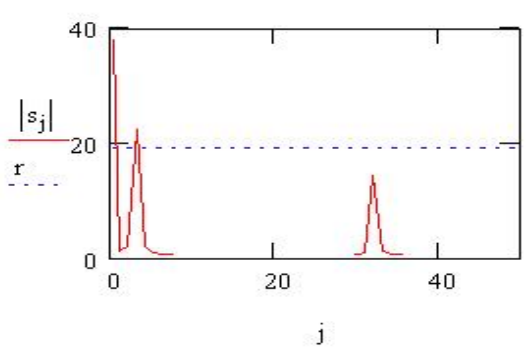
В современной медицине биопотенциалы рассматриваются как важнейший источник информации о метаболических процессах и физиологическом состоянии организма человека в норме и патологии. Сложность решения задач обработки биоэлектрических сигналов обусловлена тем, что биологические процессы порождают сигналы на низких уровнях амплитуды. Поэтому для их регистрации используются высокочувствительные датчики, которые, помимо полезного сигнала, фиксируют электрические и магнитные сигналы от посторонних источников. Такие помехи, неизбежно возникающие в реальных условиях регистрации физиологических сигналов, рассматриваются как шумовой компонент, искажающий полезный сигнал. Предварительная обработка сигнала, в первую очередь связана отделением полезного сигнала от шума (фильтрация) в области информативных частот. В связи с этим актуальной является задача построения эффективных алгоритмов подавления шумов, которые в минимальной степени искажают форму информативных фрагментов физиологических сигналов.

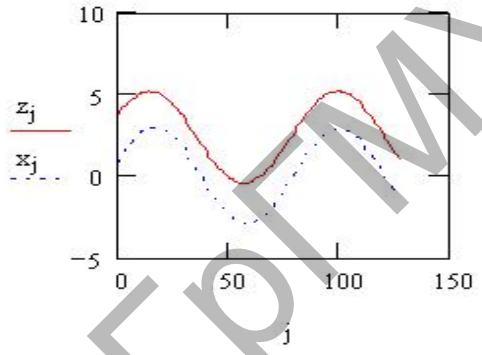


В настоящей работе исследуется один из подходов к решению задачи фильтрации частотных помех биопотенциалов, основанный на прямом и обратном быстром дискретном преобразовании Фурье

Репозиторий ГрГМУ

(БДПФ). Математически задача формулируется следующим образом: требуется по зашумленному сигналу $y(t_i)=F(x(t_i), \lambda(t_i))$, наблюдаемому в дискретные моменты времени t_i (i=1, 2,..,N), выделить полезный сигнал $x(t_i)$, отфильтровав шум $\varepsilon(t_i)$.





Процедура фильтрации реализована нами в среде пакета математического автоматизированного проектирования MathCad v. 12.0 фирмы Mathsoft. Приведенные ниже скриншоты демонстрируют эффективность предложенного алгоритма фильтрации на основе БДПФ не только низкочастотного шума, но и в случае присутствия вероятностной шумовой помехи.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПОВ ГЕМОДИНАМИКИ У УЧАЩИХСЯ-ЮНОШЕЙ

Пикиреня В.И., Епифанов М.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

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

В настоящее время отмечается весьма парадоксальное явление, которое заключается в том, что здоровый человек значительно менее изучен, чем больной. Это затрудняет профессиональный отбор людей, выяснение перехода от здорового состояния к больному, а также суждение о динамике заболевания, выздоровления и так далее. В связи с этим целью нашего исследования является изучение характера

Репозиторий ГрГМУ

распределения типов гемодинамики и сравнительный анализ компонентов их определяющих (ударного индекса, удельного периферического сопротивления) у учащихся-юношей гродненской школы №19.

Работа выполнена при помощи реографического метода обследования 70 юношей-добровольцев, в возрасте 14-16 лет, которые являются учащимися школы №19 города Гродно. Тип гемодинамики определяли реографическим методом при помощи автоматизированной системы «Ирина», которая позволяет получить на экране прибора одновременный ввод двух реографических и одного ЭКГ-сигнала. Далее прибор может осуществить автоматизированный расчет основных показателей реографической кривой (ударного индекса, удельного периферического сопротивления и других показателей), на основании которых производится автоматическое определение типов гемодинамики. При этом выделяли три основных типа: эукинетический, гиперкинетический и гипокинетический.

В результате проведенного исследования было установлено, что наиболее встречающимся типом кровообращения у учащихся мужского пола гродненской школы №19 был эукинетический, который составил 44% от общего количества обследованных. У данного типа ударный индекс был 48,24 ±± 3,42 мл/· м^2, а удельное периферическое сопротивление – 2255,08 ±± 34,87 дин·с·см$^{-0,5}$·м^2. Эти показатели соответствуют норме (в норме ударный индекс 33,6 – 55,8 мл/м^2, а удельное периферическое сопротивление 2000 – 3200 дин·с·см$^{-0,5}$·м^2). Вторым по частоте встречаемости был гиперкинетический тип. Он составил 41% от общего количества обследованных. У данного типа ударный индекс был 62,31 ±± 2,94 мл/м^2, что гораздо выше нормы, а удельное периферическое сопротивление 1511,09 ±± 26,15 дин·с·см$^{-0,5}$·м^2, что намного ниже нормы. Самым малочисленным и редко встречающимся оказался гипокинетический тип, у которого ударный

Репозиторий ГрГМУ

индекс был 30,17 ±± 2,8 мл/м^2, что ниже нормы, а удельное периферическое сопротивление 3884,14 ±± 29,36 дин·с·см$^{-0,5}$·м^2, что значительно выше нормы. При более детальном исследовании гиперкинетического типа было установлено преобладание резко выраженной формы (резко выраженный гиперкинетический подтип 41%, выраженный гиперкинетический подтип 17%, гиперкинетический подтип 17% и умеренно выраженный гиперкинетический подтип 25%). При этом для эукинетического типа характерным было наличие очень незначительного количества случаев пограничных состояний (чисто эукинетический подтип 77%, эукинетический подтип с тенденцией к гиперкинезии 15% и эукинетический подтип с тенденцией к гипокинезии 8%). А при исследовании гипокинетического типа какой-либо закономерности установлено не было (резко выраженный гипокинетический подтип 20%, выраженный гипокинетический подтип 60% и умеренно выраженный гипокинетический подтип 20%).

Таким образом, преобладающими типами гемодинамики среди учащихся мужского пола школы №19 города Гродно в возрасте 14-16 лет являются эукинетический и гиперкинетический, причем второй в большинстве случаев был представлен крайне резко выраженной формой, так как у данного типа наблюдалось значительное отличие соответствующих показателей ударного индекса и удельного периферического сопротивления от нормы.

РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Пицко Д. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Подагра часто приводит к развитию сердечно-сосудистой патологии. Согласно данным Фрэмингемского исследования, из 5209 больных подагрой у 60% обнаружено поражение коронарных сосудов

Репозиторий ГрГМУ

сердца. Артериальная гипертензия, по различным данным, присутствует у 25-50% больных с подагрой, не зависит от длительности болезни.

Цель исследования: изучить риск сердечно-сосудистой патологии у больных подагрой.

Был проведен анализ историй болезни больных подагрой, прошедших стационарное лечение в Гродненской областной клинической больнице (ГОКБ) за последние 5 лет.

За период 2002-2006гг. отмечено 116 случаев госпитализации в ГОКБ по поводу подагры и ее осложнений. Было пролечено 92 больных с подагрой, т. е. некоторые больные госпитализировались несколько раз. Лечение прошло 89 мужчин и 3 женщины. Из 92 больных было 64 городских жителей, 28 сельских жителей. Распределение по возрасту было следующим: меньше 20 лет-1 пациент, 20-29 лет-2 пациента, 30-36 лет – 16 пациентов, 40-49 лет – 26 человек, 50-59 лет –27 пациентов, 60-69 лет-10 больных, 70-79 лет- 10 человек. Как видно, подагра чаще наблюдается в возрастной категории от 40 до 60 лет, т. е. в трудоспособном возрасте. Заболеваемость подагрой имеет тенденцию к росту. Так в 2002 году стационарное лечение в ГОКБ прошло 10 человек, за 2006г.–37 человек. О заболеваемости подагрой в Беларуси нет достоверной статистической информации, но, учитывая более высокую распространенность заболеваемости подагрой в развитых странах с высоким уровнем жизни, можно предполагать рост заболеваемости подагрой в Беларуси в связи со значительным улучшением уровня жизни в нашей стране.

Подагра, подагрический полиартрит без сопутствующих заболеваний наблюдался только у 16(17,4%) пациентов. У 67 больных была выявлена сердечно-сосудистая патология, у 25 больных подагра протекала без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Были диагностированы следующие заболевания сердечно-сосудистой системы - артериальная гипертензия: I степени - 2 пациента, II степени

Репозиторий ГрГМУ

– 22 пациента, III степени – 12 пациентов. У 25 больных была симптоматическая артериальная гипертензия. У 15 больных наблюдалась ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия напряжения – 7 больных, кардиосклероз - 8 больных. Из группы больных ИБС у 6 больных было сочетание ИБС и артериальной гипертензии, что идет отдельным шифром по 12-й форме статистической отчетности. С учетом этого у всех 67 больных подагрой в сочетании с сердечно-сосудистой патологией наблюдались повышенные цифры артериального давления. Атеросклероз аорты диагностирован у 6 больных. У 3 больных были последствия перенесенного инфаркта головного мозга. Таким образом, сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 73% больных подагрой. Исследование Gutmann, показало, что не более четверти больных подагрой погибают от хронической почечной недостаточности, причинами которой в равной мере являются гломерулонефриты, поликистоз и нефросклероз. Основная же причина смерти – это сердечно–сосудистые катастрофы.

Выводы.

1. У больных подагрой высокий риск развития сердечно-сосудистой патологии.

2. Необходимо провести исследование функционального состояния эндотелия у больных подагрой, т. к. дисфункция эндотелия – важный фактор риска развития сердечно-сосудистой патологии.

3.Необходимо разработать программу превентивной кардиологии для профилактики сердечно-сосудистых инцидентов у данной категории больных, тем самым сохранить трудоспособность и профессиональную деятельность, улучшить качество жизни и увеличить ее продолжительность.

ПОДАГРА В СТРУКТУРЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ АРТРИТОВ

Пицко Д. В., Василевская Т. А., Моргис Я. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

Кафедра госпитальной терапии
Гродненская областная клиническая больница
Городская поликлиника №3 г. Гродно

Подагра представляет собой метаболическое заболевание, связанное с нарушением обмена мочевой кислоты и накоплением ее в организме, клинически проявляющееся повторными приступами острого артрита, кристаллиндуцированными синовитами, отложением уратов в тканях. Данное заболевание приводит к частой временной потере трудоспособности, ограничению профессиональной деятельности, что делает это заболевание актуальной проблемой здравоохранения. Подагра является наиболее частой причиной воспалительного артрита у мужчин старше 30 лет и, вероятно, занимает второе место по частоте воспалительных артритов в США. В Европе на долю данной патологии приходится от 0,01 до 0,3% заболеваемости, среди ревматических заболеваний ее доля составляет 1,5-5%. По Гродненской области отмечается увеличение общей заболеваемости взрослого населения подагрой. Так, по данным, предоставленным областным ревматологом, заболеваемость подагрой на 100 тыс. взрослого населения составила: в 2003 г. – 38,7, в 2004 г. – 46,0, в 2005 г. – 51,7. Для сравнения, общая заболеваемость ревматоидным артритом на 100 тыс. взрослого населения составила: в 2003 г. - 240,92, в 2004 г. - 234,3, в 2005г.- 227,26. Таким образом, на фоне уменьшения заболеваемости ревматоидным артритом отмечается увеличение заболеваемости подагрой. В то же время, первичная заболеваемость подагрой снижается: в 2003г.- 6,9 на 100 тыс. населения, в 2004г.- 4,3, в 2005г.-4,0.

Цель исследования. Изучить долю подагры среди воспалительных артритов у лиц, находящихся на диспансерном учете, определить показатели временной нетрудоспособности у больных подагрой.

Гродненская городская поликлиника №3 обслуживает население

Репозиторий ГрГМУ

численностью 80 тыс. человек, из них 62257 взрослого населения. Трудоспособного населения – 51057 человек. Была проанализирована работа врача – ревматолога 3й городской поликлиники города Гродно: на диспансерном учете у ревматолога по поводу воспалительных артритов на конец 2006 года состоял 91 человек. Из них по поводу подагрических артритов – 16 человек. Как видно, доля подагры среди воспалительных артритов составила 17,6%. Больше всего приходится на долю ревматоидного артрита - 80,2 % и на псориатический артрит пришлось 2,2%. За год зарегистрировано 33 случая подагры. По поводу воспалительных артритов за 2006г. было зарегистрировано 99 случаев временной нетрудоспособности, что составило 783 дня временной нетрудоспособности. Из них 21 случай по поводу подагрического артрита, что составило 186 дней временной нетрудоспособности, или 23,7% от всего количества дней временной нетрудоспособности (ВН), в то время как число случаев составило 21,2% от всего количества случаев ВН. Средняя продолжительность случая ВН по поводу подагрического артрита составила 8,86 дня, что больше, чем по другим артритам – 7,6 дней.

Выводы.

1. Подагра занимает второе место по частоте воспалительных артритов.

2. Средняя продолжительность случая временной нетрудоспособности при подагрическом артрите больше, чем при других артритах.

3. Необходимо усилить контроль за диспансеризацией больных подагрой, обеспечить профилактику обострения подагрических артритов путем постоянного контроля урикемии и своевременным назначением урикодепрессивных препаратов.

4. Особое внимание больных обратить на важность соблюдения низкопуриновой диеты, исключения алкоголя и ведение здорового образа жизни.

Репозиторий ГрГМУ

ВОЗМОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕРОЗНОГО И ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА ПО КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

Плашко Л.С., Белюк Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.В. Васильев

В настоящее время около 10% всей инфекционной патологии, по поводу которой проводится лечение в инфекционном стационаре, составляют различные нейроинфекции. Нередкие отказы больных и их родственников от люмбальной пункции, затрудняет дифференциальную диагностику. В таких случаях действует принципиальный подход - при неопределенности характера менингита, его лечат как гнойный. Однако некоторые гнойные менингиты требуют интенсивной антибактериальной терапии, включающей два антибиотика, что совершенно необосновано при серозном менингите.

Целью настоящего исследования стало выявление дифференциально-диагностических признаков между гнойными и серозными менингитами.

Материал и методы. Материалом исследования стали 100 историй болезни больных различными нейроинфекциями, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице с 2003 по 2006 год. Истории были отобраны по случайному признаку. Истории болезни разделены на две группы. Первую группу (n=50) составили больные гнойными менингитами, вторую (n=50) – серозными. Данные историй подвергнуты сравнительному и коррелятивному анализу. При этом использовались показатели ранговой корреляции (Sperman Rank Order).

Полученные результаты. В ходе исследования получены данные,

Репозиторий ГрГМУ

свидетельствующие о более частом выявлении очаговой симптоматики у больных с серозными менингитами (+0,29; p<0,05). Для гнойных менингитов был характерен более выраженный менингеальный синдром: выраженная ригидность шейно-затылочных мышц (+0,35; p<0,05) и симптом Кернига (+0,45; p<0,05). У больных с гнойными менингитами чаще (p<0,05) отмечалось снижение артериального давления, что подтверждается и показателями ранговой корреляции (систолическое АД в течение первой недели от -0,38; p<0,05 при поступлении до -0,44; p<0,05 к 7 дню в стационаре). Для больных гнойными менингитами более характерно было учащение дыхания (+0,51; p<0,001). При исследовании показателей гемограммы установлено, что при гнойных менингитах чаще (p<0,05) отмечался лейкоцитоз (+0,61; p<0,0001). Показатель ЛИИ также был более высоким при гнойном характере менингита (+0,58; p<0,01). При серозных менингитах уровень эозинофилов был выше (p<0,05), это подтверждалось и данными корреляции (+0,53; p<0,05). Ускорение СОЭ при поступлении в стационар при гнойных менингитах было более значимым (+0,45; p<0,05). Чаще при гнойном менингите отмечалась токсогенная зернистость нейтрофилов (+0,86; p<0,0001). Среди биохимических показателей заслуживает внимания содержание ионов Na^+ в сыворотке крови. При гнойных менингитах отмечалось снижение содержания этого иона (-0,86; p<0,001). Для оценки значимости полученных дифференциально-диагностических признаков они сопоставлены с классическими. Так, выраженность плеоцитоза обнаружила коррелятивную связь с гнойными менингитами (+0,51; p<0,0001), а относительное содержание нейтрофилов в ликворе дало корреляцию с гнойным менингитом (+0,57; p<0,05).

Выводы. Детальный учет данных клинико – лабораторного характера позволи практическому врачу результативнее решать вопросы дифференциальной диагностики нейроинфекций.

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИРУСНОЙ ПАТОЛОГИИ НА

Репозиторий ГрГМУ

ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА

Плашко Л.С., Белюк Е.Н., Круглая А.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.В. Васильев

При относительно небольшой частоте гнойных менингитов в общей массе инфекционной патологии эти заболевания характеризуются тяжелым течением, высоким риском летального исхода, необходимостью интенсивной терапии и длительным пребыванием больных как в ОРИТ, в частности, так и в стационаре, в целом.

Целью настоящего исследования стало изучение роли сопутствующей патологии в развитии симптоматики и ее влияния на течение основного заболевания.

Материал и методы. Материалом исследования стали 59 историй болезни больных гнойными менингитами, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице с 2003 по 2006 год. У 16 больных на фоне гнойного менингита выявлялось наличие сопутствующей вирусной патологии (ЭВИ, аденовирус, ВПГ 1 и 2 типа и др.). Данные подвергнуты коррелятивному анализу. При этом использовались показатели ранговой корреляции (Sperman Rank Order). Проведено также сравнительно-статистическое исследование групп больных с «чистой» нейроинфекцией и с гнойным менингитом в сочетании с вирусной патологией. С учетом небольших выборок нами при сравнении использовались методики непараметрической статистики (показатель U Манна- Уитни).

Полученные результаты. В ходе исследования получены данные, свидетельствующие о возможном влиянии выявленной сопутствующей патологии на течение гнойного менингита. Коррелятивная связь (+0,36; $p<0,05$) сопутствующей патологии на фоне гнойного менингита была

Репозиторий ГрГМУ

обнаружена с развитием синдрома экзантемы (чаще пятнисто-папулезного характера). Сравнительный анализ показал более высокий уровень лихорадки в группе «чистых» менингитов. Коррелятивная связь с фебрильной лихорадкой носила обратный характер (-0,38; $p<0,05$). При поступлении у больных с сопутствующей вирусной патологией уровень плеоцитоза был выше ($p<0,05$), чем в группе больных без таковой. Корреляционный анализ также обнаружил связь этого показателя с сопутствующей вирусной патологией (+0,42; $p<0,05$). Относительное содержание нейтрофилов среди клеток ликвора при наличии сопутствующей вирусной патологии было выше ($p<0,05$). Корреляционный анализ также выявил достоверную ($p<0,05$) связь этой тенденции (+0,45). Гнойные менингиты при сопутствующей патологии нередко оставались резистентными к терапии цефалоспоринами и пенициллинами (корреляционная связь -0,4; $p<0,05$). При выписке из стационара у больных с сопутствующей вирусной патологией отмечалась тенденция к лейкопении (+0,42; $p<0,05$) и ускорению СОЭ (+0,4; $p<0,05$). Лечение больных с сопутствующей вирусной патологией было достоверно ($p<0,05$) более продолжительным. Корреляция с длительностью пребывания больного в стационаре также носила достоверный характер (+0,46; $p<0,05$).

Выводы. 1. Вирусная сопутствующая патология способствует нарастанию гемато-энцефалического барьера.

1. Необходимо продолжать исследования в направлении поиска особенностей течения нейроинфекций на фоне конкретной сопутствующей патологии.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Плеханов Н.А., Жук С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Репозиторий ГрГМУ

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

Развитие инфекции в хирургических ранах продолжает оставаться одним из серьезных осложнений, которые могут быть у больных, перенесших операцию. Основными условиями, определяющими характер заживления ран, являются: микробное загрязнение раны, состояние местной и общей резистентности организма.

Цель исследования. Изучить состояние иммунного гомеостаза у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 50 больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Функциональную активность Т-лимфоцитов оценивали с помощью реакции спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана, определяли общее число и активные Т-лимфоциты. Определяли также теофилинчувствительные Т-супрессоры и теофилинрезистентные Т-хелперы в модификации Скрябиной Э.Г. и соавт. В-лимфоциты оценивали в розеткообразовании с эритроцитами мыши. Основные классы иммуноглобулинов исследовали с помощью метода радиальной иммунодиффузии по Mancini. Комплементарная активность сыворотки крови определялась по методу 50% гемолиза в модификации на планшетах Такачи.

Оценка состояния иммунного статуса у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости показала, что у больных с острым катаральным аппендицитом и перфоративной язвой существенных различий в концентрации иммуноглобулинов классов M,G,A по сравнению с группой здоровых лиц нет. При деструктивных формах острого аппендицита и холецистита имело место достоверное снижение уровня иммуноглобулинов M и G. Абсолютное количество Т-общих лимфоцитов у больных острым флегмонозным аппендицитом и флегмонозным холециститом имело

Репозиторий ГрГМУ

устойчивую тенденцию к снижению, а при остром гангренозном аппендиците это снижение имело достоверный характер (p< 0,05). Аналогичная тенденция установлена и в динамике иммунорегуляторных субпопулляций Т-лимфоцитов: снижение абсолютного и относительного количества Т-хелперов и Т-супрессоров, а также В-лимфоцитов .

В дооперационном периоде отмечено достоверное снижение активности комплемента (p< 0,05) и угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов лишь у больных острым гангренозным аппендицитом (p< 0,05). В других группах обследованных существенного различия данных показателей по сравнению с контролем выявлено не было. Таким образом, у больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости наблюдаются следующие изменения: относительный иммунодефицит Т- и В-системы защиты, который проявляется уменьшением относительного и абсолютного числа лимфоцитов, а также снижением концентрации JgM и Jg G в сыворотке крови у больных с деструктивными формами острого аппендицита и холецистита. Угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов было отмечено у больных острым гангренозным аппендицитом (p<0,05). Сопоставление показателей, характеризующих иммунный статус больных с деструктивными формами острого аппендицита и холецистита, позволило установить общую для данных групп закономерность: относительный иммунодефицит имеет одни и те же признаки.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ РОТОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Позднякова О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – ассистент А.Н.Бердовская

Репозиторий ГрГМУ

Инфекционный эндокардит часто развивается на фоне врожденных пороков сердца, нежели поражает здоровое сердце. Предпосылкой для развития инфекционного эндокардита служат особенности гемодинамики при врожденных пороках сердца. Помимо повреждения эндокарда для развития инфекционного эндокардита необходимы еще два условия: наличие бактерий и их способность заселять эндокард. В некоторых случаях вирулентность возбудителя играет даже большую роль, нежели повреждение эндокарда. В этом плане важным представляется наличие хронических очагов инфекции. Хронический тонзиллит является одним из видов очаговой инфекции, так как локализация миндалин на пересечении воздухоносных и пищевых путей приводит к массивному антигенному воздействию. Самым частым источником возбудителей (по мнению различных авторов 1,3) служат миндалины.

Цель исследования. Проанализировать особенности микробного пейзажа миндалин у детей с врожденными пороками сердца.

Методы исследования. Обследовано 30 пациентов (19 мальчиков и 11 девочек) с врожденными пороками сердца без хирургической коррекции (дефект межжелудочковой перегородки – 10 детей, дефект межпредсердной перегородки – 8 детей, открытый артериальный проток, тетрада Фалло, коарктация аорты по 2 человека, стеноз легочной артерии и устья аорты по 3 пациента). Проводилось комплексное клиническое обследование включающее, ЭКГ, ЭХОКГ, осмотр ЛОР-врачом и посев со слизистой миндалин на флору, чувствительность к антибиотикам.

Среди обследованных 15 детей не имели проявлений сердечной недостаточности, 13 детей имели НI степени и 2 детей НIIА степень сердечной недостаточности. У 17 детей имелись очаги хронической инфекции (у 13 детей – хронический тонзиллит, у 4 – аденоиды 1-2 степени), у 13 человек хронические очаги отсутствовали. В посевах со

Репозиторий ГрГМУ

слизистой миндалин у большинства детей (12 человек) обнаруживался стрептококк (40 %), у 7 детей - стафилококк (23%), у 5 имел место высев сочетанной микрофлоры (стафилококк и стрептококк), у 5 человек в посевах со слизистой миндалин обнаруживались грибы рода кандида и лишь у 6 детей в посевах со слизистой миндалин отсутствовала патогенная флора. При анализе чувствительности к антибиотикам отмечено, что стрептококк наиболее чувствителен к препаратам цефалоспоринового ряда (45%), аминогликозидам (12%), стафилококк к препаратам цефалоспоринового ряда (39%), макролидам (24%), сочетанная флора к препаратам цефалоспоринового (26%) ряда и макролидам (17%). К препаратам пенициллинового ряда отмечается устойчивость у (48%) больных.

Выводы. 57% детей с врожденными пороками сердца имеют очаги хронической инфекции, ведущее место среди которых занимает хронический тонзиллит (43%). Даже при отсутствии хронических очагов инфекции у 80% детей имеется положительный результат посева на патогенную микрофлору, в которой преобладает стрептококк. В санации очагов хронической инфекции не утратили своей роли препараты цефалоспоринового ряда, аминогликозиды и макролиды, в то время как к препаратам пенициллинового ряда сформировалась устойчивость.

Литература:

1. Мутафьян О.А. Врожденные пороки сердца. СПб.: Невский диалект, 2002. - С.11-12.
2. Белоконь Н.А. Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. - М.: Медицина, 1987, Т. II. – С. 480.
3. Хоффман Дж. Детская кардиология. – М., 2006. - С. 389.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

Покалюк А.Н., Снитко В.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

Кафедра факультетской терапии
Научный руководитель – к.м.н., доцент В.И.Дедуль

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

Цель исследования. Совершенствование раннего распознавания расслаивающей аневризмы аорты.

Материалы и методы исследования. На протяжении 10 лет (1996-2005 гг.) в кардиологическом отделении 2-ой клинической больницы наблюдалось 30 больных в возрасте от 46 до 83 лет. 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. Летальный исход наступил у 27 больных. У 3-х больных расслаивающая аневризма восходящего отдела аорты приняла в дальнейшем хроническое течение. Самой частой причиной расслоения стенок аорты были артериальная гипертензия (АГ) в сочетании с атеросклерозом аорты (28 больных).

Результаты и обсуждение. В основном все больные с расслаивающей аневризмой грудного отдела аорты поступали в стационар с подозрением на острую коронарную недостаточность на фоне гипертонических кризов. Аорталгии проявлялись давящими, жгучими болями за грудиной, иррадиирущие в обе руки, шею, спину, верхнюю часть живота, которые усиливались при эмоциональном

Репозиторий ГрГМУ

напряжении. Характерно, что жесточайшие боли в грудной клетке при этом заболевании не сопровождались развитием острой левожелудочковой недостаточности. Не отмечалось в этих случаях и опасных, требующих медикаментозной коррекции аритмий. Возникновение аорталгии обусловлено раздражением нервных окончаний в стенке измененной атеросклеротическим процессом аорты или раздражением парааортальных нервных сплетений при перерастяжении стенки аорты. На ЭКГ не было зарегистрировано признаков очагового поражения миокарда.

Правильной диагностике расслаивающей аневризмы и разрыва аорты способствует тщательная детализация болевого синдрома и четкое представление о его особенностях у этих больных, выявление фоновых заболеваний (многолетнее повышение артериального давления, атеросклероз аорты) полноценное клиническое обследование (определение ширины сосудистого пучка в динамике, выявление и правильная трактовка шумов над аортой, поиск периферических «масок» заболевания), правильная трактовка ЭКГ изменений, своевременное рентгенологическое и ультразвуковое исследование.

Выводы.

1. Расслаивающая аневризма аорты является прогностически неблагоприятным осложнением АГ в сочетании с атеросклерозом аорты.

2. Наиболее частой причиной расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов является нечеткое представление практическими врачами особенностей клинической картины расслаивающей аневризмы аорты, несвоевременное использование рентгенологического и ультразвукового методов исследования.

КОЛО- И ЭНТЕРОСТОМАМИЯ У ДЕТЕЙ

Полойко А.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Репозиторий ГрГМУ

Кафедра детской хирургии
Научный руководитель - доцент Ю.Г.Дегтярев

За 2000-2005 г.г. в ЦДХ находились на лечении в Центре детской хирургии г. Минска 252 ребенка с коло- и энтеростомами. Можно выделить 5 групп больных с коло- и энтеростомами.

К первой группе мы отнесли детей с аноректальной патологией, у которых произведено наложение колостомы как промежуточный этап в лечении врождённой аномалии - 104 ребёнка . Колостомы этим детям накладывались на срок от 4 месяцев до 1 года и более в зависимости от необходимости хирургической коррекции порока. Учитывая, что контролируемый (осознанный) акт дефекации формируется у здорового ребенка к 2-2,5 годам жизни, функционально обосновано и является оптимальным как для больного, так и в техническом плане для хирурга радикальное лечение именно в этом возрасте. Операции в более раннем возрасте сложнее для хирурга и опаснее для больного. Откладывание радикальной операции на возраст старше 3-х лет также нецелесообразно, так как вторичные изменения в толстой кишке и тазовом дне значительно усложняют вмешательство и ухудшают прогноз.

Вторую группу составили больные с различной врожденной патологией толстого кишечника (81 ребёнок), в том числе с болезнью Гиршпрунга. Колостома им накладывалась в комплексе предоперационной подготовки по строгим показаниям: если трудно или невозможно отмыть кишечник сифонными клизмами, или требуется вывести ребенка из тяжелого состояния, обусловленного рецидивирующей кишечной непроходимостью. В некоторых случаях (4) приходилось перекладывать колостомы, выведенные по экстренным показаниям в других лечебных учреждениях для сохранения функционирующего участка толстой кишки и возможности проведения адекватной радикальной операции.

Репозиторий ГрГМУ

В третью группу включены дети с острой хирургической патологией брюшной полости (острый аппендицит, инвагинация кишечника, перитонит другого генеза), которым произведено наложение коло- или чаще энтеростомы по жизненным показаниям до стихания острых воспалительных явлений в брюшной полости- 39 больных.

Четвёрая группа больных- это больные с травмами прямой кишки, влагалища с наложенными временно колостомами для проведения этапных реконструктивных операций - 24 больных .

В отдельную группу нами включены больные с наложенными энтеростомами при неспецефическом язвенном колите с рубцовым стенозом толстого кишечника и тотальном полипозе толстого кишечника - 4 ребёнка.

Осложнения после энтеро- и колостомий развиваются в значительном проценте случаев. Чаще всего они наблюдаются в раннем послеоперационном периоде и обусловлены техническими трудностями. Из 252 детей осложнения после наложения энтеро- и колостом были у 64 (25 %). В ближайшем послеоперационном периоде они были у 58 детей. Это перитонит, связанный с некрозом стенки выведенной кишки у 8 , кишечная непроходимость - у 7, воспаление и отёк выведенного участка толстой кишки - у 14, нагноение и несостоятельность швов у кожного края стомы - у 12. абсцессы и свищи в области стом - у 17 больных. В отдалённом периоде также были осложнения - у 26 детей: стриктуры стомы - у 13, пролапс кишки - у 9, параколостомические грыжи - у 4 детей.

Анализ наших наблюдений позволяет сделать вывод, что энтеро- и колостома - это сложные и ответственные операции. При формировании стомы создаётся специфичная рана с линией кожно-кишечных швов, постоянно загрязняемая кишечным содержимым, что способствует развитию раневой инфекции. Применение в последнее время в раннем послеоперационном периоде различных типов стандартных калоприёмников (ConvaTec и др.) значительно снизило

Репозиторий ГрГМУ

число гнойных осложнений.

УРОВЕНЬ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 25 ЛЕТ

Полюхович Ю.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

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

Сегодня одной из приоритетных задач нашего государства является формирование у населения здорового образа жизни[1]. Наверное, нет человека, который бы не знал о вреде курения алкоголя и других факторов риска для здоровья[2]. Здоровая молодежь – это успешное будущее нашего народа, поэтому целью нашей работы стало изучение корреляции факторов риска и уровня работоспособности среди мужчин в возрасте от 18 до 25 лет.

Материал и методы исследования. На базе филиала 2-ой городской больницы г.Пинска была проведена у 90 призывников обработка данных медицинских карт стационарного больного: биохимический анализ крови (исследование уровня холестерина в крови) велоэргометрия (ВЭМ) электрокардиография (ЭКГ) центральная гемодинамика (ЦГД) измерение роста и массы тела. В возрастной группе преобладали: 21-летние юноши составили 17,7% (16 человек), 20-летние – 15,5% (14 человек) 19-летние – 13,3% (12 человек). Толерантность к нагрузке определялась на велоэргометре " М 32-В-1 Луч " (РБ) по стандартной методике, первая ступень составляла 300 кгм/мин, ЦГД, ЭКГ - на комплексе "Валента" (РФ), холестерин - ферментативным методом на аппарате "Solar" (РБ).

Результаты исследования: Из 90 человек: курят 52 (56%) человека употребляют алкоголь 27 (30%) человек ведут малоподвижный образ жизни (МПОЖ) 51 (56,7%) человек, избыточная масса тела (ИМТ›25) - у 36 (40%) человек, холестерин (более 5,5

Репозиторий ГрГМУ

ммоль⁄л) - у 14 (15,5%) человек. Обследуемые были разделены на 2 группы: I - клинически здоровые (30 (33,3%) человек), II - с сопутствующей патологией (60 (66,7%) человек). Из них с нейроциркуляторной астенией - 48%, артериальной гипертензией I и II степени - 34%, пролапс митрального клапана – 1,6%. Цифровые данные были разбиты соответственно выделенным группам. В I группе: 1) курит 8 (27%) человек; 2)употребляют алкоголь 2 (6,7%) человека; 3) ведут МПОЖ 6 (2%) человек; 4) ИМТ повышен у 5(16,7%) человек; 5) холестерин выше нормы у 2 (6,7%) человек. Уровень работоспособности у 26 (86,7% человек) I группы высокий. Лишь у 3 (12%) человек выявлено по одному фактору риска (курение), а у 1 (4%) – 2 фактора риска (МПОЖ, курение). У 4 (13,3 %) человек I группы установлен средний уровень работоспособности. При этом у 3 (75%) человек выявлено 4 фактора риска (курение, употребление алкоголя, ИМТ выше нормы, МПОЖ), а у 1 человека (25%) - 2 фактора риска (повышен холестерин крови и курение). Во II группе: 1) курит 42 (70%) человека; 2) употребляет алкоголь 25 (41,7%) человек; 3) ведут МПОЖ 43 (71,7%) человека; 4) ИМТ повышен у 28 (46,7%) человек; 5) холестерин выше нормы у 13 (21,7%) человек; 6) высокие цифры артериального давления у 20 (34%); 7) уровень работоспособности: а) высокий у 13 (21,.7%) человек. Из них у 2 (15%) – 1, у 6 (46%) - 2, у 3 (23%) – 3, у 2 (15%) человек – 4 факторов риска. Средний уровень работоспособности установлен у 43 (56,7%) человек. Из них у 6 (14%) – 1, у 32 (74%) – 2, у 5 (11%) – 3 фактора риска. Низкий уровень работоспособности отмечен у 13 (21,7%) человек. Из них у 7 (54%) - 2, у 4 (31%) – 3, у 1 (8%) человека – 4, у 1(8%) человека – 5 факторов риска.

Выводы. Частота выявления факторов риска в I группе значительно меньше, чем во II и установлена корреляция физической работоспособности с факторами риска (чем выше число факторов риска, тем ниже уровень физической работоспособности).

Репозиторий ГрГМУ

Литература:

1. Ключенович В.И., Секач А.С., Мисяченко Г.С. и др. Отношение населения РБ к здоровью и здоровому образу жизни// Здравоохранение, 2004. – N2. - С. 52-55. [2] Отчет ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. – Женева, 1997. – 206 с.

СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ СЕРОТОНИНА И ТРИПТОФАНА В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Попечиц Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – ассистент Т.В. Лиопо

Инфекционные поражения центральной нервной системы (ЦНС) различной этологии в настоящее время являются особо актуальной проблемой в современной инфектологии. Это связано с высокой летальностью и частотой неврологических последствий. Большой интерес представляет поиск дополнительных возможностей в диагностике нейроинфекций, которые, наряду с известными общеклиническими исследованиями, помогут максимально быстро и правильно установить диагноз. По нашему мнению, одним из таких вариантов является определение в спинномозговой жидкости уровня некоторых биогенных аминов, в частности, серотонина и триптофана. Серотонин является медиатором нервных процессов в ЦНС, выполняет ряд других важных функций в организме человека. Предположительно, уровень серотонина и его предшественника – триптофана при наличии воспалительных изменений инфекционного характера в головном мозге может изменяться в зависимости от степени вовлечения в патологический процесс различных структур головного мозга.

Обследовано 54 больных с диагнозом серозный менингит. Контрольную группу составили больные с диагнозом ОРВИ с

Репозиторий ГрГМУ

явлениями менингизма (n=8). Среди обследованных больных в 2 группах были дети в возрасте 12 ± 3 года, которые поступали в стационар на первые-четвертые сутки от момента заболевания. Среди жалоб преобладали те, которые являются основными для клинического симптомокомплекса, характерного для менингеального синдрома: рвота, головная боль, повышение температуры тела. Однако у ряда больных отсутствовала типичная клиника заболевания, что еще раз подтверждает необходимость поиска новых методов диагностики.

В наших исследованиях использовался метод ион-парной ВЭЖХ с детектированием по природной флюоресценции. Забор ликвора осуществлялся в острую фазу заболевания.

Установлено, что уровень серотонина у больных серозным менингитом был более, чем в 3,5 раза выше, чем в группе больных ОРВИ с явлениями менигизма. Было выявлено, что количество триптофана также значительно выше у больных с верифицированным диагнозом: серозный менингит (+50 %). Считаем, что выявленные у обследуемых больных изменения могут быть дополнительным критерием диагностики менигита.

Литература:

1. Лобзин, Ю.В. Менингиты и менингоэнцефалиты / Лобзин Ю.В., Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н.- СПб. - 2003 г.

2. Скрипченко, Н.В. Инфекционные заболевания нервной системы у детей: проблемы, поиски, решения / Н.В. Скрипченко // Нейроиммунология.- 2004 г.- №1.- С.12-20

3. Учайкин, Г.Ф. Энтеровирусный менингит у детей Хабаровска в конце XX столетия / Г.Ф. Учайкин, И.И. Протасеня, В.И. Резник, Е.В. Щибрик, А.В. Кочетков, М.А. Перескокова, Н.В. Исаева // Эпидемиология и инфекционные болезни.- 2003 г.- №2.- С.42-46

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Репозиторий ГрГМУ

ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ХРОНИЗАЦИИ БОЛЕЗНИ

Похомчик Т.Н., Гаврилик А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель - к.м.н, ассистент Н.В. Матиевская

Оценка показателя качества жизни (КЖ) с использованием опросника SF-36 широко проводится врачами во всем мире с 1988 г., т. к. позволяет получить дополнительные критерии состояния здоровья больного.

Материалы и методы. Были проанализированы и сравнены между собой показатели КЖ 2 групп больных с хронической патологией печени в зависимости от стадии болезни (гепатит, цирроз) по данным опросника SF-36. В 1-ю группу вошло 66 больных с хроническими гепатитами (43 мужчины, 23 женщины, средний возраст – 38±15,7) , во 2-ю 14 больных с циррозами печени (8 мужчин, 6 женщин, средний возраст – 46,4±13). Группу сравнения составили 83 здоровых лица (студенты аграрного университета - 21 мужчина, 62 женщины, средний возраст – 19,2±1).

Результаты. В 1 группе показатель психического компонента здоровья (МС) составил 40,5±10, формирующие его критерии: жизнеспособность (VT) – 49,8±18,2, социальная активность (SF) – 69,9 ±23,3, эмоциональные проблемы в ограничении жизнедеятельности (RE) – 54,5±39,5, психическое здоровье (MH) – 54,6±17,8. Показатель физического компонента здоровья (РС) у больных 1 группы был 51,5 ±6,6, составляющие его критерии: физическая активность (PF) – 82,5 ±19,3, физические проблемы в ограничении жизнедеятельности (RP) – 47,6±39,4, боль (BP) - 63±25,6, общее здоровье (GH) – 48,9±17,9.

Во 2 группе показатель психического компонента здоровья составил: 41,4±8,8, а показатели формирующих его критериев были следующими: жизнеспособность (VT) – 43,9±19,23, социальная

Репозиторий ГрГМУ

активность (SF) – 60,7±34,6, эмоциональные проблемы в ограничении жизнедеятельности (RE) – 33,3 ±47,1, психическое здоровье (MH) – 56,8 ±17,2. Показатель физического компонента у больных 2 группы был 42,6±6,2, при следующих значениях составляющих его компонентов: физическая активность (PF) – 47,5±27,4, физические проблемы в ограничении жизнедеятельности (RP) – 17,9±28,5, боль (BP) – 50,4±26, общее здоровье (GH) - 38,8±17,9.

Показатель психического компонента здоровых лиц составил: 43,9 ±8,9, составляющие его компоненты: жизнеспособность (VT) – 62,9 ±17,26, социальная активность (SF) – 78,5±16,1, эмоциональные проблемы в ограничении жизнедеятельности (RE) –57,8 ±33,7, психическое здоровье (MH) – 65±16,8. Показатель физического компонента здоровья составил – 52,8±6,3, а составляющие его критерии: физическая активность (PF) – 89±14,7, физические проблемы в ограничении жизнедеятельности (RP) – 69,6±36,2, боль (BP) – 74,1 ±21,4, общее здоровье (GH) - 66,1±21,7.

При сравнении показателей КЖ больных 1 и 2 группы получены достоверные различия ($p<0,05$) по интегральному показателю физического компонента здоровья (PC), а также по его составляющим критериям физическая активность (PF) и физические проблемы в ограничении жизнедеятельности (RP), у больных 2 группы данные показатели были существенно ниже. Получены достоверные различия по всем показателям КЖ ($p<0,05$) при сравнении больных обеих групп с показателями здоровых студентов.

Заключение. Использование опросника SF-36 позволяет значительно дополнить информацию, получаемую врачом традиционно при сборе анамнеза, а также объективизировать и сравнить показатели КЖ больных с хронической патологией печени. Хроническая патология печени (гепатит, цирроз) значительно снижает как психические, так и физические показатели КЖ больных, прогрессивно ухудшающиеся по мере трансформации гепатита в цирроз.

Репозиторий ГрГМУ

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР С ДИАГНОЗОМ «ЛИХОРАДКА НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ»

Пранюк Ю.Е., Бузук Т.Г., Гусак Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель - к.м.н., доцент А.В. Васильев

В литературе, касающейся проблем дифференциальной диагностики, отмечена сложность установления причин лихорадки, протекающей в виде моносимптома. На кафедре проводилось ретроспективное (1998 – 2003г.) исследование, позволившее определить этиоструктуру заболеваний, которые на догоспитальном и госпитальном этапах были охарактеризованы как лихорадка неустановленной этиологии (ЛНЭ).

Цель исследования. Изучить особенности контингента больных, направленных в ГОИКБ в течение 2006 года с диагнозом ЛНЭ. Определить наиболее частые причины, вызывавшие малосимптомные заболевания, при которых основным проявлением была лихорадка.

Материал и методы. Изучено 52 случая обращения в течение 2006г. в ГОИКБ больных, которым на догоспитальном этапе был выставлен диагноз «ЛНЭ». Полученные данные подвергнуты описательно-статистическому анализу.

Полученные результаты. Из всех больных 63,6±10,5% лечились стационарно. У 18,2±2,4% больных заболевание прекратилось на амбулаторном этапе. Лица с полным выздоровлением, из числа лечившихся в стационаре, составили 36,4±2,7%, с улучшением– 27,8 ±2,6%, а 13,6±1,7% больных переведены в другие стационары. Средний возраст больных составил 34,2±2,7 лет. Среди больных преобладали женщины (65,8±2,8%). Относительно небольшое

Репозиторий ГрГМУ

количество больных с диагнозом ЛНЭ направлено зимой 18,8±1,5%. Среди всех случаев на госпитальном этапе чаще всего выставлялись диагнозы: ОРВИ – 36,4±2,7% (улучшение у этих больных наступало, в среднем, на 3-й день пребывания в ГОИКБ); ЛОР-патологии (чаще всего хронический тонзиллит)- 22,7±1,8% и патологии почек (чаще всего хронический пиелонефрит) – 13,6±1,5%. Прочие диагнозы составили суммарно 27,3±1,8%. У подавляющего большинства больных лихорадка не была моносимптомом. У 40,9±2,5% больных отмечалась слабость, у 13,6±2,2% - головная боль, с такой же частотой боли в суставах, у 9,1±2,0% больных отмечался кашель, 4,5±1,6% больных жаловались на боли в горле, аналогичной частотой предъявлялись жалобы на похудание и появление сыпи на коже. Длительность лихорадки до недели отмечалась у 21,1±2,5% больных, до 2 недель – у 42,1±3,6%, до месяца – у 15,8±2,0% и до 3 месяцев – у 21,1±2,5%. Лишь последние две группы соответствуют определению ЛНЭ. Удовлетворительное состояние отмечено у 36,4±2,7% больных, среднетяжелое – у 52,6±3,7%, а тяжелое – у 10,5±1,5%. Средняя температура тела у больных составила 37,3±0,1 C^0, частота фебрильной лихорадки составила 15,8±1,6%. Острое начало отмечено у 42,1±2,8% больных. Изменения со стороны ЛОР–органов отмечены у 59,1±3,8% больных. Число лейкоцитов у больных при поступлении в ГОИКБ составило 6,0±0,57x10^9/л, СОЭ – 15,4±3,1 мм/ч, АлАТ – 2,49 ±0,63 ммоль/л, АсАТ – 2,6±0,75 ммоль/л, CRP – 9,0±1,4мг/л.

Выводы: 1. Нередко (43,3±3,6%) больные, направляемые в стационар с диагнозом ЛНЭ, не соответствуют критериям постановки этого диагноза.

2. Наиболее частыми причинами ЛНЭ являлась патология ЛОР–органов и патология почек.

ДИАГНОСТИКА АГ И НЦД У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Предко О. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Научный руководитель – ассистент Е. А. Балла

АГ и НЦД являются актуальной проблемой у молодых лиц призывного возраста, т.к. повышение АД всегда ассоциируется с увеличением риска развития осложнений и инвалидизации больных.

Повышение АД, возникающее вследствие взаимодействия генетических факторов и факторов внешней среды (курение, ожирение, употребление алкоголя), выявляется у лиц призывного возраста, что требует решения вопроса в постановке диагноза и мер, направленных на нормализацию АД.

Клинические проявления АГ и НЦД похожи: головные боли, головокружение, раздражительность, нарушение сна, быстрая утомляемость, неустойчивое настроение. Нередко больные жалуются на боли в сердце, сердцебиение. Однако между ними существует различие: так, при НЦД у больных возникает ощущение нехватки воздуха, длящееся секунды, тревожная мнительность, неуверенность в себе, нарушение сна (плохое засыпание и чаще раннее пробуждение). Для симпатикотоников свойственны сухость кожи, холодные конечности, белый дермографизм, блеск глаз, лёгкий экзофтальм, склонность к тахикардии, тахипноэ. Для ваготоников характерны влажные кожные покровы, красный дермографизм, склонность к сонливости, гиперацидное состояние, запоры, брадикардия, дыхательная аритмия.

Было проведено статистическое исследование на базе 1-ой городской клинической больницы г.Гродно среди призывников (средний возраст - 22 года) за 2006 год. В исследовании было использовано 39 историй болезни. Среди них было выявлено 17 человек с АГ I ст. (44%) и 22 человека с НЦД (56%). Анализ заболевания у двух групп длится уже в среднем 3 года. Среди больных НЦД можно выделить 3 группы: 1 - больные НЦД по гипертоническому типу - 77%; 2 - больные НЦД по

Репозиторий ГрГМУ

смешанному типу - 14%; 3 - больные НЦД по кардиальному типу - 9%.

Средняя m тела у больных с АГ 88 кг, из них 6 человек (35%) имеют I степень ожирения (≈102 кг).У 9 человек (53%) с АГ и у 15 человек (68%) с НЦД. По данным ВЭМ было получено у больных с АГ:

- хронотропный резерв - 70%;
- инотропный -64%;
- коронарный – 82%.

У больных с НЦД: гипертонический тип:

- хронотропный -73%;
- инотропный-69%;
- коронарный-82%.

Кардиальный тип:

- хронотропный -74,5%;
- инотропный-60%;
- коронарный-80%.

Смешанный тип:

- хронотропный -78%;
- инотропный-40%;
- коронарный-83%.

По опросу больных с АГ 6 человек (35%) курит и 1 (6%) употребляют алкоголь, с НЦД 5 человек (23%) курит.

Выводы. У лиц с АГ I степени выявлено достоверное снижение хронотропного резерва(70%) по сравнению с больными НЦД (75,8%) чаще в анализе у больных АГ употребление спиртного-1(6%) и курение 6 человек (35%) по сравнению с НЦД – 5 человек (23%) курит.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ИМПЕДАНСА БИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ

Приходько Е.С., Бурбицкая Т.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – ст. преподаватель Е.Я.Лукашик

Репозиторий ГрГМУ

Для биологического объекта импеданс носит составной (комплексный) характер Z=(R,X). Его активная составляющая R связана, в первую очередь, с проводимостью внутренних жидких сред, являющихся электролитами. Реактивная компонента X определяется емкостными свойствами биологической ткани, в частности, емкостью биологических мембран. Наличие активных и реактивных свойств импеданса можно моделировать, используя эквивалентные электрические схемы.

Целью работы является изучение эквивалентных электрических схем, содержащих резистивные и емкостные сопротивления 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: вольтметры, амперметры, осциллограф, функциональный генератор, графопостроитель. Рассмотрим одну из эквивалентных схем (рис. 1а), состоящую из двух сопротивлений R_1, R_2 и конденсатора C_1. Она обеспечивает наилучшее согласование с экспериментом: на низких частотах и величина импеданса определяется сопротивлением R_1, на высоких частотах - параллельным соединением сопротивлений R_1 и R_2. На рис.1б представлена ее виртуальная модель в среде EWB, в которой есть генератор, амперметр, вольтметр и сама эквивалентная схема.

Репозиторий ГрГМУ

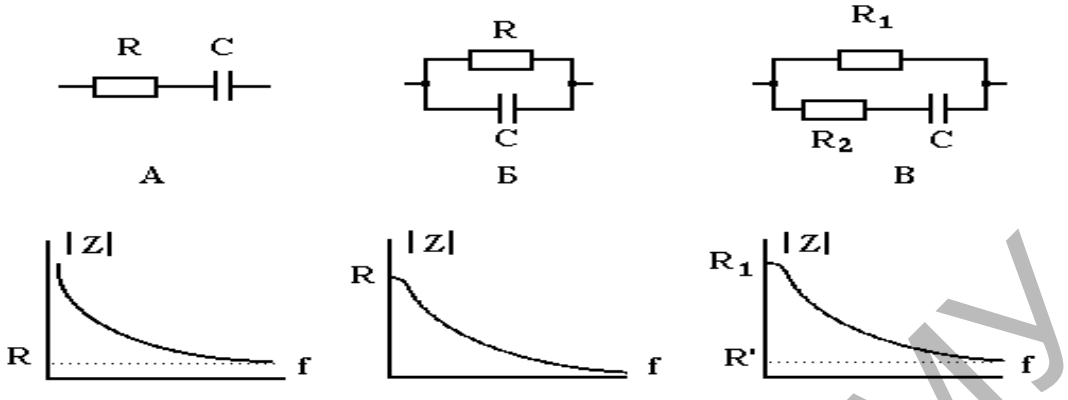


Рис. 1а.

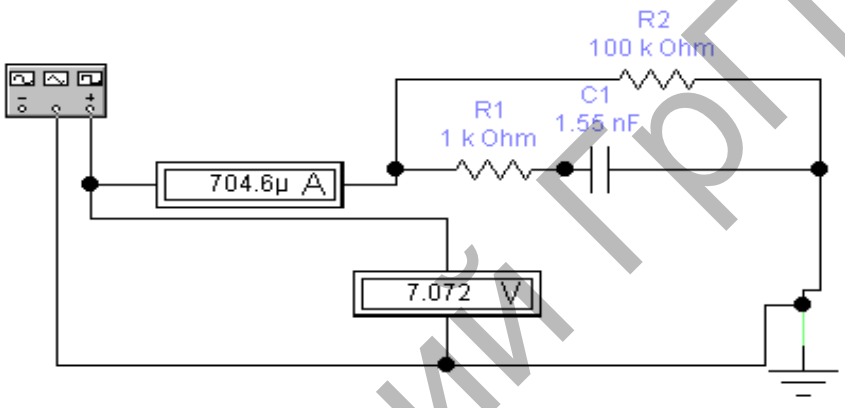


Рис. 1б.

Таким образом, непосредственное использование программы EWB для исследования импеданса биологических тканей позволяет:

1. Варьировать значениями компонентов схемы.
2. Представлять графическую зависимость импеданса от частоты.
3. Изучать импеданс в широком частотном диапазоне.
4. Изучать фазовые сдвиги между током и напряжением.

Применение виртуальных приборов и оборудования дает возможность экономить материальные средства в учебном процессе и унифицировать учебный процесс. Использование программных сред позволяет изучать процессы более углубленно, индивидуально и отвечает духу времени.

ФИЛИПП ПИНЕЛЬ (1745–1826) – РЕФОРМАТОР ПСИХИАТРИИ

Прус С.В., Кириенко Н.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М. Тищенко;
к.м.н., доцент В.А. Карпюк

Филипп Пинель в 1773 г. получил степень доктора, затем в 1774 г. поступил на медицинский факультет университета в Монпелье, по окончании которого работал в Париже врачом по внутренним болезням. В 1789 г. издал книгу “Философская нозография”, в которой обосновал необходимость развития медицины на основе аналитического метода.

30 августа 1791 г., почти накануне роспуска, Королевское медицинское общество объявило конкурс на тему “О средствах наиболее действительных при лечении душевнобольных, заболевших до наступления старости”. Ф. Пинель принял участие в этом конкурсе. Неоднократно заседал вместе с членами комиссии для обсуждения возникавших вопросов.

В 1792 г. он поступил работать врачом в Парижское заведение для умалишенных - Бисетр. Здесь он снискал славу тем, что выхлопотал у революционного Конвента разрешение на изменение условий содержания душевнобольных, которые по большей части находились в темных тюремных помещениях, в цепях, вследствие их постоянного возбуждения и буйств. Грубая прислуга впускала к несчастным за небольшую плату праздных посетителей, чтобы позабавить последних безумным поведением и дикостью бреда своих пациентов. Пинель потребовал от тогдашнего революционного правительства более человечного отношения к душевнобольным, предоставление им возможной свободы и жизненных удобств. Причем, он ручался своею жизнью, что от предлагаемых им реформ никаких опасностей для общественного спокойствия не будет, так как при более гуманном уходе больные станут даже спокойнее и безопаснее, чем были до тех пор. Ф. Пинелю удалось отстоять и провести реформы, и его противники скоро могли убедиться, что он был прав: освобожденные от жестокостей душевнобольные стали спокойнее и среди них начали наблюдаться

Репозиторий ГрГМУ

выздоровления. Реформа главного врача приюта и больницы для престарелых, инвалидов и душевнобольных Ф. Пинеля включала на практике: отменену методов насилия (цепей, наручников, голода, избиения), введение больничного режима, врачебных обходов, лечебных процедур, трудотерапию. Эти принципы содержания психически больных в XIX в. были приняты повсеместно и явились необходимым условием формирования психиатрии.

В 1794 г. Ф. Пинель возглавил кафедру медицинской физики и гигиены в только что учрежденной в Париже "Ecole de sante", в 1795 г. – кафедру внутренних болезней и психиатрии, а в 1806 г. был назначен консультантом при дворе Наполеона I.

Таким образом, конец XVIII века ознаменован реформой организации помощи психически больным («переход от карательной психиатрии к щадящей») и началом нового этапа в научной психиатрии.

СОСТОЯНИЕ ГОМОЦИСТЕИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Пырочкин А.В., Лис М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Одним из важных факторов риска атеросклеротического поражения сосудов является повышение концентрации гомоцистеина в плазме крови, проатерогенное действие которого реализуется посредством дисфункции эндотелия уже на ранних стадиях развития процесса. В метаболизме гомоцистеина принимают участие ферменты, кофакторами которых являются витамины группы В: B_6-зависимая цистионин-синтетаза, B_{12}-зависимая метионин-синтетаза. При этом основным модулирующим гомоцистеин фактором является фолиевая кислота (B_9) или пищевой фолат, превращение которого в субстрат метионинсинтетазы - метилентетрагидрофолат, чрезвычайно сильно

Репозиторий ГрГМУ

подвержено полиморфизму.

Целью работы явилось изучение уровня гомоцистеинемии и обеспеченности витаминами B_6, B_{12} и фолиевой кислотой больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) в западном регионе Беларуси.

Материалы и методы. Обследовано 70 больных ИБС (67 мужчин, 3 женщины), перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Возраст больных колебался от 28 до 60 лет. У 45% больных ИМ был в области передней стенки левого желудочка, у 55% - в области задней стенки. У 45% больных ИМ развился внезапно без предшествующей клиники стенокардии. 76% больных страдали артериальной гипертензией. Отдельную группу составили 45 практически здоровых лиц в качестве контроля в возрасте от 25 до 47 лет. Исследование экскреции с мочой 4-пиридоксиловой, как продукт метаболизма витамина B_6, и метилмалоновой кислот, как B_{12}-зависимый показатель, у больных с перенесенным инфарктом миокарда в весенний период года и у практически здоровых лиц проводили по методикам, предложенным следующими авторами: Zannoni, 1974; Omaye, 1979; Спиричев В.Б., Коденцова В.М. и др., 2001; Снегирева Л.В., Арешкина Л.Я., 1972. Содержание фолиевой кислоты определяли в плазме крови. Общий гомоцистеин плазмы определяли SBDF-реагентом и сепарацией на ВЭЖХ с небольшими модификациями.

Результаты. У больных с перенесенным ИМ часовая экскреция 4-пиридоксиловой кислоты составила 131,2 ± 16,5 мкг/ч, что достоверно ниже, чем у здоровых лиц - 456,1 ± 71,4 ($p<0,001$). Экскреция метилмалоновой кислоты у больных достоверно не отличалась от таковой в группе практически здоровых лиц, 751,2 ± 59,3 и 765,7 ± 44,8 мкг/ч соответственно. Содержание фолата в плазме крови у больных составило 9,11 ± 0,51 мкмоль/л, тогда как у контрольной группы - 24,3 ± 6,27 мкмоль/л ($p<0,001$). Общий гомоцистеин плазмы составил 12,8 ± 0,386 и 7,98 ± 0,38 мкмоль/л ($p<0,001$) у больных и здоровых лиц соответственно.

Репозиторий ГрГМУ

Выводы.

1. У больных с перенесенным ИМ уровень гомоцистеина достоверно выше, чем у здоровых лиц.

2. У больных с перенесенным ИМ количество фолиевой кислоты в плазме крови значительно снижено (в 2,5 раза).

3. Снижена часовая экскреция 4-пиридоксиловой кислоты у больных с перенесенным ИМ по сравнению с контролем. В организме больных, перенесших инфаркт миокарда, вероятно, имеет место и недостаточность пиридоксалевых коферментов, поскольку экскреция 4-пиридоксиловой кислоты снижена почти в 4 раза.

4. В развитии рассматриваемых патогенетических изменений система метаболизма витамина B_{12}, вероятно, имеет косвенное отношение, так как экскреция его основного метаболита, характеризующего обеспеченность организма витамином B_{12}, не отличается в контрольной и анализируемой группах.

МОРАЛЬ И ПОЛИТИКА

Раевская М.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н. Л.Г. Короленок

Политика и этика – реальное соотношение этих двух понятий до сих пор вызывает бурные дискуссии среди политологов. Моральные ценности и нормы, имеющие отношение к политическому миру, к его институтам, отношениям, политическому мировоззрению и поведению членов того или иного общества, в совокупности составляют политическую этику. Политическая этика затрагивает такие вопросы, как справедливое социальное устройство общества и государства, взаимные права и обязанности руководителей и граждан, фундаментальные права человека и гражданина, разумное соотношение свободы, равенства и справедливости и т.д. В истории

Репозиторий ГрГМУ

политической мысли на эти вопросы давались весьма неоднозначные ответы.

Выделяют четыре главных подхода к взаимоотношению политики и морали. Исторически первым из них является морализаторский подход, который выражается в форме морального абсолютизма, означающего, что политика должна не только иметь высоконравственные цели (общее благо, справедливость и т.п.), но и при любых обстоятельствах не нарушать нравственные принципы (правдивость, благожелательность к людям, честность и т.п.), используя при этом лишь нравственно допустимые средства.

Второй подход разделяет эти два понятия, считая, что ни политика, ни мораль не должны вмешиваться в компетенции друг друга. Мораль – это дело гражданского общества, личной ответственности, политика же – область противоборства групповых интересов, свободная от нравственности. Родоначальником таких взглядов считают Макиавелли. Действительно, этот итальянский мыслитель выделяет политику из сферы этики и религии, но предусматривает за моралью право регулятора частной жизни политиков, а также благородную цель, оправдывающую безнравственные способы ее достижения, что уже само по себе не ведет к полному отрыву политики от морали. История показывает, что попытки освободить политику от нравственных оценок, как правило, предпринимаются для того, чтобы оправдать антигуманные действия, либо, по меньшей мере, вывести политику из-под критики. В действительности, эти действия приводят лишь к разрушению морали.

Еще один взгляд на соотношение политики и морали трактует эти две сферы как противоположности – добра (морали) и зла (политики). Реальная политика зачастую далека от нравственности и считается многими «грязным делом». Однако полностью оторваться от морали политика не может, т. к. в обратном случае это ведет к компрометации самой политики и деградации всего общества.

Репозиторий ГрГМУ

Четвертый подход к анализу взаимоотношений политики и морали как раз и базируется на осознании данной дилеммы, тем самым высказываются претензии на реализм. Он исходит из признания необходимости воздействия нравственности на политику, учитывая при этом специфику последней. Влияние морали на политику, согласно данному подходу, может и должно осуществляться по ряду направлений. Прежде всего, это постановка нравственных целей, выбор адекватных им и реальной ситуации методов и средств, учет в процессе деятельности моральных принципов, обеспечение эффективности политики. Конечно, выполнение всех этих требований в реальной политике – весьма сложная задача. На практике ее гуманность зависит не столько от провозглашаемых целей, сколько от методов и средств, используемых в процессе их достижения.

Политику часто приходится выбирать между принятием непопулярных решений и подвергнуться критике, либо отказавшись от их принятия, оказаться перед перспективой еще более усугубить ситуацию. И здесь очень важно помнить, что политика, оцениваемая в морально-этическом измерении, как раз и должна обеспечивать условия, позволяющие людям заниматься тем, что для них является главным.

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖЕНЩИН ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Редкая И. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.М.Тищенко

Беременность - это особое состояние женского организма, при котором происходят многочисленные и сложные физиологические изменения, представляющие собой продолжительный период адаптации, необходимый для удовлетворения потребностей растущего

Репозиторий ГрГМУ

плода. Экстрагенитальная и генитальная патология являются неблагоприятным фоном для развития беременности.

Целью работы явилось изучение заболеваемости женщин во втором триместре беременности.

Для оценки использовались карты выбывшего из стационара, обработанные статистическим методом. Исследованы карты 250 женщин в возрасте от 16 до 39 лет, проходивших стационарное лечение на базе МСЧ МПО «Химволокно» г. Могилева. 89,6% проживали в городе, а 10, 4% - в сельской местности. В плановом порядке госпитализировалась основная доля женщин (84%). Большинство из них госпитализировались впервые (96%). Структура заболеваемости следующая: инфекции, передающиеся половым путем и TORCH – группа были выявлены у 25% пациенток, анемия беременных – у 5%, гестационный пиелонефрит – у 18%, патология беременности (много- и маловодие, ФПН, гипоксия плода, ЗВУР) – у 12%, заболевания сердечно-сосудистой системы – у 12%, патология желудочно-кишечного тракта – у 8%, болезни органов дыхания – у 4%, гестационный СД – у 4% пациенток. Отмечены также единичные случаи заболеваний органов слуха(1,1%) и врожденные пороки развития (0,9%). У 10 % женщин отмечалось наличие сочетанной патологии. В структуре заболеваемости жительниц сельской местности регистрируется преобладание гестационного пиелонефрита (30% случаев), болезней сердечно – сосудистой системы (20% случаев) и патологии беременности (20% случаев). В возрастной структуре преобладали женщины в возрасте 24-31 года (55%). Наиболее часто встречаемой патологией у них являются инфекционные поражения (76%). В целом же женщины чаще болели весной (31% случаев) и зимой (29%, из них 52% случаев приходится на февраль), преимущественно госпитализировались в среду (35% случаев). Средняя продолжительность нахождения пациенток в стационаре – 9,5 койко-дней. Все беременные выписаны в удовлетворительном

Репозиторий ГрГМУ

состоянии с улучшением на фоне проводимой терапии.

Таким образом, экстрагенитальные и генитальные заболевания значительно повышают риск предстоящих родов, в связи с чем необходимо тщательное обследование беременных при обращении их в женскую консультацию. Раннее выявление заболеваний важно для профилактики акушерских осложнений у женщин и перинатальной патологии у новорожденных.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Редкая И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н, ассистент Т.П. Пронько

В настоящее время уже общеизвестно, что эндотелий сосудов играет решающую роль в моделировании сосудистого тонуса. Он синтезирует сосудорасширяющие и сосудосуживающие вещества, основным из которых является оксид азота (NO). Нарушение синтеза NO в стенке эндотелия сосудов приводит к развитию дисфункции эндотелия. Сейчас уже не вызывает сомнения существенная роль дисфункции эндотелия в патогенезе артериальной гипертензии и атерогенезе. В ряде работ описывается связь отягощенной по ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) наследственности с развитием дисфункции эндотелия. Недостатком этих исследований является то, что обследуются очень разнородные по возрасту группы людей (от 20 до 60 лет). Но в литературе имеются данные, что у здоровых лиц после 30-35 лет уже происходит снижение эндотелийзависимой вазодилатации. Очевидно и то, что у лиц старших возрастных групп нельзя полностью исключить развитие атеросклероза и других патологических процессов. В свою очередь курение также является одним из важнейших факторов риска. В ряде работ

Репозиторий ГрГМУ

описывается связь курения с развитием дисфункции эндотелия. Показано, что преходящее снижение эндотелийзависимой вазодилатации происходит не только у самих курильщиков, но и у лиц, вдыхающих воздух в накуренных помещениях.

Таким образом, целью настоящего исследования явилось изучение влияния неблагоприятных факторов (отягощенной по АГ и ИБС наследственности и курения) на функциональное состояние эндотелия сосудов у молодых людей без других факторов риска атеросклероза

Материалы и методы. Нами были обследованы 50 молодых людей, в возрасте от 19 до 30 лет. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц без факторов риска атеросклероза, вторую группу – 9 человек с отягощенной наследственностью, третью - 11 человек, стаж курения которых составлял около 10 лет. Под отягощенной наследственностью понимали наличие у исследуемого двух и более родственников первой степени родства, страдающих АГ или имеющих в анамнезе документированную ИБС, либо нарушения мозгового кровообращения (по данным опроса больных). Исследование функции эндотелия проводили методом реоплетизмографии на реоанализаторе РА5-01. Для оценки сосудодвигательной функции эндотелия использовались пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином по методике, описанной Celermajer D.S. В качестве информативной реографической величины оценивалось относительное изменение пульсового прироста крови (ПК). Признаком дисфункции эндотелия считали прирост ПК на реактивную гиперемию менее 10% и достоверную разницу между приростом ПК на реактивную гиперемию и прием нитратов .В результате проведенных исследований установлено, что у лиц контрольной группы прирост ПК на реактивную гиперемию составил 30,7±1,7%. А у студентов с отягощенной наследственностью прирост ПК на реактивную гиперемию составил 22,6±3,1% ($p<0,05$), у курящих лиц прирост пульсового кровотока на реактивную гиперемию был достоверно ниже по сравнению с контролем и составил 21,3±2,0%

Репозиторий ГрГМУ

(P<0,01). Эндотелийнезависимая вазодилатация была сохранена во всех исследуемых группах.

Данные изменения следует расценивать как неблагоприятные, указывающие на начальные нарушения эндотелийзависимой вазодилятации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТКАЗА БОЛЬНЫХ ОТ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Решетник О.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.А.Полынский

Хирургия – отрасль медицины, которая в целях лечебного воздействия разрабатывает, обеспечивает и предлагает оперативные вмешательства. В настоящее время оперативные методы лечения применяются весьма широко.

В соответствии с действующим законодательством операцию можно производить только при наличии согласия больного. Этим гарантируются права человека на его здоровье, и даже жизнь.

Однако в хирургии нередко возникают критические ситуации: больному необходима экстренная операция по жизненным показаниям, а он не дает согласия на выполнение оперативного вмешательства.

Данное исследование посвящено проблеме разрешения подобной драматической ситуации, в котором автор на основе личной беседы с больными в предоперационном периоде выяснила мотивацию причин их отказа от предложенной операции. При этом ведущей причиной такого поведения у данной группы больных явился страх.

Анализ причин отказа от оперативного вмешательства позволил наметить пути решения данной проблемы, выполнить оперативные вмешательства вовремя и, таким образом, улучшить результаты лечения больных.

Репозиторий ГрГМУ

Прежде всего, напрашивается утверждение, что не нужно помогать пациентам полностью избавиться от чувства страха, не следует скрывать информацию, которая, на первый взгляд, может казаться пугающей. Информация, представленная должным образом, только подготавливает пациентов к предстоящим пугающим событиям, при этом определенная доля страха может оказаться целительной. Врач должен помочь больному конструктивно воспользоваться чувством страха, направить его в нужное русло.

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО МАТЕРИАЛАМ БСМП г.ГРОДНО

Руссу В.Л., Данилик В.К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель - профессор И.И.Климович

Прободение гастродуоденальных язв является тяжелейшим осложнением язвенной болезни, наблюдающимся в среднем у 5-15% больных, страдающих этой патологией. В последние годы в Беларуси отмечен существенный рост частоты прободных язв. Так, в 2001 году в республике зарегистрировано 2678 прободных язв. Нами проанализированы результаты лечения 167 больных перфоративной язвой желудка 45 (26,9%) и 12-перстной кишки (12ПК) 122 (73,1%) за последние 8 лет. Средний возраст больных - 38,2 лет. Самому молодому пациенту было 18 лет, самому старшему - 91. Мужчин было 150 (89,8%), женщин – 17 (10,2%). В типичных случаях прободение язвы диагностируется нетрудно, что мы отметили у 107 наших пациентов (64,1%). Атипичная перфорация наблюдалась у 42 больных (25,1%), у 5 больных (3%) была прикрытая перфорация, которая сочеталась с профузным кровотечением, у остальных пациентов это были перфорации язв задней стенки желудка или 12ПК с незначительным перфоративным отверстием при выраженном

Репозиторий ГрГМУ

спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости. Клинические симптомы были слабо выражены и все эти больные были доставлены врачами скорой помощи с другими диагнозами (острый аппендицит, панкреатит, спаечная болезнь брюшной полости, гастроэнтериты). Из 167 наших пациентов в хирургическом отделении первоначальный правильный диагноз установлен сразу у 142 больных (85,0%) в первые часы поступления, а у 25 больных (15,0%) - в процессе динамического наблюдения, после тщательно собранного анамнеза и проведения дополнительных исследований (ФДГС, рентгеноскопия, -графия органов брюшной полости, лапароскопия), часто повторных. У 9-ти человек из этой группы произошло так называемое двухфазное прободение с типичной клиникой прободения полого органа. У 16 (9,6%) наших пациентов мы наблюдали «немые» язвы, и также диагноз прободения был поставлен на основании типичной клиники прободения. Эту группу больных составили пациенты мужского пола, (средний возраст 19,4 года). У 7 больных этой группы мы смогли отметить продромальные симптомы, накануне прободения они отмечали появление боли в животе неясной локализации, неинтенсивного характера, отмечали незначительную общую слабость, тошноту, на что особо не обращали внимания. У 8 больных прободение наступило среди полного благополучия и явилось первым симптомом язвенной болезни. У всех больных этой группы была язва 12ПК. Из 167 пациентов наличие язвенного анамнеза от 1 – 21 года отмечались у 142 (92,1%) больных. Лечение – у 24 (14,3%) больных производилась резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру,у 2- резекция 2/3 желудка на выключенной петле тощей кишки по Ру и в 141 случае (85,7%) – ушивание прободного отверстия. Средний койко-день составил 11,8. После операции все больные получали медикаментозное лечение, а после выписки из хирургического отделения им рекомендовано диспансерное наблюдение гастроэнтерологом и хирургом.

Репозиторий ГрГМУ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Рыбак П.Р., Милошевский П.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Гродненская областная клиническая больница

Научный руководитель - зав. отделением, к.м.н., доцент Р.Ф.Рыбак

Носовые кровотечения составляют от 3 до 14,3% в общей структуре больных, госпитализированных в ЛОР – стационар.

Цель работы. Изучение эпидемиологии и выработка лечебно-диагностической тактики при носовых кровотечениях.

Материал и методы. С 2003 по 2005гг. в оториноларингологическом отделении для взрослых Гродненской областной клинической больницы проведено лечение 69 больных с носовыми кровотечениями в возрасте от 18 до 79 лет. Из них мужчины составили 69,6% (48 человек), женщины, соответственно, 30,4% (21 пациентка). Жители города значительно превалировали над жителями села: 63 городских (91,3%) и 6 больных сельских (8,7%). Наиболее часто носовые кровотечения констатировались в возрастной группе от 41 до 50 лет (19 больных – 27,5%), несколько реже в возрастной группе от 51 до 60 лет (14 больных – 20,3%) и еще реже в возрасте от 31 до 40 лет (9 больных – 13%). В возрастной группе от 61 до 70 лет носовое кровотечение диагностировано у 8 больных (11,6%), в возрастных группах от 18 до 30 лет и от 71 до 80 лет носовое кровотечение отмечено, соответственно, у 12 больных (17,4%), и 7 больных (10,1%). Наиболее частой причиной носовых кровотечений в возрастной группе от 31 года и старше были артериальная гипертензия и сосудистый атеросклероз (у 53 пациентов из 57 данной группы – 93%). В данной группе больных источник кровотечения чаще всего локализовался в заднелатеральном и заднеперегородочном участках полости носа. Носовые кровотечения из этих отделов носили обильный, упорный характер, что объясняется крупным диаметром сосудов, плохой их

Репозиторий ГрГМУ

сократимостью, а также изменениями сосудистой стенки. В то же время в возрастной группе до 30 лет наиболее частой причиной носовых кровотечений являлась травма носа (58,3%), реже – острая респираторная вирусная инфекция (25%) и артериальная гипертензия (16,7%). Средний срок нахождения больных на стационарном лечении составил 8,65±0,3 койка – дней.

Тактика лечения. Диагностические мероприятия необходимо начинать с тонометрии и изучения показателей пульса, так как наиболее частой причиной носового кровотечения являются артериальная гипертензия и сосудистый атеросклероз. При повышенном артериальном давлении сразу же проводим соответствующую гипотензивную терапию.

Следующим, весьма важным диагностическим вопросом при поступлении больного с носовым кровотечением является определение объёма кровопотери. Следует помнить, что клинические признаки кровопотери возникают при потере 20-25% ОЦК.

При визуальной локализации источника носового кровотечения, особенно из одиночного сосуда, производится его электрокоагуляция после местной анестезии слизистой носа 10% раствора лидокаина. При невозможности выполнения данной манипуляции производится передняя тампонада носа стерильными марлевыми турундами; и только при ее неэффективности выполняется задняя тампонада носа.

В течение первого часа после поступления пациента в ЛОР – стационар выполняются общеклинические анализы, ЭКГ, консультации кардиолога или терапевта и гематолога.

Одновременно с этим назначается медикаментозное лечение:

1. Антибиотики широкого спектра действия с профилактической целью внутримышечно на период тампонады носа.

2. Гемостатическая терапия: раствор этамзилата 12,5% по 2 мл в мышцу через 8 часов, внутривенно капельно 5% раствор аминокапроновой кислоты по 100 мл через 12 часов. По показаниям

Репозиторий ГрГМУ

производится переливание компонентов крови и кровезаменителей.

Выводы:

1. Наиболее часто носовые кровотечения встречаются в возрастной группе от 41 до 60 лет.

2. В возрастной группе от 31 года и старше наиболее частой причиной носовых кровотечений были артериальная гипертензия и сосудистый атеросклероз.

3. В возрастной группе до 30 лет наиболее частой причиной носовых кровотечений являлась травма носа и респираторная вирусная инфекция.

4. Диагностические мероприятия необходимо начинать с тонометрии и изучения показателей пульса.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ

Рыбак П.Р., Милошевский П.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Гродненская областная клиническая больница

Научный руководитель - зав. отделением, к.м.н., доцент Р.Ф.Рыбак

Общеизвестно, что воспалительные заболевания носа и его придаточных пазух в настоящее время занимают от 5 до 15% в структуре ЛОР–заболеваемости взрослого населения.

Цель работы. Оценка эффективности комплексного лечения больных острыми и хроническими внебольничными синуситами.

Материал и методы. Проанализированы ближайшие результаты лечения 40 больных с острыми и хроническими внебольничными синуситами на базе оториноларингологического отделения для взрослых Гродненской областной клинической больницы в 2006 году. Больные условно разделены на две клинические группы по 20 человек: контрольную и основную. Обе группы сопоставимы по основным клиническим параметрам: пол, возраст, характер возбудителя, объем патологического процесса. Как в основной, так и контрольной группах

Репозиторий ГрГМУ

начальным этапом выполнялась синусоскопия и дренирование пораженной придаточной пазухи носа (или пазух). В обязательном порядке в обеих группах через гильзу синусоскопа шприцем бралось содержимое пазухи на посев на флору и чувствительность к антибиотикам.

Наиболее частым этиологическим возбудителем как при острых, так и при хронических синуситах в обеих группах являлся Streptococcus pneumoniae – 42% в основной и 40% в контрольной. Несколько реже в качестве этиологического фактора был выделен Haemophilus influenzae – по 34% соответственно в каждой группе. Moraxella catarrhalis выделена у 19% больных основной группы и у 21% контрольной; в обеих группах у 5% больных посев отделяемого из пазухи роста не дал.

Больным обеих групп производилось ежедневное трехкратное промывание пазухи (или пазух) через дренаж стерильным раствором фурацилина (или физиологическим раствором). После промывания больным контрольной группы в пазуху вводили по 1 мл 0,5% диоксидина или по 1 мл водного раствора йодинола. В основной группе больным после промывания в пазуху вводили по 1 мл препарата «Ультрацин». Дальнейшее лечение в обеих группах было абсолютно идентичным и включало применение: 0,1% раствора нафтизина по 5 капель в обе половины носа 3 раза в день в течение 7 дней; офлоксацин в таблетках по 0,2 – по 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 – 10 дней; ежедневное промывание полости носа и придаточных пазух раствором фурацилина методом перемещения жидкости по Проетцу в положении лежа 1 – 2 раза в день; супрастин в таблетках по 0,025 по 1 таблетке 3 раза в день; физиотерапевтическое лечение.

Результаты лечения.

Важнейшим критерием сравнения методики лечения больных в обеих группах является срок нахождения их на стационарном лечении. Средний койка–день нахождения больных основной группы в

Репозиторий ГрГМУ

стационаре составил 7,8±0,53. В то же время средняя продолжительность стационарного лечения больных контрольной группы была 8,9±0,6 койка–дня.

Выводы:

1. Наиболее частым этиологическим возбудителем как при острых, так и при хронических синуситах является Streptococcus pneumoniae (40– 42%). Несколько реже в качестве этиологического фактора были выделены Haemophilus influenzae (34%) и Moraxella catarrhalis (19–21%).

2. Местное применение в комплексной терапии острых и хронических синуситов фторхинолонов II поколения практически на сутки сокращает сроки стационарного лечения больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ МЫШЦ ПРИ ЦЕРВИКАЛГИЯХ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Рымко Л.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии

Научный руководитель — д. м.н., профессор А.Л.Дмитриев

Лечение вертеброгенных заболеваний представляет сложную проблему современной медицины [1,2,3]. Учитывая то, что при поражении шейного отдела позвоночника в ряде случаев применение лечебных ручных приёмов ограничено вследствие его анатомического строения, нами была проведена сравнительная оценка эффективности некоторых методов массажа и ЛФК у больных с вертеброгенной цервикалгией.

Исследовано 30 больных, которые предъявили жалобы на боли в шейном отделе позвоночника и находившиеся на лечении в клиническом отделении. Диагноз верифицирован клиническим и рентгенологическим исследованиями.

Репозиторий ГрГМУ

В первую группу вошли 10 больных, которым проводился лечебный массаж по классической методике, во вторую - 10 больных, которым проводились массаж и постизометрическая релаксация мышц (ПИР) шеи, третью (контрольную) группу составили 10 больных, которым массаж и ПИР не проводились.

Сеанс ПИР заключался в расслаблении мышц шеи после изометрического их сокращения в течение 5-7 сек до 5-10 повторений 2 раза в день.

Установлено, что у больных II группы отмечалось уменьшение или устранение болевого синдрома, нормализация тонуса мышц и функции шейного отдела позвоночника на 3-5 день после применения данной методики. В четырёх случаях отмечалось устранение блокады сегментов C_3 – C_5 с хорошим клиническим результатом. В I и III группах улучшение состояния пациентов отмечалось через 6-7 дней и далее с некоторыми клиническими проявлениями.

Таким образом, можно заключить, что использование мягкотканных техник в виде массажа и ПИР позволяет более эффективно восстанавливать больных с вертеброгенными изменениями.

Литература:

1. Дмитриев А.Л. Мануальная терапия в системе медицинской реабилитации - Гродно, 2000. - 95 с.

2. Попелянский А.Я. Клиническая пропедевтика мануальной медицины. -Москва, 2003. - 135с.

3. Кузнецов В.Ф. Вертеброневрология - Минск, 2004. - 639 с.

ХАРАКТЕРИСТИКИ СТРУКТУРЫ ТЕМПЕРАМЕНТА И УЧЕБНЫЕ ПРЕДПОЧТЕН ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ

Савицкий И.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии с курсом медпсихологии

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель - зав. курса общей психологии А.В.Прудило

Темперамент как характеристика интенсивности функционирования психики оказывает существенное влияние на различные стороны жизнедеятельности индивида. Психологическое сопровождение профессионального самоопределения учащихся предполагает учет конституциональных индивидуально-психологических свойств.

Целью исследования явилось выявление взаимосвязи структуры темперамента с направленностью учебно-познавательных и профессиональных интересов учащихся старших классов. Для получения необходимых данных изучались профессиональные интересы и склонности, структура темперамента учащихся 9-11 классов гимназии № 1, а также осуществлен анализ их успеваемости по различным дисциплинам. Экспериментально-психологическое исследование проводилось с помощью методик: опросника структуры темперамента В.М. Русалова, дифференциально-диагностического опросника Е.А. Климова, опросника профессиональной готовности Л.М. Кабардовой, карты интересов.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы. Учащиеся с преобладанием «предметно-деятельностных» характеристик структуры темперамента более склонны к предметной сфере деятельности. Испытуемые с преобладающими «коммуникативными» характеристиками темперамента имеют склонность к гуманитарной сфере деятельности. Обнаруженные зависимости могут учитываться в системе школьной профессиональной ориентации.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОСЛОЖНЕННО РАЗРЫВОМ СЕРДЦА

Савицкий А.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

Кафедра факультетской терапии

Фатальность исходов разрывов сердца (РС) у больных инфарктом миокарда (ИМ) требует разработки способов их ранней диагностики и прогнозирования, теоретическую основу которых в значительной степени составят результаты изучения морфологических изменений миокарда и, основанная на них, характеристика инфаркта и РС (цель работы).

Материалы и методы. Проведен анализ 151 случая летальных исходов ИМ от РС (группа 1, n=32) или от других осложнений (группа 2, n=119) за период с 1995 года по 2004 год на базе Городской клинической больницы №2 г. Гродно. Изучены морфологические данные, касающиеся локализации, глубины и площади очага инфаркта, состояния внеинфарктных отделов, выраженность гипертрофии левого и правого желудочков, атеросклероза аорты и коронарных артерий, локализация, форма, размеры и другие характеристики самого разрыва.

Результаты и обсуждение. Установлено, что РС явились причиной летального исхода в 21,2% случаев. Они возникали достоверно чаще при первичном трансмуральном ИМ, в то время как другие осложнения являлись причиной смерти чаще у больных повторным нетрансмуральным инфарктом. В группе больных с РС первичный ИМ был в 78% случаев, повторный – в 22%, трансмуральный – в 100%. В группе больных ИМ, умерших от других осложнений, первичный ИМ установлен в 29,4% случаев, повторный – в 70,6%, трансмуральный – в 19,3%, нетрансмуральный – в 80,7% случаев.

Площадь очага некроза существенно не влияла на частоту развития РС. Не найдено достоверных отличий в исследуемых группах по преимущественной локализации ИМ и по выраженности атеросклероза аорты и коронарных артерий.

Выявленный нами ранее на меньшем материале феномен

Репозиторий ГрГМУ

зависимости частоты развития РС у больных ИМ от частоты встречаемости гипертрофии одного (левого) или обоих (левого и правого) желудочков [1] вновь подтвердился. Частота встречаемости изолированной гипертрофии левого желудочка у больных ИМ, умерших от РС, достоверно выше, чем у больных ИМ, умерших от других осложнений. И наоборот, частота встречаемости сочетания гипертрофии левого и правого желудочков в группе 1 достоверно ниже, чем в группе 2.

Во всех случаях был поврежден левый желудочек или межжелудочковая перегородка, и только у одного больного РС захватывал оба желудочка. Разрыв передней стенки левого желудочка найден у 11 больных (34,4%), нижней – у 7 (21,9%), боковой - у 4 (12,5%), верхушки сердца - у 2 (6,25%), переднебоковой стенки - у 2 (6,25%), нижнебоковой - у 3 (9,4%), межжелудочковой перегородки - у 3 пациентов (9,4%). Преобладала линейная форма разрывов. Размеры дефекта стенки желудочка составляли от 0,4 до 3,5 см (в среднем 1,6 см).

Заключение. РС чаще всего возникают у больных первичным трансмуральным ИМ преимущественно при передней локализации очага некроза. Диагностические признаки каждого из составляющих феномена «гипертрофия-разрыв» могут быть использованы при разработке критериев ранней диагностики и прогнозирования РС у больных ИМ и контроля над эффективностью лечебных мероприятий, направленных на их предотвращение.

Литература:

1. Серафинович И.А., Савицкий А.Л. Предварительное исследование по проблеме разрывов сердца у больных инфарктом миокарда // 60 лет на службе здравоохранения: Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 60-летию 2-й городской больницы г. Гродно, 12 ноября 2004 г., Гродно / Отв. ред. А. С.Андреевский. – Гродно: ГрГУ, 2004. – С. 180-190.

Репозиторий ГрГМУ

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ СИФИЛИСА

Савицкий В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра дерматовенерологии с курсом эндокринологии

Научный руководитель - к.м.н., Д.Ф.Хворик

При анализе динамики сифилиса в Республике Беларусь установлено, что на протяжении последних 10 лет заболеваемость быстро снижалась. Так, в 2005 г. по сравнению с 1996 г. заболеваемость сифилисом снизилась на 20,6% и составила 32,7 случаев на 100 тыс. населения. Однако показатель заболеваемости сифилисом молодежи 15-19 лет в 2005 г. превышал общий показатель заболеваемости всего населения примерно вдвое. А заболеваемость девушек подросткового возраста сифилисом и другими инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), была в 2-5 раз выше, чем у юношей. Все это может свидетельствовать о наличии препятствий у подростков к получению медицинских услуг и затруднений в получении информации о профилактике ИППП [1].

С целью получения сведений, касающихся вопросов осведомленности молодежи по проблеме сифилиса (этиология, клинические проявления, исходы и профилактика), нами проведено анкетирование 165 студентов-спортсменов, обучающихся на факультете физической культуры УО «Гродненский государственный университет им. Я. Купалы».

На вопрос о механизмах и путях заражения большинство респондентов указали, что данное заболевание чаще всего передается при половом контакте с больным человеком. Отмечен рост уверенности в этом, во время обучения от первого к 4-5 курсам. Вторым по значимости среди путей передачи инфекций респонденты отметили возможность заражения при оральном сексе (с 24,7% до 47,4%). На

Репозиторий ГрГМУ

третьем месте респонденты указали возможность заражения при бытовом контакте с больным (соответственно в 36,0% и 53,9% случаев).

Наиболее частым симптомами сифилиса респонденты-первокурсники назвали выделение гноя из мочеиспускательного канала, половых органов (31,5%), рези, боли, жжение при мочеиспускании (31,5%), покраснение и отек губок мочеиспускательного канала (25,8%), припухлость, отечность и боли в яичках (24,0%), боли в промежности, внизу живота, в пояснице (21,0%), сыпь бледно-розового и красного цвета на различных участках тела (14,6%). На увеличение лимфатических узлов указали 10,1%, а на твердый шанкр только 1 человек. Среди респондентов старших курсов главными симптомами заболевания чаще назывались: твердый шанкр (37,2%), увеличение лимфатических узлов (45,1%), сыпь бледно-розового и красного цвета на различных участках тела (50,0%), выпадение волос, бровей, ресниц (18,3%), что указывает на существенный прирост уровня осведомленности студентов 4-5 курсов по сравнению с началом обучения в вузе. Однако среди характерных симптомов сифилиса анкетируемые нередко отмечали признаки, не относящиеся к клинике данного заболевания, например, выделение гноя из мочеиспускательного канала, половых органов (соответственно среди первокурсников 31,0% и среди старшекурсников – 53,2%), рези, боли, жжение при мочеиспускании (31,3% и 54,0%), покраснение и отек губок мочеиспускательного канала (26,0% и 50,0%).

На наш взгляд, важным являлся вопрос о возможности излечения пациентов от сифилиса. Число респондентов, уверенных в достижении полного выздоровления после терапии, возрастает от 36,0% до 48,7%. На возможность излечения «свежего» сифилиса указали 42,7% анкетируемых на первом курсе и 37,2% старшекурсников. На опасность для окружающих людей в домашней обстановке больных сифилисом указали менее половины респондентов первого курса (44,9%) и более

Репозиторий ГрГМУ

половины (59,1%) старшекурсников.

Литература:

1. Навроцкий А.Л. О состоянии заболеваемости и организации дерматовенерологической помощи населению Республики Беларусь // Материалы V съезда дерматовенерологов Республики Беларусь.-2006.-С.14-18.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГОНОРЕИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-СПОРТСМЕНОВ

Савицкий В.В., Савицкий С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра дерматовенерологии с курсом эндокринологии

Научный руководитель - к.м.н., Д.Ф.Хворик

По официальным статистическим данным заболеваемость гонореей в Республике Беларусь в 2004 г. по сравнению с 2003 г. возросла на 1,5% и составила 61,2 на 100 тыс. населения. Кроме того, более половины всех случаев инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), приходится на молодой возраст (15-24 года). Такая ситуация может быть обусловлена распространением добрачных сексуальных отношений, высокой миграцией населения, снижением роли института семьи в воспитании детей, недостаточной информированностью населения о возможностях профилактики и получения квалифицированной помощи в области сексуального здоровья.

Для оценки уровня знаний в вопросах этиологии, клиники и профилактики гонореи, полученных в педагогическом вузе, нами обследована группа студентов, занимающихся на факультете физической культуры УО «Гродненский государственный университет им. Янки Купалы». Численность выборки первокурсников составила 89 человек (52 - юноши и 37 - девушки), старшекурсников – 76 человек (33 - юноши и 43 - девушки).

При ответе на вопрос о времени проявления первичных признаков

Репозиторий ГрГМУ

гонореи отмечается высокая частота отказа отвечать на данный вопрос студентами первого курса (65,2%). Это указывает на отсутствие элементарных знаний у первокурсников о периодах течения и клинических признаках развития патологического процесса при данной патологии. Обучение в вузе не смогло дать существенных сдвигов в знаниях определения продромального периода и появления первых клинических симптомов. Так, среди старшекурсников оставался высоким процент отказа при ответах на данные вопросы (35,5%).

Уровень осведомленности по основным симптомам гонореи у студентов старших курсов улучшался по сравнению с первокурсниками. Это подтверждает тот факт, что процент правильно названных симптомов, таких, как выделение гноя из мочеиспускательного канала, половых органов, покраснение и отек губок мочеиспускательного канала, рези, боли, жжение при мочеиспускании, преобладает. Кроме того, в 2 раза уменьшается число отказов в ответах (с 61,8% среди респондентов на 1 курсе до 25,0% - на 4-5 курсах).

На возможность полного излечения от всех форм гонореи указали 37,1% студентов первого курса и 56,6% студентов старших курсов, а от «свежей» – 31,5% в обеих группах. До 0% снижается количество пессимистических ответов о ее неизлечимости. Однако у выпускников вуза остается больше неуверенности при ответах по излечению гонореи. Так, 11,8% респондентов не могли конкретизировать свои знания об исходе заболевания.

На высокую степень опасности возможного заражения родственников больных гонореей указали 41,6% анкетируемых студентов первого курса и 38,1% старшекурсников. Причем 14,6% респондентов на первом и 10,5% на старших курсах говорили о целесообразности полной изоляции таких больных. Отказ от ответов, что чаще указывает на незнание как поступить в такой ситуации, отмечен, соответственно, у 31,5% и 9,2% анкетируемых. На опасность возможного заражения для окружающих людей в рабочей обстановке

Репозиторий ГрГМУ

эти показатели соответственно составили 22,5% и 23,7% в зависимости от курса обучения. Затруднялись ответить на данный вопрос 13,2% и 25,8% опрошенных соответственно.

Результаты исследования указывают на наличие в молодежной среде серьезной проблемы, связанной с недостатком знаний вопросов этиологии, клинической картины и течения ИППП, в частности, гонореи. Несмотря на повышение уровня знаний студентов от первого к старшим курсам, на выпускном курсе остается большой процент студентов, мало представляющий важность проблемы в современном обществе.

ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛО-АППАРАТА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Савошинский Е.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель - С.Л.Чешик

Травматические повреждения шейного отдела позвоночника занимают одно из первых мест среди травм ОДС как по частоте, так и осложнениям, которые составляют, по мнению различных авторов, до 30 %, случаев. Среди нестабильных повреждений верхне-шейного отдела позвоночника следует отметить переломы атланта с разрывом поперечной связки, повреждения зуба аксиса и корней дужек С2 позвонка с травмой диска С2-С3, а также сочетанные переломы С1-С2 позвонка. Такие переломы нуждаются в жесткой фиксации, т.к. склонны к вторичным смещениям, несращениям или сращениям в порочном положении.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения переломов шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. В клинике травматологии и ортопедии на базе УЗ «ГКОСМП» г.Гродно широко применяется методика лечения

Репозиторий ГрГМУ

нестабильных повреждений шейного отдела позвоночника аппаратом внешней фиксации - Гало-аппаратом. Нами проведен анализ историй болезни прооперированных пациентов за период с 2005г. по 2006г. Всего за этот период прооперировано 25 человек (22 пациента с повреждением сегмента С1-С2, 3 пациента с травматическим повреждением н/шейного отдела позвоночника). У данных пациентов применена методика фиксации поврежденного сегмента аппаратом наружной фиксации - Гало-аппаратом фирмы «Медбиотех» (г. Минск). Интрооперационно осуществлялась закрытая репозиция перелома в зависимости от смещения и стабильная фиксация с использованием данного аппарата. Сроки иммобилизации колебались от 3-х до 4-х месяцев, в зависимости от R-графических данных. После демонтажа аппарата иммобилизация осуществлялась стандартным воротником Шанца сроком до 1 месяца.

Результаты. Результаты лечения в группе оперированных пациентов оценены как хорошие. Достигнут эффект репозиции и стабилизации, имевшийся болевой синдром и неврологический дефект практически полностью регрессировал. Пациентам с первых суток после операции разрешалось ходить, а после выписки из стационара сохранять удовлетворительное качество жизни. Наряду с явными преимуществами данного метода лечения перед стандартными консервативными нами отмечены и недостатки применения Гало-аппарата: необходимость регулярного контроля состояния основных его узлов, длительный временной фактор фиксации и трудности адаптации, а также имеющийся риск контактной инфекции в местах введения стержней и развития гнойных осложнений со стороны костей черепа.

Заключение. На основании приведенных данных можно сделать вывод, что при травматических повреждениях в/шейного, а также повреждениях других сегментов шейного отдела позвоночника наиболее предпочтительным, по нашему мнению, является

Репозиторий ГрГМУ

применение Гало-аппарата. Данная методика позволяет выполнить репозицию позвонков и осуществить жесткую стабилизацию одновременно, способствует ранней активизации пациента и улучшает качество жизни.

ОЦЕНКА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ СИНУСИТОМ

Савченко В.В., Линник А.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра болезней уха, горла, носа

Научный руководитель – к.м.н., доц. А.Р.Сакович

Как известно, любые гнойно-воспалительные процессы, происходящие в организме, часто вызывают изменения в составе крови, поэтому врач всегда оценивает общий анализ крови, в том числе лейкоцитарную формулу по морфологии и количеству клеток. Данные показатели в норме имеют определённый диапазон значений. В то же время, разнонаправленность их изменений при патологии не всегда позволяет точно и своевременно оценить динамику и выраженность патологического процесса. При оценке таких изменений не всегда однозначно понятно - улучшается или ухудшается состояние больного, особенно при малой информативности клинических данных и незначительных изменениях в анализах, либо отсутствии таковых. Существующие на настоящее время интегральные (APACHE I, APACHE II, SAPS и др.), системы оценки тяжести течения, оценки прогноза течения гнойно-воспалительных заболеваний являются весьма громоздкими и сложными. Как альтернатива вышеуказанным системам существуют более простые лейкоцитарные индексы интоксикации Кальф-Калифа (ЛИИ_КК), Островского (ЛИИ_Остр), которые рассчитываются по данным общего анализа крови. Возрастание их говорит о повышении уровня эндогенной интоксикации и активизации процессов тканевого распада. ЛИИ разработаны для определения

Репозиторий ГрГМУ

степени интоксикации при гнойно-воспалительных заболеваниях любой локализации. Вместе с тем ЛИИ имеют значение для оценки эффективности лечения, прогноза болезни, а именно: возможность применения их как критерия, помогающего наряду с клиническими и лабораторными исследованиями, диагностировать прогрессирование процесса или развитие гнойного осложнения. Целью исследования было: провести расчёт лейкоцитарных индексов интоксикации по Островскому и Кальф-Калифу, проанализировать изменения этих индексов и на их основании сделать выводы об уровне эндогенной интоксикации при острых гнойных синуситах.

Объектом нашего исследования были данные общего анализа крови 127 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет, госпитализированных в оториноларингологическое отделение 9-ой клинической больницы г. Минска за период 2002-05 гг. по поводу острого гнойного синусита, с гнойным процессом не менее чем в двух пазухах. Нами были проведены расчёты лейкоцитарных индексов интоксикации и проведен анализ: какая часть пациентов имела нормальный, повышенный или пониженный индекс, и сделаны выводы об информативности предложенных индексов интоксикации. Согласно нашим подсчётам: как по формуле ЛИИ_КК, так и по формуле ЛИИ_Остр у 66,2% больных показатели соответствовали норме, что свидетельствовало об относительно невысокой степени общей интоксикации у больных с острым гнойным синуситом. В 33,8% случаев хотя бы по одной из формул уровень интоксикации был повышен. Совпадения повышенных значений обоих индексов имели место не у всех больных. В подгруппе больных с повышенным значением ЛИИ, если принять эту подгруппу за 100%, повышенные значения обоих ЛИИ совпадали у 55,4% больных. Повышение одного из ЛИИ было выявлено: по формуле ЛИИ_КК- 22,3% больных, по формуле ЛИИ_Остр также у 22,3%. Полученные данные убеждают в необходимости подсчёта обоих ЛИИ для большей достоверности в оценке интоксикации у больных с острым гнойным

Репозиторий ГрГМУ

синуситом с целью проведения соответствующей дезинтоксикационной терапии и оценке тяжести течения острого гнойного синусита.

Литература:

1. Мустафина Ж.Г., Краморенко Ю.С., Кобцева В.Ю. Интегральные гематологические показатели в оценке иммунологической реактивности у больных офтальмопатологией.// Клин. лаб. диагностика. -1999. -N5. -С.47-49.

ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСОВ СДВИГА ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ, ЛИМФОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА И ЭОЗИНОФИЛЬНО – ЛИМФОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СИНУСИТЕ

Савченко В.В., Линник А.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра болезней уха, горла, носа

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.Р.Сакович

Как известно, существуют лейкоцитарные индексы, используемые для оценки состояния организма, которые рассчитываются по относительному содержанию клеток в лейкоцитарной формуле общего анализа крови. Целью исследования было: провести расчёт лейкоцитарных индексов (индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК), лимфоцитарный индекс (ЛИ), эозинофильно-лимфоцитарный индекс (ЭЛ)), проанализировать изменения этих индексов и дать им интерпретацию. Объектом нашего исследования были данные общего анализа крови 169 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет, госпитализированных в ЛОР-отделение 9-ой ГКБ г. Минска за период 2002-05 гг. по поводу острого гнойного синусита, с гнойным процессом не менее, чем в двух пазухах. ИСЛК является отношением гранулоцитов к сумме моноцитов и лимфоцитов. У 33,1% пациентов по результатам настоящего исследования ИСЛК повышен. В этих случаях гранулоциты имеют главенствующее значение в динамике иммунологического ответа, а моноциты с лимфоцитами ещё не

Репозиторий ГрГМУ

среагировали должным образом. Следовательно, в очаге инфекции создаются условия для дополнительного неспецифического повреждения клеток тканей как ответной реакции на дегрануляцию гранулоцитов. “Отставание” реакции моноцитов и лимфоцитов ведёт к запаздыванию фазы завершённого фагоцитоза (моноциты) и замедленной активации иммунокомпетентных клеток (лимфоцитов). Такой дисбаланс может приводить к затяжному течению острого синусита, усложняет прогноз в отношении перехода в хроническую форму. У 59,2% больных ИСЛК соответствовал норме. Это означало, что у данных пациентов иммунный ответ протекал адекватно. У 7,7% пациентов ИСЛК снижен, что, в свою очередь, свидетельствует об активном клеточном взаимодействии в борьбе с инфекцией и благополучном прогнозе заболевания. ЛИ является отношением лимфоцитов к нейтрофилам. У 10,0% больных ЛИ повышен. У данных пациентов борьба с инфекцией уже ведётся при полном и активном взаимодействии между иммуннокомпетентными клетками, что свидетельствует о завершённости реакций активного иммунного ответа, а значит, является прогностически благоприятным признаком. У 13,6% пациентов ЛИ находился в пределах нормы, следовательно иммунная реакция имеет завершённый характер. У 76,3% обследованных ЛИ понижен. Следовательно, у данных пациентов иммунная реакция носила незавершённый характер, что может предупреждать врача о прогностически сложном или затяжном течении болезни, требующем усиленного антибактериального и иммуномодулирующего лечения. Таким образом при анализе ИСЛК и ЛИ установлено, что более слабым звеном первичного иммунного ответа при острых гнойных синуситах является завершённость клеточных реакций, по отношению к своевременности этих реакций (76,3% и 33,1% соответственно). ЭЛ является отношением эозинофилов к лимфоцитам. По данным исследования у 68,6% ЭЛ находился в пределах нормы, что говорило нам об отсутствии

Репозиторий ГрГМУ

склонности к гиперреактивности. Однако у 31,4% ЭЛ был повышен, что свидетельствовало об имеющейся склонности к гиперреактивности, что в свою очередь, может привести к затяжному течению синусита или же развитию продуктивного процесса в слизистой оболочке околоносовых пазух с возможным образованием полипов и кист (т.е. переходу в хроническую форму), а также развитию ГЗТ к микробным антигенам.

Литература:

1. Шарабчиев Ю.Т., Дуина Т.В.Показатели здоровья в цифрах и фактах. Мн. УП Юником, 2001.- С.48.

АНАЛИЗ МЕТОДИК ОБСЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИЗЫВНИКОВ

Салей А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – И.И. Прохоров

Изучение функционального состояния организма у лиц призывного возраста представляет актуальную, но недостаточно разработанную научную проблему. До настоящего времени остается не до конца изученным характер изменений функционального состояния организма и роль отдельных его звеньев в процессе жизнедеятельности людей. В целях минимизации отрицательных последствий адаптации молодого организма к новым условиям и выработке предложений по их коррекции следует оценить функциональное состояние организма у призывников еще на этапе медицинского обследования на военно-врачебной комиссии в военкомате.

Целью данной работы является анализ методик контроля функционального состояния здорового или практически здорового организма у лиц молодого возраста (призывного возраста) для определения адаптационных возможностей организма к условиям военной службы.

Репозиторий ГрГМУ

В соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ по питанию для оценки статуса питания рекомендован индекс Кеттле (индекс массы тела) – ИМТ– МТ/ДТ^2, который включен в постановление МО/МЗ РБ №10/30 от 26.04.06. Этот параметр четко зависит как от изменений пластического обмена, так и от психического состояния индивида (резкая потеря массы тела при некоторых психических заболеваниях). Однако дефиниция ИМТ имеет ряд существенных недостатков, так как определение вышеуказанного индекса базируется только на двух морфологических признаках.

Более эффективной методикой контроля функционального состояния призывников можно считать методику определения индекса Мызникова (ИМ), приведенного к площади поверхности тела (ИМS=ИМ/ $S_{тела}$, где ИМ= (САД/ДАД)ЧСС, которая рассчитывалась по Дю Буа $S_{тела}$= МТ^{0,423}ДТ^{0,725}0,007184).

ИМS более полно отвечает формулировке о том, что трофологический статус- это обусловленная конституциональными особенностями и возрастом человека совокупность метаболических процессов организма, обеспечивающих его адекватное функционирование с целью поддержания устойчивого гомеостаза и широких адаптационных резервов, зависимая от предшествующего фактического питания и условий жизни. Параллельно с определением ИМS рассчитываются кардиореспираторный индекс (КРИ=ЧСС/ЧД), уровень адаптации к среде по адаптационному потенциалу (АП).

Заслуживает внимания методика Л.И.Глико, основанная на анализе параметров антропометрии и функций кардиореспираторного комплекса и пригодна для экспресс-диагностики.

На основании данных о В, МТ, ДТ, ОГК, ЧСС, АД производят расчеты производных и комплексных величин, которые сравнивают с «идеальными» и «должными» показателями, разработанными на большом количестве данных, после чего оценивается их соответствие реальным величинам. Эти расчеты выводятся в виде таблицы с

Репозиторий ГрГМУ

процентной оценкой отклонений. Автоматизированный алгоритм доступен процессорам ЭВМ, реализация его занимает не более 2 мин.

Наиболее эффективными методиками контроля функционального состояния призывников могут быть те, которые не требуют проведения дополнительных исследований, имеют количественные и качественные выражения учитываемых параметров, легко воспроизводимы и доступны, не требуют существенных затрат времени и технического обеспечения.

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ ШКОЛЬНИКОВ В КВАРТИРЕ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОБЛАСТНОМ И РАЙОННОМ ЦЕНТРАХ

Салей А.С., Болейко Е., Лискович И.В., Козич Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.В.Пац

Организация рабочего места школьника в квартире обеспечивает высокую работоспособность, минимальную утомляемость, правильное развитие осанки, правильное формирование органа зрения.

Факторами, влияющими на организацию рабочего места школьника, являются: освещенность, подбор мебели, загроможденность помещения, установка технических средств вблизи рабочего места.

Цель работы. Обследовать и проанализировать организацию рабочего места школьников в квартире, проживающих в областном и районных центрах.

Материалы и методы. Обследовано 623 рабочих места школьников в жилых помещениях (в условиях квартиры), проживающих в г. Гродно и г. Волковыске Гродненской области.

Выделены 3 группы рабочих мест: организованное, неорганизованное, частично организованное.

Организация рабочего места школьника в зависимости от региона

Репозиторий ГрГМУ

проживания.

Табл. Организация рабочего места школьника в зависимости от региона проживания

Рабочие места	Населенный пункт	Организованные	Частично организованные	Неорганизованные
313	г.Гродно	13,87%	68,05%	23,96%
310	г. Волковыск	13,87%	41,93%	44,83%

Выводы. В ходе исследования достоверно выявлено преобладание частичной организации рабочего места школьника, проживающего в областном центре.

Количество неорганизованных рабочих мест школьников в районном центре выше по сравнению с областным .

Необходимо проведение разъяснительной работы среди родителей по вопросу санитарно-гигиенических требований к организации рабочего места школьника.

КОНЦЕПТ *ИЗМЕНА* В КОНЦЕПТОСФЕРЕ *ЛЮБОВЬ*

Салей А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – доц. Н.А.Мишонкова

Концепт, как сложноупорядоченное образование, пользуясь словами В.В.Тарасенко, может иметь свое собственное концептосферическое поле и входить в концепт-пространства других ментально-языковых репрезентаций. Частотность появления того или иного концепта в концептосфере других репрезентаций находится в

Репозиторий ГрГМУ

зависимости от его смыслового наполнения. Достаточно сравнить концепты *любовь* и *измена*, первый является составляющей впечатляющего количества концептосфер (человек, духовный мир человека, родина, дружба, семья, дом, и др.), второй – ограниченного, в основном это отступничество, предательство, непостоянство.

Основные уровни концептосферы *измены*: категориальный признак – действие, трансформация, результатом которой есть «перемена в чувствах, мыслях, действиях», понятия-уточнения: а) предательство, вероломство; б) супружеская неверность; в) отказ от прежних идеалов, убеждений, взглядов, установок. Из этого следует, что понятийный уровень репрезентации *измена* весьма скуден. Существенно ограничен ее оценочно-чувственно-эмотивный уровень. На концептном уровне преобладают негативные смыслы. Концепт *измена* активизируется в пласте концептосферы *любовь*, касающемся интимной (душевной и телесной) сферы отношений между мужчиной и женщиной.

Если говорить о роли концепта *измена* в различных видах дискурса, то она может быть доминирующей или второстепенной. В концептосфере же *любовь* измена довольно часто сопутствует ведущему концепту.

С этой точки зрения весьма интересными представляются позиция и функционирование концепта в песенном дискурсе. В русских этнических и народных наиболее известных песнях XIX – XX вв. *измене* , как правило, отводится место на втором плане, при этом отсутствие концепта нередко лишь подразумевается, словно специально затушевывается, т.е. он функционирует неявно, скрываясь за словами и выражениями типа разлюбить, полюбить другую(-ого), позабыть, непостоянная любовь.

При анализе песенного материала обнаруживаем несколько примечательных фактов. Во-первых, *измена* часто словно специально скрыта за «кулисами» чувств и совершенно не экспонируется, причем изменник/изменница вызывают сочувствие. Во-вторых, в таком случае

Репозиторий ГрГМУ

внимание поющего и слушателя обычно сосредотачивается не на самой *измене*, которая вообще ими не замечается, не на осуждении, а на той душевной боли, что сопровождает *измену*, или на горьком осадке, что она оставляет. В-третьих, как следствие указанных фактов, в песнях отмечаем образную скудность концепта *измена*, т.к. отдельные символические образы, вплетенные в песенную ткань, не подчеркивают, а лишь *косвенно* свидетельствуют, *слегка* намекают на наличие измены. В-четвертых, в лирических песнях исключается эротическое начало, т.к. в них упоминается исключительно душевный, а не телесный аспект измены – разлюбить, полюбить другую(-ого).

Культура – единственный помощник, позволяющий Человеку выстоять, выжить, пережить Любовь-страдание. Культура мысли – осмыслить, культура чувства – сохранить, культура поведения – сохранить достоинство. Культура – искусство выжить, сохранить себя как личность, т.е. не разрушиться как индивид и как личность. Культура налагает запреты, дает ориентиры, устанавливает иерархию ценностей.

Роза без шипов не была бы розой, так и концептосфера *любовь* без концепта *измена* была бы лишена терпкости и полноты раскрытия.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА

Салей А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии,

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научные руководители – к.м.н., доцент Б.Л. Гаврилик;

к.м.н., ассистент Э.Г.Хмельницкая

Химический ожог пищевода является результатом перорального употребления внутрь концентрированных растворов щелочей или

Репозиторий ГрГМУ

кислот. 70 – 90% пациентов ожог пищевода получают случайно. Однако ряд больных употребляют агрессивную жидкость преднамеренно, с целью суицида.

Для оценки причин суицидальных действий у больных с диагнозом химический ожог пищевода мы провели ретроспективный анализ 15 историй болезни (2002 – 2006г.). Преобладающее большинство больных составили женщины – 14 (93,3%) человек. Мужчина был 1 (6,7%). Возраст больных колебался от 41 до 85 лет. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, умерло 5 (33,3%) пациентов. Анализ причин суицидальных попыток показал: у 7 (46,6%) человек причиной суицида явилась депрессия. Из них 2 (13,5%) пациентки состояли на учете у психиатра с диагнозами: F 31.4 (биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии); F 32.3 (тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами). Больная находилась в состоянии параноидного бреда. В 3-х (20,0%) случаях у больных был выставлен диагноз: F 01 (сосудистая деменция). Известно, что сосудистая деменция в 40% случаев сопровождается депрессией. В 4-х (26,7%) случаях суицидальные попытки произошли после психотравмирующей ситуации. Больные консультированы психиатром. Выставлен диагноз: F 43.20 (Расстройство адаптации, короткая депрессивная реакция). Еще одной причиной суицидальных попыток явились онкологические заболевания – 2 (13,3%) человека. Известно, что количество суицидов у больных злокачественными опухолями в 2 – 4 раза выше, чем в общей популяции. В 2-х (13,3%) случаях суицидальную попытку совершили одинокие женщины в возрасте 62 и 77 лет с тяжелой сопутствующей соматической патологией (бронхиальная астма, сахарный диабет, отсутствие левого глаза – у одной, глухонемота – у второй пациентки). В 1 (6,7%) случае суицид совершил 33-летний безработный, одинокий мужчина, страдающий туберкуломой легких, ранее уже предпринимавший попытку самоубийства. Еще 1 (6,7%) женщина,

Репозиторий ГрГМУ

утверждающая, что приняла агрессивную жидкость с целью самоубийства, страдала хроническим алкоголизмом и алкоголь (алкогольсодержащая жидкость), по-видимому, занимал у нее доминирующее место в системе ценностей потребления.

В состоянии депрессии самоубийство воспринимается как избавление от безнадежного состояния, от мучительной неудовлетворенности собой, неизлечимого или изолирующего от общества заболевания, безрадостной старости, безнадежного будущего. Суицидальный риск повышается, если добавляется снижение жизнелюбия и оптимистичности, а также имеется повышенная импульсивность, конфликтность. Добровольный уход из жизни, связанный с невыносимым физическим или эмоциональным страданием либо с неизлечимой болезнью, называют «рациональным самоубийством».

Таким образом, проведенный нами анализ позволяет сделать следующие выводы:

1. Основной причиной суицидов посредством приема химических реагентов являются психические расстройства, в частности депрессия.

2. Следующей по значимости причиной является наличие у больных онкологических заболеваний, которыми больные страдали на момент суицида.

3. Группу повышенного риска составляют одинокие пожилые женщины с тяжелой соматической патологией.

4. Определенную роль играет наличие попытки самоубийства в анамнезе.

5. Хронический алкоголизм на стадии активного потребления алкоголя создает условия для возможного суицида.

ХАРАКТЕРИСТИКА СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Салмин Р. М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

Кафедра биохимии
Научный руководитель - д. м. н., профессор В.В. Лелевич

Алкоголизм и последствия злоупотребления алкоголем находятся в сфере внимания исследователей уже многие годы. Адаптационные изменения, происходящие в ответ на злоупотребление алкоголем, имеют наиболее общие звенья патогенеза алкоголизма, часто используемые в различных патогенетических построениях отечественных и зарубежных исследователей. Поступая в организм, алкоголь активно вмешивается в ход общеметаболических процессов, изменяет про/антиоксидантный статус клетки, поэтому введение этанола в организм так же, как и его отмена, вызывает многочисленные метаболические перестройки. Смена периодов алкоголизация/отмена этанола, по нашему мнению, может создать наиболее благоприятные условия для проявления действия адаптационных процессов. В обществе значительно чаще встречается ситуация прерывистой алкоголизации, однако данных о состоянии антиоксидантной системы (АОС) в этих условиях крайне недостаточно. В связи с этим в качестве модельной ситуации для оценки адаптационных изменений в антиоксидантной системе (АОС) была выбрана модель “прерывистой алкоголизации”, где периоды алкоголизации составляют 4 суток, а отмены - 3 суток. Этанол в виде 25% раствора вводился внутрижелудочно, 2 раза в сутки в дозе 3,5 г/кг. Циклы алкоголизация/ отмена повторялись 4 раза. Декапитацию животных проводили на 4-7, 21 и 28 сутки эксперимента, что позволило в динамике изучить развитие данной формы алкогольной интоксикации. В эксперименте были использованы печень и плазма крови. Определялись активность ферментов АОС, уровни восстановленного глутатиона, продуктов реагирующих с тиобарбитуровой кислотой и нитратов.

Патохимические изменения АОС в условиях смены циклов алкоголизация/абстиненция реализуются в дисбалансе

Репозиторий ГрГМУ

супероксидисмутаза/каталаза, отмеченном в большинстве циклов. Однако в упомянутых группах процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) ингибированы. Причиной этого может быть антиоксидантное действие окиси азота. Анализ результатов показал, что при острой алкогольной интоксикации интенсивность перекисных процессов невелика, одновременно концентрация NOx имеет тенденцию к понижению. Увеличение циклов потребление-отмена этанола (на 3-е сутки отмены после воспроизведения 4-х циклов алкоголизация/абстиненция) сопровождается нормализацией уровня NO, в активности перекисных процессов достоверных отклонений также не выявлено.

Показано, что влияние этанола на NO-синтазную систему зависит от вида алкогольной интоксикации. При острой алкогольной интоксикации уровень NO снижается, тогда как хроническое потребление этанола стимулирует синтез окиси азота. При этом в числе прочих причин снижения его уровня может быть и участие NO в антиоксидантных процессах. Отмечена его способность к терминации цепных реакций ПОЛ индуцируемых, как известно, активными формами кислорода. Адаптационные процессы в АОС нарастают с увеличением числа периодов алкоголизация/отмена. Состояние АОС в условиях прерывистой алкоголизации очевидно обусловлено действием периферических регуляторных механизмов, связанных с колебаниями уровня активных форм кислорода и продуктов метаболизма этанола. Полученные результаты дают основание для более детальных исследований взаимосвязи между колебаниями уровней активных форм кислорода, оксида азота, продуктов метаболизма этанола в печени, индуцированных прерывистой алкоголизацией, и функциональной активностью АОС в целом и отдельных её составляющих, в частности. Понимание механизмов периферической регуляции АОС может быть использовано для грамотной коррекции антиоксидантного статуса печени при прерывистой алкогольной

Репозиторий ГрГМУ

интоксикации.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВОЗНИКШИХ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И г.ГРОДНО

Саросек В.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – д.м.н. Е.И. Макшанова

Труд медицинских работников относится к наиболее сложным и ответственным видам деятельности человека. Заболеваемость медицинского персонала, ее связь с профессиональной деятельностью – серьезная и недостаточно изученная проблема. Вероятность возникновения внутрибольничной инфекции одинаково реальна для лечебно-профилактических организаций (далее ЛПО) всех стран мира. Несмотря на достижения, открытия и изобретения, порождаемые угрозой внутрибольничной инфекции (далее ВБИ), постоянно требуются интеллектуальные поиски ученых не только в сфере медицины и естествознания, но и других науках. Поскольку исходы ВБИ имеют место, как правило, в случаях инфицирования больных, рассматривать внутрибольничное инфицирование в качестве профессионального риска для сотрудников ЛПО начали сравнительно недавно.

Цель работы. Провести анализ случаев ВБИ, имевших место в ЛПО Гродненской области и г. Гродно, с точки зрения профессиональной патологии, больных и результатов мониторинга резистентности микроорганизмов по отношению к основным группам антибактериальных препаратов.

Методы исследования. В данной работе использовался санитарно-статистический метод исследования. Данные представлены за период с 2000 по 2006г.

Репозиторий ГрГМУ

Результаты. На территории Гродненской области профессиональная инфекционная заболеваемость медработников регистрируется ежегодно. Так, в 2000 году были подтверждены 5 случаев профзаболеваний, в 2002 – 3 случая, в 2000 и 2001 – по 2 случая, с 2003 по 2005 года – по 1 случаю ежегодного инфицирования.

Анализ вакцинации медицинских работников против вирусного гепатита В (далее ВГВ) по городу и области отчетливо свидетельствует о недостаточно ответственном отношении медицинских работников к данной профилактической мере. В целом по области в 2005 году привито против ВГВ 75,5% работников ЛПО. Это число выше, чем в 2004 году, когда общее число вакцинированных составляло 56,8%. По данным статистического учета уровень заболеваемости ВБИ был самым низким за весь период наблюдения, зарегистрировано 20 случаев ВБИ, что на 4 случая ниже уровня 2004 года. В группах обязательного вакцинирования в 2005 году вакцинацию прошли 80,1% врачей, 76,7% среднего медицинского персонала и 66,1% младшего медицинского персонала.

В ЛПО города Гродно на протяжении 2005 года зарегистрировано 11 случаев ВБИ. Было подано 27 экстренных извещений на гнойно-септические инфекции у новорожденных. В качестве источника инфекции определены медицинский персонал и матери.

Постинъекционные абсцессы (ПИН) по Гродненской области в 2005 году зарегистрированы в 4 случаях (2- Гродненском районе, 1- в Дятлове, 1- в Лиде). В ЛПО г.Гродно ПИН не регистрировались.

Литература:

1. Щербо А.П. Больничная гигиена. Руков. для врачей – СП-б.: СПбМАПО. 2000. –489с.

2. Селькова Е.П. Проблемы профилактики внутрибольничных инфекций в учреждениях г. Москвы. // Моск. Мед. журнал – 1997. – № 4. – с. 26-30.

3. Эпидемиологическая ситуация по внутрибольничным инфекциям

Репозиторий ГрГМУ

в организациях здравоохранения Республики Беларусь в 2006г. Информационный бюллетень МЗ РБ Минск 2006г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГИСТЕРЭКТОМИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Сахарчук Е.Ю., Черноокая Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – ассистент А.Р.Плоцкий

В лечении фибромиом матки ведущее значение принадлежит хирургическим методам. Постоянно дискутируемым вопросом остается объем выполняемого оперативного вмешательства. Если в молодом возрасте предпочтение отдается консервативной миомэктомии, то в период затухания репродуктивной функции резко возрастает количество гистерэктомий. По своим свойствам экстирпация матки является более травматичным вмешательством, нежели ампутация матки. Литературные источники указывают на более высокую частоту повреждения органов мочевыводящей системы, большую длительность операции, более значительную кровопотерю и более длительные сроки лечения. Тем не менее, в последние годы отмечается тенденция к увеличению количества экстирпаций матки, что зачастую мотивируется и таким «положительным» фактом, как удаление шейки матки (устранение возможности возникновения рака культи). Однако экстирпации должны производиться лишь по строгим показаниям. К ним относятся сочетание миомы с предраком эндометрия и шейки матки, сочетание миомы с распространенным эндометриозом, шеечно-перешеечная миома, рост опухоли в менопаузе, причем все это должно иметь клиническое и гистологическое подтверждение, что не всегда выполняется.

Нами изучены 284 истории болезни пациенток, госпитализированных для оперативного лечения по поводу

Репозиторий ГрГМУ

фибромиомы матки в 2003-2005 гг. в УЗ «ГОКРД». За этот период было выполнено: 161 ампутация матки (56,7%) и 123 экстирпации матки (43,3%). Однако, если в 2003 году процент экстирпаций матки составлял 23,7, то в 2004 и в 2005 году он был 45,5 и 83,7 соответственно. При гистологическом исследовании шейки матки выявлено 10 псевдоэрозий, 63 случая наботовых кист, 1 случай лейкоплакии на фоне выраженного воспаления, а в остальных 47 случаях на изменения со стороны шейки матки при гистологическом исследовании указаний не было. При кольпоскопическом исследовании накануне операции состояние шейки матки трактовалось как гипертрофия, наличие рубцовой деформации, наличие ретенционных кист, а также остаточные явления после лечения фоновых заболеваний в прошлом (20% пациенток указали на наличие эрозий шейки матки в анамнезе). Указанные факты говорят либо о недостаточной обоснованности удаления шейки матки при оперативном лечении фибромиом, либо о недостаточно полном гистологическом исследовании шейки матки.

Средняя продолжительность ампутации матки составила 69,7 минут, а средняя продолжительность экстирпации – 95 минут. Средняя длительность лечения больных составила 10,2 дня при выполнении ампутации и 11,4 дня при выполнении экстирпации матки. Зафиксировано 5 случаев ранений органов мочевой системы, 4 из них – при выполнении экстирпации матки.

Таким образом, на основании изученных материалов мы пришли к следующим выводам:

1.Количество выполняемых экстирпаций матки по поводу фибромиомы увеличивается, несмотря на известные негативные стороны этого вмешательства;

2.Обоснование экстирпации матки по клиническим данным не всегда достаточное, что находит подтверждение при гистологическом исследовании удаленного органа.

Репозиторий ГрГМУ

Литература:

1. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. - Москва. - 1990.

2. Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. - Минск. - 1994.

УТВЕРЖДЕНИЕ ВРЕДА АЛКОГОЛЯ В ПАРЕМИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА

Сахоре А. А., Канде С. К., Вентикапати К. К

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского языка как иностранного

Научный руководитель - преподаватель М.Г.Ситникова

Актуальность: пословицы и поговорки, отражающие всё многообразие жизни и быта человека, содержат информацию и о таком отрицательном и антиобщественном явлении, как пьянство.

Цель: выявление воспитательного потенциала пословиц об алкоголизме, который может и должен быть использован врачом для пропаганды среди населения трезвого образа жизни и проведения разъяснительной работы по профилактике алкоголизма.

Материал и методы исследования: составление тематической картотеки русских пословиц и поговорок о вреде злоупотребления алкоголем на материале паремиологического фонда сборника В. И. Даля «Пословицы русского народа», лингвистический и лингвокультурологический анализ паремий.

Результаты исследования: среди пословиц о вреде алкоголя для общественного здоровья, которые могут быть использованы медиками при пропаганде трезвости, наиболее многочисленную группу составляют пословицы, дающие общую отрицательную оценку алкоголю и злоупотреблению им. К этой группе можно отнести такие пословицы, как *Вино дело не ино. Невинно вино, а проклято пьянство. Много вина пить — беде быть. Много пить — добру не быть. Пить до дна — не видать добра. Лучше пряничать, чем бражничать.*

Репозиторий ГомГМУ

Пословицы о вреде алкоголя фиксируют клинические проявления алкоголизма. В них находят отражение нарушения физического состояния больного, связанные с употреблением алкоголя.

Алкогольный галлюциноз, как следствие неумеренного употребления спиртных напитков, упоминается в поговорках: *Во хмелю мало ли что не привидится. Попей, попей – увидишь чертей.*

Спутанность сознания, провалы в памяти, интеллектуальная деградация алкоголика отражены в пословицах: *Испей винца, позабудь отца. Вино с разумом не ладит. Вино уму не товарищ*. Утверждение несовместимости нормальной умственной активности с употреблением алкоголя содержится в пословицах: *Дали вина, так и стал без ума. Вино сперва веселит, а там и без ума творит. Кто много пьёт вина, тот скоро сойдёт с ума.* Различные расстройства речи как симптомы алкогольной интоксикации отражены в пословицах: *Вешний путь не дорога, а пьяного речь не беседа. Пойми пьяного речи, поймёшь и свиное хрюканье.*

Большая группа паремий содержат пословицы о вреде, наносимом алкоголем здоровью человека: *Кто чарку допивает, тот веку не доживает. Кто вино любит, тот сам себя губит. Вино веселит, да от вина же голова болит.*

Нарушение координации движений при алкогольной интоксикации и диспепсические расстройства при абстинентном синдроме нашли отражение в пословице: *Пьяное дело шатовато, а похмельное тошновато.*

Абстинентный синдром (похмелье) также нашёл своё отражение в пословицах: *Савелья ломает с похмелья. С похмелья голова болит. Не тот пьяница, кто пьёт, а тот, кто опохмеляется.*

Выводы: пословицы содержат осуждение пьянства как антисоциального явления, приносящего вред здоровью человека, разрушающего нравственные устои общества и материальное благополучие семьи.

Репозиторий ГрГМУ

Литература:

1. Даль В. Пословицы русского народа. М., 1984.

ПРИЧИНЫ ДИСБАКТЕРИОЗА ГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Светова Н.Н., Алещик М.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии

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

Больные с частыми ангинами, обострениями и осложнениями хронического тонзиллита часто и длительно принимают антибиотики и нестероидные противовоспалительные препараты. Это может привести к дисбактериозу в организме, активизации роста грибковой флоры.

Цель работы. Исследовать зависимость степени дисбактериоза глотки в группах больных хроническим тонзиллитом, часто и длительно принимавших антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты и имеющих осложнения.

Методика. Проведено бактериологическое исследование глотки и сравнение их результатов у 404 больных хроническим тонзиллитом. Все больные разделены на 4 группы. В первую группу вошло 195 (48,3%) больных с бактериальной микрофлорой в глотке. Вторую группу составили 59 (14,6%) больных с грибковой микрофлорой. Третью группу – 115 (28,5%) пациентов со смешанной бактериально – грибковой микрофлорой. Четвертую группу - 35 (8,7%) больных с отсутствием роста микрофлоры на миндалинах.

Результаты. Часто и длительно принимали антибиотики 81 (41,5%) больной 1 группы и 35 (25,7%) больных 4 группы. Во 2 и 3 группах процент лечившихся антибиотиками значительно выше (соответственно 79,7% и 80,9%), имеются достоверные различия с 1 и 4 группами ($p<0,01$). В этих двух группах также большее количество

Репозиторий ГрГМУ

больных принимали нестероидные противовоспалительные препараты (соответственно 18,6% и 13,9%), в 1 и 4 группах соответственно 3,6% и 2,9%. В группах больных, лечившихся нестероидными противовоспалительными препаратами, чаще встречается грибковый и грибково-бактериальный дисбактериоз глотки ($p<0,05$).

Больные хроническим тонзиллитом с органическими осложнениями чаще встречались в 1, 2 и 3 группах (соответственно 16,9%, 23,7% и 20%). Этот показатель достоверно выше в сравнении с 4 группой (2,9%) (1 и 3 группы - $p<0,05$, 2 группа - $p<0,01$). Наличие функциональных заболеваний у больных чаще фиксировалось во 2 и 3 группах (соответственно 49,2% и 42,6%), что было чаще, чем в 1 и 4 группах ($p< 0,01$). В 1 группе частота функциональных заболеваний составила 28,2%, что также чаще, чем в 4 группе (5,7%) ($p<0,01$).

Выводы. 1. У больных хроническим тонзиллитом, часто и длительно принимающих антибиотики, достоверно чаще встречается грибковый и бактериально-грибковый дисбактериоз глотки.

2. Приём нестероидных противовоспалительных препаратов повышает развитие дисбактериоза глотки.

3. В группах больных с грибковой и грибково-бактериальной флорой на небных миндалинах чаще обнаруживаются функциональные и органические тонзиллогенные осложнения.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ УЧАЩЕГОСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Седляр И.М., Спила Л.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.И. Заборовский

Изучению подвергнуты сплошным методом 225 учащихся медицинского колледжа. С этой целью использована специально

Репозиторий ГрГМУ

разработанная анкета с 27 вопросами и возможными вариантами ответов, которая содержала демографическую характеристику, учебную активность учащихся. Анкета заполнялась анонимно самими учащимися.

Среди опрошенных большинство (84,4%) составили лица женского пола. До поступления в учебное заведение 1,8% учащихся имели средне специальное, остальные (98,2%) – среднее образование. Стаж работы от 1 года до 5 лет был лишь у 2,2% респондентов.

Более 2/3 проживают в общежитии, 28,5% - дома. Стипендией обеспечено 80,6% учащихся, помощь от родителей получают 73,6% анкетированных.

На решение выбора профессии в 22,9% случаев повлияли родители, у 77,1% оно было самостоятельным. Для осуществления своей мечты 6,3% работали санитарками, занимались в клубе «Юный медик», закончили УПК, остальные (93,7%) решили сначала получить среднее специальное медицинское образование. К поступлению в колледж 59,7% готовились самостоятельно, 35,4% - занимались с репетитором, 4,9% - учились на подготовительных курсах.

Занимаясь на первом курсе, 16,0% учащихся не уверены, что правильно выбрали профессию. Однако на старшем курсе этот показатель снижается до 2,8%.

Характеризуя учебный процесс, можно отметить, что абсолютное большинство учащихся (96,5%) не пропускают занятий без уважительных причин, а 3,5% - пропускает изредка. В основном анкетированные считают, что посещать лекции необходимо (95,1%), а по мнению 0,7% - без них можно обойтись. Больше половины учащихся (55,6%) предпочитают того преподавателя, за кем можно успеть все записать, каждый третий – наставника, который предлагает думать и трудиться самостоятельно.

Подготовка к занятиям осуществляется дома (97,9%), в библиотеке – редко (2,1%) и ежедневно на эти цели у большинства (79,9%)

Репозиторий ГрГМУ

тратится 3-4 часа, у 16,7% - 1-2 часа, а у 3,5% - менее часа. В течение учебного года каждый пятый (19,4%) учащийся не имеет вообще отработок, у 63,9% бывают единичные, у 12,5% - до десяти, у 4,2% - более десяти.

Трое из четырех учащихся (75,0%) считают учебу в колледже трудной. Видимо, этим объясняется то обстоятельство, что основная часть (71,5%) занимается систематически на протяжении всего семестра, а остальные только во время экзаменационной сессии (14,6%) или за 1-2 дня перед экзаменом (13,9%).

На вопрос о перспективе будущего трудоустройства после окончания учебного заведения 66,0% хотели бы продолжить обучение в вузе, 22,9% планируют работу в стационаре и лишь 8,3% - на участке.

Небезразличны учащимся вопросы, связанные с семьей и браком. Отрицательное отношение к браку высказали только 1,4% опрошенных. Наиболее важным в браке половина (56,9%) считают взаимопонимание, 43,1% в равной мере отдали предпочтение развитию, самовыражению личности и взаимопониманию. Перспектива иметь и воспитывать детей интересует 96,5% респондентов.

Таким образом, при разработке мероприятий по совершенствованию учебно-педагогического процесса, составлению плана воспитательной работы необходимо учитывать социальный портрет учащихся колледжа.

СТРУКТУРА НЕФРОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ВЫЯВЛЯЕМОЙ С ПОМОЩЬЮ ЦИСТОГРАФИИИ

Семинская И.П., Шерешик Т.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.И.Хлебовец

Рентгенологические методы исследования, такие как цистография, экскреторная урография, применяемые в урологической практике,

Репозиторий ГрГМУ

занимают важное место среди разных способов распознавания заболеваний органов мочевыделительной системы. Цистография- это один из основных инструментальных методов обследования больных с патологией мочевыделительной системы, который проводится в комплексном обследовании детей с подозрением на патологию мочевой системы. Показаниями к проведению цистографии являются: длительная, не поддающаяся лечению лейкоцитурия; наличие в анамнезе указаний на расстройство ритма мочеиспускания; наличие в анамнезе жалоб на боль в животе; гидронефроз; отсутствие или снижение функции одной почки; расширение мочеточников и заполнение их контрастным веществом на урограммах на всем протяжении; гипотония чашечно-лоханочной системы; удвоение почек [1].

Цель нашего исследования - изучение данных, получаемых при цистографии по материалам стационара.

За период с ноября 2005 по октябрь 2006 года было проведено 300 цистографий. Патология была выявлена в 72 (24%) случаях. Нами проведен анализ 45 историй болезней детей, у которых при проведении цистографии были выявлены патологические изменения. Были изучены возраст, пол, диагноз, данные анамнеза, результаты цистографии. Мальчиков было 9 (20%), девочек 36 (80%). По возрасту дети распределились следующим образом: в возрасте до 1 года было 9 (20%) детей, 1-3 года- 7 (15,5%), 3-6 лет - 12 (26,8%), 6-10 лет - 13 (28,9%), 10-14 лет – 2 (4,4%) ребенка, старше 14 лет - 2 (4,4%).

Среди 45 больных 28 (62,2%) имели в анамнезе мочевой синдром (длительная, не поддающаяся лечению лейкоцитурия, эритроцитурия). 8 детей поступали с жалобами на дизурические расстройства (частое, болезненное мочеиспускание, энурез), боли в пояснице наблюдались у 4 (8,8%) больных, боли в животе - у 2 (4,4%) детей. Отсутствие или снижение функции одной почки отмечалось у 5 (11,1%) больных, наличие гидронефроза – у 2 (4,4%), удвоение почки у 6 (13,3%) детей.

Репозиторий ГрГМУ

В большинстве случаев у больных детей наблюдалось сочетание указанных патологических синдромов и состояний.

По данным цистографии пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) наблюдался у 36 (83,7%) детей, аномалии развития мочевыделительной системы – у 9 (20%). Из аномалий развития мочевыделительной системы дивертикул мочевого пузыря был у 3 детей, мочевой пузырь аномальной формы у 6 детей. У 24 (66,7%) детей был выявлен односторонний ПМР, чаще правосторонний - у 15 (62,5%), левосторонний - у 9 (37,5%). Двусторонний ПМР выявлен у 12 (33,3%) детей. Правосторонний ПМР III ст. - у 6 (40%) детей, IV ст. - у 4 (26,6%), I ст. - у 3 (20%) и II ст. - у 2 (13,3%) детей. Левосторонний ПМР IV ст. был у 5 (55, 6%) детей, III ст. - у 2 (22, 2%) и по одному случаю ПМР I и V ст. При двусторонней локализации патологии в 50% случаев наблюдался ПМР IV ст. с обеих сторон. В 30 (83,3%) случаях ПМР сочетался с вторичным пиелонефритом, в 5 (13,9%) случаях с циститом, а в 6 (16,7%) случаях ПМР сочетался одновременно с вторичным пиелонефритом и циститом.

Таким образом, основную массу детей составили дети в возрасте от 3 до 10 лет. Наиболее часто выявлялся правосторонний ПМР III и IV ст., двусторонний ПМР IV ст., что указывает на позднюю выявляемость данной патологии. В большинстве случаев (83,3%) ПМР осложняется вторичным пиелонефритом.

Литература:

1. Терещенко А.В., Люлько А.В. Рентгенологическая диагностика в педиатрии. - К.: Здоровья, 1985. - 152с.

РОЛЬ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Сенько В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.С. Околокулак

Репозиторий ГрГМУ

Диабет сегодня – одна из наиболее острых медико-социальных проблем современности. По частоте возникновения сахарный диабет стоит на третьем месте, уступая лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. По разным источникам, в мире насчитывается от 120 до 180 млн. больных диабетом, что составляет 2–3% от всего населения планеты. И, по прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2025 г. больных будет около 300 млн. человек [1].

Целью настоящего исследования является попытка оценить современное состояние проблемы роли конституциональных особенностей человека в имеющихся литературных данных.

Объектом исследования послужило 10 литературных источников.

Фактор конституции имеет для врача прогностическую ценность. С учетом конституции можно достаточно точно охарактеризовать особенности индивидуального развития, судить о реактивности организма и генетических маркерах, установить присущие данному индивиду факторы риска определенных заболеваний.

По данным изучения признаков частных конституций обосновано выделение групп риска по отдельным заболеваниям для их первичной профилактики. К настоящему времени создана большая база данных о заболеваемости людей с разной морфологической и антигенной конституцией. Так, при обследовании представительного контингента женщин 20–40 лет, у половины из них выявлен верхний (андроидный) тип жироотложения, и при этом у всех женщин была нарушена толерантность к глюкозе. При нижнем типе жироотложения этот показатель был в норме[2]. Однако, литературные данные о корреляции конституциональных особенностей (анатомической, серологической, биохимической, дерматоглифической и психотипологической конституции) с этиопатогенезом течением и исходом сахарного диабета скудны и разбросаны по разным

Репозиторий ГрГМУ

источникам. А эти знания имеют большую важность, так как уже доказано влияние конституции на такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца [3], псориаз [4] и др.

Исходя из вышесказанного, учитывая актуальность, теоретическую и практическую важность, мы решили изучить корреляцию этиопатогенеза сахарного диабета с конституциональными особенностями человека для выявления возможных маркеров данного заболевания.

Литература:

1. Райхельсон К. Л., Эдельштейн В. А., Земченков А. Ю., Алексина Л. А. Нутриционные антропометрические показатели больных с сахарным диабетом, находящихся на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе. 2005. Вып. 4. - С. 103-105.

2. Тегако Л., Тметинский Е.. Учебное пособие „Антропология“. Москва ООО: Новое знание, 2004. - С. 23-24.

3.Хапалюк А.В. Особенности пальцевой дерматоглифики у больных ишемической болезнью сердца / А.В. Хапалюк // Мн.: Здравоохранение Беларуси, 1993. - №5. - С. 22-25.

4.Гладкова Т.Д. Дерматоглифика у больных псориазом / Т.Д. Гладкова, А.М. Лалаева// Вопросы антропологии. 1972, вып.40. - С. 160-171

ДЕРМАТОГЛИФИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Сенько В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.С. Околокулак

Одним из направлений в современной дерматоглифике является изучение наследования кожных рисунков и на их основе - общих закономерностей передачи признаков по наследству, т.е. генетическое направление. В клинической медицине изучаются и используются для

Репозиторий ГрГМУ

диагностики различных заболеваний отклонения в пальцевой и ладонной дерматоглифике. Первой группой заболеваний, для которой папиллярные рисунки служат диагностическим тестом, являются хромосомные аномалии, такие как болезнь Дауна, синдромы Шерешевского - Тернера, Эдвардса, Патау и др. Многие генетики и клиницисты (Е.Ф. Давиденкова, Г.Б. Беленький, Л.Пенроуз, Д.Леш и др.) считают, что дерматоглифичекий метод позволяет установить не только диагноз болезни, но и вид хромосомной аберрации. В последние годы появились работы по изучению дерматоглифики при различных болезнях с наследственной предрасположенностью, таких как сахарный диабет, онкологические заболевания, гипертоническая болезнь, ревматизм и др. Некоторые зарубежные исследователи считают возможным установить диагноз в первую очередь наследственных болезней только по отпечаткам ладоней. Однако в работах показаны также трудности в установке диагноза в связи с тем, что нет строгой привязанности между признаком и определенным отклонением. Иногда одинаковые отклонения отмечаются при разных болезнях, особенно, если речь идет о хромосомных болезных. И это понятно: хромосомные аномалии возникают на ранних этапах развития, когда ткани еще не дифференцированы, создается в целом направление изменений.

Анатомическое направление дерматоглифики заключается в изучении структуры кожных рисунков как особого образования. Были отмечены отличия гребешковой кожи, образующие рисунки на ладонях и стопах. Известно, что покров тела человека представляет собой кожу, состоящую из трех слоев: подкожной основы - самого глубокого слоя, дермы- среднего слоя и поверхностного слоя - эпидермиса. На ладонной поверхности кисти и подошвенной стороне стопы наружный слой дермы содержит множество сосочков, особых выпячиваний, соединяющих средний слой с эпидермисом. Этими сосочками и образуются гребешки, укладывающиеся в тот или иной рисунок.

Репозиторий ГрГМУ

Гребешки кожи повторяют контуры лежащих под ним сосочков дермы. В сосочковом слое залегает множество тонких нервных стволиков, ответвляющихся от срединного и локтевого нервов и образующими сплетения.

Одним из первых опытов для доказательства связи между некоторыми признаками дерматоглифики, телесными особенностями, реактивностью, психофизиологическими и психологическими характеристиками явились работы Г.И. Акинщиковой «Телосложение и реактивность организма» и «Соматическая и психофизиологическая организация человека» (1980). Она обнаружила генетически детерминированные структурные связи между всеми уровнями организации человека, высказала предположение о том, что "дерматоглификой в закодированной форме записаны особенности генетической организации человека, т.е. закодирована исходная генотипическая матрица организации человека как целого". Таким образом, изучение дерматоглифики с другими составляющими общей конституции для прогнозирования развития различных заболеваний требует дальнейшего развития.

СТРОЕНИЕ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ И ИХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ КАК ОСНОВА В ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА

Серафинович Ю.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ю.М. Киселевский

Изучение анатомии сердца постоянно пополняется сведениями, которые касаются, прежде всего, строения миокарда желудочков и ассинхронизма их работы.

Строение желудочков. Оба желудочка сердца по форме напоминают пирамиды, основанием обращенные кверху, и имеют две части: собственно желудочек и артериальный конус. Миокард

Репозиторий ГрГМУ

желудочков состоит их трех слоев: наружный косой, средний циркулярный и внутренний прямой. Строение стенки желудочков представляет собой своеобразный комплекс, который образуют спиральные (поверхностные и глубокие бульбо- и синоспиральные), внутренние прямые (трабекулярное строение) и папиллярные мышцы, прочно соединенные между собой.

Верхушка сердца принадлежит левому желудочку и состоит из двух групп мышечных волокон, идущих по спиралевидной траектории по часовой стрелке от эпикарда к эндокарду. В основании левого желудочка мышечные волокна следуют по спиралевидной траектории от периферии к центральным областям против часовой стрелки, а кругообразные волокна образуют отверстие. В основании правого желудочка выделяют три сегмента: свободная стенка, наджелудочковый мостик и межжелудочковая перегородка. Свободная стенка правого желудочка образована циркулярными волокнами, которые, следуя по спиральной траектории, идут от эпикарда к эндокарду против часовой стрелки.

Гемоскелет и модель сердца. Миокард желудочков из-за своей конфигурации не требует точек опоры. Во время сжатия он опирается на содержимое полости, которую ограничивает. Существует точка зрения, что единственной моделью, способной гармонически связать различные направления миокардиальных волокон, может быть модель в виде скрученной вдоль веревки, представляющей собой два спиральных витка вокруг своей оси.

Сокращение миокарда. Наиболее реально все стороны работы сердца объясняет представление о последовательном сокращении различных отделов миокарда. Вначале возникает сжатие основания желудочков, что сопровождается расслаблением верхушки, в последующем сокращается верхушка. В результате миокард становится скрученным в продольном направлении, что должно исчезнуть в диастолу при его расслаблении. Мышечная и

Репозиторий ГрГМУ

соединительная ткани за счет своих эластических свойств способствуют активному расширению сердца в диастолу.

Заключение. Современное представление основ строения и работы миокарда желудочков может быть полезным в изучении заболеваний сердца.

РАЗМЫШЛЕНИЯ О «ЧУВСТВЕ СЛОВА»

Серафинович Ю.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель - зав. кафедрой А.А.Мельникова

А действительно, что это такое? Педагоги отвечают, что без чувства слова человек, даже знаток орфографических правил, никогда не станет грамотным.

Чувство слова – это, во-первых, знание языковых законов и системных связей, благодаря которым человек не умеет делать ошибки, пишет и говорит правильно. Вспоминается пушкинское: «Как уст румяных без улыбки, Без грамматической ошибки …» Обычно говорят: «Он Пушкин, ему можно». В Лицее звали его Французом потому, что по-французски он заговорил раньше, чем по-русски, и даже первые стихи у него были на французском! Невозможность представить русской речи без ошибки для Пушкина объясняется не только контаминацией, влиянием форм -–в данном случае русских и французских, но прежде всего тем же чувством слова, прямо-таки заставляющим нас делать ошибки там. где сами правила противоречат грамматическим моделям. Прислушаемся: многие говорят «*звонит*» – не грамматическая, но все же ошибка. Между тем влияние давнего процесса переноса ударения на основу очевидно: *гонит, стонет, тонет, клонит* и т.д. То же проявляется и на письме… Даже при звании многочисленных моделей русского языка, их взаимодействия без чувства слова выбрать необходимую ох как непросто!

Репозиторий ГрГМУ

Чувство слова… Оно формируется активной работой над книгой, над речью, над эстрадными миниатюрами, над политическими выступлениями, над текстом лекции. Но развивается оно и в процессе создания обычного школьного сочинения. Приступая к написанию, всегда необходимо помнить о том, что в разных ситуациях одно и то же слово может звучать по-разному, что слово – не только феномен, отличающий человека от животного мира, но и сила, данная ему. и важно умело ею воспользоваться. Слово полководца определяет участь сражений и народов. Слово оратора начинало и кончало столкновения между государствами. Слово может ранить, и не метафорически. Горький, писавший «Жизнь Матвея Кожемякина», так ясно увидел внутренним взором рану героя, что сам рухнул без сознания, а тонкая струйка крови сочилась из груди писателя, образуя темное пятно на рубашке… Гоголь писал смешные рассказы, чтобы развеселить себя, когда случалась депрессия. А Байрон за четыре ночи написал поэму «Абидосская невеста», чтобы отогнать душившие его слезы. Написал – и понял, что настроение изменилось, что горечь и приступы самобичевания передались бумаге, на которой темнели строки законченной поэмы… Для Тараса Шевченко самым страшным наказанием оказался запрет «писать и рисовать», наложенный на него Николаем I. Власть человека над языком, умение выразить тончайшие колебания души и самые заветные мысли – это и есть «чувство слова».

Язык управляет миром. Язык управляет человеком Но управляет он им не как тиран, а предлагает систему суждений и ориентиров в мире, исполненном не познанных вещей, не сделанных открытий, не созданных образов. Слово – само образ; и, если с ним что-то ассоциируется, слово создает эту ассоциацию, которая вступает в права абсолютного и безоговорочного владения личностью.

Умение создавать каламбуры – как и умение сочинять стихи «на спор», а то и перед зрительным залом, не медля ни минуты, - безусловное проявление «чувства слова». Н. Богословский – не только

Репозиторий ГрГМУ

известный композитор, но и обладавший этим чувством мастер остроумных розыгрышей, содержавших шутку, а иногда и насмешку. Вот фразы Н. Богословского, доказывающие его удивительное чувство слова, умение видеть за обычными звуками, за обычной «мелочишкой суффиксов и флексий» то, что скрыто от поверхностного взгляда:

Притворная дама: Чистой воды коньяк!; Забравшись в чужой космический аппарат, инопланетянин почувствовал себя не в своей тарелке; Правительство объявило голодовку. Многим гражданам; Хирургия бывает сердечной, а бывает и бессердечной; Выдающаяся певица. Вернее, выдающаяся продюсерами за таковую.

И становится очевидным, что чувство слова - одно из важнейших и очень редких качеств человека, который умеет создавать, который видит то, что скрыто от остальных, который может метко и остроумно ответить или удивить собеседника яркой мыслью или неповторимой строкой. Умение грамотно писать … Умение быть творцом … Остроумие… Возможность относиться к слову так, как дети, - уважительно, удивленно и восхищенно… Все это и составляет «чувство слова», делающее человека интересным и желанным, мудрым и романтичным…

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ ЗА 10 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Сергиевич С.И., Казбанов В.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ю.М.Гриневич

Несмотря на прогресс в хирургии и интенсивной терапии новорожденных, результаты лечения младенцев с врожденной диафрагмальной грыжей (ВДГ), на сегодняшний день остаются неутешительными. При высокой частоте встречаемости данного порока

Репозиторий ГрГМУ

(по разным литературным сведениям [1;2] 1:2000 – 1:4000, включая мертворожденных) летальность колеблется в широких пределах – 46-89%, что объясняется, прежде всего, отсутствием эффективной схемы лечения. Также остается открытым вопросом о сроках операции и методике проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ), применении вазоактивных и инотропных препаратов.

Цель работы. Изучить результаты лечения детей с ВДГ в Республиканском детском хирургическом центре (РДХЦ) за период с 1995 по 2005 гг.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы 24 истории болезни новорожденных детей с ВДГ, поступавших в отделение интенсивной терапии и реанимации РДХЦ за период с 1995 по 2005гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Мальчиков – 9 (37,5%), девочек – 15 (62,5%), доношенных – 17 (70,8%), недоношенных – 7 (29,2%). Из 24 больных выжили 13 (54,2%), из них недоношенных – 4 (30,8%), 11 (45,8%) детей умерли. У 23 (95,8%) детей диагноз ВДГ выставлен на основании обзорной рентгенографии грудной клетки. Из них диагноз ВДГ в течение первых часов поставлен 11 (45,8%) детям, в течение 1-14 дней – 7 (30,4%) и 2 (8,69%) детям старше года. На основании данных УЗИ антенатально диагноз выставлен 1 (4,2%) больному. Оперативное лечение проводилось 19 (79,1%) больным, 4 (16,7%) ребенка умерли до операции. Исход операций: 12 (63,4%) детей выписаны с выздоровлением, из них половине проводилась отсроченная операция, 7 (36,8%) умерли после операции, которая выполнялась в первые сутки от рождения. Одному ребенку операция не проводилась в связи с компенсированным течением болезни. Виды ВДГ: 1) грыжи собственно диафрагмальные – у 22 (91,7%) детей, из них истинные – у 8 (36,3%), ложные – у 14 (63,7%), правосторонние – у 4 (18,2%), левосторонние – у 18 (81,8%); 2) истинные грыжи переднего отдела диафрагмы – у 1 (4,55%); 3) спинальная амиотрофия Вердника-

Репозиторий ГрГМУ

Гоффмана – у 1 (4,55%) ребенка. В послеоперационном периоде наблюдались осложнения: пневмония – у 7 (35%) детей, язвенно-некротический энтероколит – у 2 (10%), перитонит – у 3 (15%), пневмоторакс – у 1 (5%), кишечная непроходимость – у 2 (10%), сепсис – у 4 (20%), ДВС-синдром – у 4 (20%). Основные причины смерти: сочетание множественных врожденных пороков развития с врожденными пороками сердца, приведших к острой сердечно-легочной недостаточности, у 6 (54,5%) детей, сердечно-сосудистая недостаточность у 3 (27,3%) детей, полиорганная недостаточность у 2 (18,9%) детей.

Выводы: 1) в настоящее время ВДГ является достаточно частым пороком развития;

2) послеоперационная смертность у детей с ВДГ по материалам РДХЦ остается высокой;

3) наиболее благоприятный исход лечения наблюдается в группе детей, которым проводилась отсроченная операция, позволяющая повысить выживаемость и снизить риск послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия: в 3 т. Т. 1. – СПб., Хардфорд, 1996. – 384 с.

2. Степаненко С.М. Интенсивная терапия новорождённых с врождённой диафрагмальной грыжей // Детская хирургия. – 2000. – № 5. – С. 32-37.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТКА И ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ДЕТ ГОРОДА ГРОДНО (СШ №3 И Д/С №57)

Сергиевич А.М., Шульга Е.Р., Кастелей Н.Н., Лисовская И.Н., Трафимович И.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., ассистент В.А.Жемойтяк

Репозиторий ГрГМУ

Ожирение можно определить как избыточное накопление жира в организме, представляющее угрозу для здоровья [1, 2]. Не меньшую опасность представляет и дефицит массы тела, особенно в детском возрасте.

Целью настоящего исследования явился анализ распространенности, избытка и дефицита массы тела среди детей дошкольного и школьного возраста (д/с №57 и СШ №3).

Проведена оценка физического развития детей СШ №3 и д/с №57 г. Гродно в количестве 1031 ребенка с использованием сигмальных, центильных таблиц и индекса массы тела (ИМТ). Мальчики составили 510 человек, девочки – 521.

В д/с проанализировано 197 медицинских карт. Из них мальчиков – 115, девочек – 82. С избытком массы тела среди детей дошкольного возраста было 7 (6,1%) мальчиков и 6 (7,3%) девочек. Дефицит массы тела среди дошкольников встречался гораздо чаще и составил среди мальчиков – 24 (20,9%) человек и среди девочек 26 (31,7%). Практически каждый второй среди обследованных детей дошкольного возраста имели дефицит массы, что указывает на актуальность проблемы дефицита массы тела и определяет потребность в выявлении причин, которые к этому приводят.

При использовании перцинтильных таблиц было выявлено, что массу тела больше Р97 имели 2 (1,7%) мальчика 6 лет. Дефицит массы тела меньше Р10 имели только 3 (2,6%) человека. Р75-97: 2 года – 2 человека, 3 года – 5, 4 года – 7, 5 лет – 6, 6 лет – 5, 7 лет – 3 человека. Итого 28 (24,3%) детей.

Среди девочек дошкольного возраста массу тела больше Р97 имели: 3 года – 2 человека, 5 лет – 1, 6 лет – 5. Итого 8 (9,8%) девочек. Р75-97 имели: 2 года – 3 человека, 3 года – 3, 4 года – 6, 5 лет – 2, 6 лет – 4. Итого 18 (22,0%) девочек. Дефицит массы тела меньше Р10 имели: 2 года – 1 человек, 3 года – 1, 4 года – 1, 6 лет – 2. Итого 5

Репозиторий ГрГМУ

(6,1%) девочек.

В СШ №3 исследовано 838 медицинских карт детей в возрасте от 7 до 18 лет. Среди них 399 мальчиков и 439 девочек. С избытком массы тела было 34 (13,8%) мальчика, с ожирением различной степени – 21 (5,3%) мальчик и 36 (8,2%) девочек с избытком массы тела, 26 (5,9%) – с ожирением. С дефицитом массы тела - 119 (29,8%) мальчиков и 150 (34,2%) девочек.

Среди мальчиков-школьников больше P97 массу тела имели 26 (6,5%) человек, P75-90 – 85 (21,3%) человек. Дефицит массы тела меньше P10 имело 34 (8,5%) человека. Среди девочек-школьниц больше P97 массу тела имело 22 (5,0%) человека, P75-90 – 97 (22,0%) человек. Дефицит массы тела меньше P10 имела 41 (9,3%) девочка.

Таким образом, полученные результаты демонстрируют, что среди детей дошкольного возраста чаще встречаются дети с дефицитом массы тела, что должно привлечь внимание врачей к данной группе детей и мотивировать их своевременное обследование для выявления причин дефицита массы тела. Среди детей школьного возраста актуальной является проблема не только дефицита массы тела (каждый третий), но и ее избытка: каждый второй школьник имеет массу, превышающую норму на 10%, а каждый девятый – ожирение (превышает норму на 20% и более).

Литература:

1. Методические рекомендации по лечению ожирения и избыточной массы тела. Кафедра эндокринологии и диабетологии РМАПО. - Ф. Хоффманн. - Ля Рош Лтд, 2005.

2. Справочник по клинической эндокринологии/ Под ред. Е.А. Холодовой. - Мн.: Беларусь, 2004.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОДАГРЕ

Сидорик Е. И., Заяц О. А., Пицко Д. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Репозиторий ГрГМУ

При подагре нарушение обмена пуринов приводит к каскаду других метаболических нарушений. 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. В 60–х годах началось выделение разнообразных сочетаний метаболических нарушений и заболеваний при ожирении в единый синдром, который описывался под разными названиями (метаболический трисиндром, полиметаболический синдром и т.д.).

Цель исследования. Оценить выраженность метаболических нарушений у больных подагрой.

Был проведен ретроспективный анализ историй больных подагрой, прошедших стационарное лечение в Гродненской областной клинической больнице. За период 2002-2006 гг. стационарное лечение получило 92 человека, страдающих подагрой. Средняя продолжительность болезни составила 9,1,0±8,7 лет. Метаболический синдром выставлялся по диагностическим критериям американской ассоциации клинических эндокринологов: индекс массы тела более 25 кг/м², повышение уровня ТГЛ ≥1,7 ммоль/л, холестерин ЛПВП мужчины < 1,04 ммоль/л, женщины <1,29 ммоль /л, повышение АД ≥130/мм. рт. ст., уровень глюкозы крови через 2 часа после нагрузки > 140мг/дл, уровень глюкозы натощак 110-126 мг/дл, а также дополнительные факторы риска: наличие АГ или сердечно-сосудистого заболевания, малоподвижный образ жизни, пожилой возраст, синдром поликистоза яичников, семейный анамнез сахарного диабета 2 типа. Ожирение было выявлено у 25 больных, у 3 больных вместе с ожирением имел

Репозиторий ГрГМУ

место сахарный диабет 2-го типа. Таким образом, у 27% больных подагрой выявлено ожирение. Ожирение I степени диагностировано у 5 больных, II степени у 14 больных, III степени - у 4, IV степени - у 2 пациентов. У 24 из 25 больных подагрой, страдающих ожирением, было повышено артериальное давление. У данных больных наблюдалась тенденция к затяжному течению артрита, более высокое содержание мочевой кислоты в плазме крови, гиперхолестеринемия, признаки инсулинорезистентности — дислипидемия, гипертриглицеридемия, кроме того, наблюдалось нарушение толерантности к глюкозе, микроальбуминурия. В биохимических анализах у 28% больных с ожирением отмечалась гипертриглицеридемия, причем у некоторых больных эти показатели превышали более, чем в два раза нормальные, у 32% отмечается гиперхолестеринемия, в 20% случаев отмечается гиперлипидемия, у 44% больных подагрой с ожирением имелось нарушение толерантности к глюкозе. Клиническая значимость метаболического синдрома заключается в том, что сочетание нарушений в рамках синдрома значительно ускоряет развитие и прогрессирование атеросклероза, утяжеляет течение заболевания, способствует затяжному течению артрита, ухудшает прогноз заболевания.

Выводы:

1.Нарушение обмена пуринов у больных подагрой приводит к нарушению других видов обмена.

2. Для избежания ошибок в терапии подагры необходимо обязательно связать воедино два состояния - подагру и метаболический синдром.

3. Лечение должно быть комплексными, направленное не только на коррекцию гиперурикемии, но и других видов обмена веществ, что является трудной, но вполне решаемой задачей.

ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ТЕЛА КОЛЕННОГО СУСТАВА (КЛИНИКА И

Репозиторий ГрГМУ

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ)

Сидорович И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии и ортопедии

Научный руководитель - к.м.н., доцент И.П.Богданович

Появление внутрисуставного тела в коленном суставе может быть вследствие различных заболеваний и травм. Наиболее часто это встречается при хондроматозе, болезни Кенига, деформирующем артрозе и травматическом повреждении.

Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с болезнью Кенига. Из них мужчин-19, женщин-6 в возрасте от 16 до 70 лет. Причем, преобладали пациенты в возрасте от 16 до 30 лет (20). У 23 больных процесс локализовался в одном суставе. Всем пациентам проводили общеклиническое обследование, включая R-графию коленного сустава в двух проекциях.

Клиническая картина характеризовалась ноющими болями в пораженном суставе, усиливающими при нагрузке (17), ограничением движений в суставе (6), припухлостью (4), хромотой (3), хрустом в суставе (5), наличием периодической блокады (21). Рентгенологически в суставах выявлялись тени разной плотности в проекции суставной щели и околосуставных полостях, признаки артроза и остеохондропатий.

Оперативное лечение проведено у 25 пациентов. Всем выполнялась артроскопия коленного сустава с удалением внутрисуставных тел. У 7 пациентов проводилась туннелизация внутреннего мыщелка бедра спицей. В 6 случаях при наличии гонартроза выполнена моделирующая резекция хряща. В послеоперационном периоде назначали ЛФК, ФТЛ (УВЧ, ПМП, лазер), массаж, а также прием хондропротекторов (терафлекс) по схеме.

Отдаленные результаты изучены - 13 пациентов в сроки от 1 до 5

Репозиторий ГрГМУ

лет. Отличный результат получен у 2, хороший – у 4, удовлетворительный – у 7. Удовлетворительные результаты объясняются наличием деформирующего артроза.

Литература:

1. Петровский Б.В. Большая медицинская энциклопедия, 10 т., изд.3, Москва 1979 г. - С. 743-746.

2. Диасамидзе А.К. Болезнь Кенига (диагностика и лечение). А втореферат канд. дис., Медицина 1976 г.

3. Доэрти М., Доэрти Д. Клиническая диагностика болезней суставов. Минск «Тивали» 1993 г. - С.107-122.

4. Миронова З.С., Фалех Ф.Ю. Артроскопия и артрография коленного сустава. Москва «Медицина» 1983 г. - С.60-62, 100-107.

5. Миронова З.С., Морозова Е.М. Спортивная травматология. Москва 1976г. Перенапряжения, предпатологические состояния и посттравматические заболевания в спорте. - С. 42-56.

6. Миронова З.С., Баднин И.А. Повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата у артистов балета. Москва «Медицина» 1976 г. - С.172-180.

7. Миронова З.С, Мартенс А.С. Ошибки и осложнения в диагностике и лечении больных с внутрисуставными повреждениями и заболеваниями коленного сустава. Медицина УзССР, Ташкент 1974. - С.63-67.

ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Ситчук Н. К. Кузнецов А. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

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

Репозиторий ГрГМУ

Количество больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) по данным статистических исследований увеличивается во всем мире. Вместе с этим неуклонно растет количество гнойно-некротических осложнений мягких тканей стопы, приводящих к ампутациям конечности и инвалидизации пациентов.

Цель исследования. Изучить эпидемиологию ХОЗАНК, структуру и характер течения этой категории заболеваний, социальную значимость проблемы.

Нами проведен анализ амбулаторных карт пациентов, находящихся на диспансерном учете по поводу ХОЗАНК в поликлиниках №3 и №4 г. Гродно, обслуживающих более 110 тыс. населения.

Общее количество пациентов, состоящих на учете по поводу ХОЗАНК, – 256 человек (или 232,7 на 100 тыс. населения). Нозологическая структура выглядит следующим образом: облитерирующий атеросклероз (ОА) – 139 (54,3%), синдром диабетической стопы (СДС) – 97 (37,9%), болезнь Рейно – 11 (4,3%), облитерирующий эндартериит – 6 (2,3%), периферическая форма неспецифического аорто-артериита – 3 (1,2%).В силу небольшого количества больных последние три группы нами не исследовались.

Первая группа: 139 человек (мужчины -129, женщины -10) – больные, страдающие ОА. Средний возраст составил 62,6 лет. Количество пациентов трудоспособного возраста – 58 человек. Инвалидность по основному заболеванию имели 48 человек. За последние 5 лет среднее количество взятых на ДУ в течение года – 14,8 человек, и этот показатель имеет неуклонный рост. Длительность заболевания в среднем – 7,8 лет. По уровню окклюзии и степени ХАН получены следующие данные: проксимальная форма – 51%, средняя форма – 20,2%, дистальная форма – 28,8%; ХАН I-IIа - 33%, IIб - 26%, III – 24,5%, IV – 16,5%. Ранее перенесли какие-либо реконструктивные

Репозиторий ГрГМУ

операции на сосудах – 17 человек, с положительным результатом (отсутствие осложнений в течение 3-х лет) лишь 7. Когда-либо обращались по поводу гнойно-некротических осложнений 35 (25,2%) пациентов. Ампутации перенесли 25 (18%) больных; среди них на уровне: бедра – 12 (2-е обоих бедер), голени -1, стопы – 4, пальцев – 8.

Вторая группа: 97 человек (мужчины -58, женщины -39) – больные, страдающие сахарным диабетом (СД), осложненным СДС. Средний возраст составил 58,8 лет. Количество пациентов трудоспособного возраста – 46 человек. Инвалидность по основному заболеванию имели 58 человек. За последние 5 лет среднее количество взятых на ДУ в течение года – 12,1 человек. СД I типа отмечен у 16 (16,5%) человек, II типа – у 81 (83,5%). По форме СДС: ишемическая – 26 (26,8%), нейропатическая – 35 (36,1%), смешанная – 36 (37,1%). Длительность заболевания СД в среднем – 12,4 лет. Возникновение признаков СДС и взятие на ДУ происходило в среднем через 8,5 лет от выявления СД. 38 (39,2%) пациентов когда-либо обращались по поводу гнойно-некротических осложнений, из них у 16 деструктивные изменения носили двусторонний характер. Ампутации перенесли 40 (41,2%) больных; среди них на уровне: бедра – 8 (1- обоих бедер), голени -1, стопы – 7, пальцев – 24.

Таким образом, представленные материалы показывают огромное медико-социальное значение лечения ХОЗАНК и профилактику гнойно-некротических осложнений мягких тканей стопы, приводящих к ампутации конечности, инвалидизации пациентов и преждевременной смертности.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННЕМ СРОКЕ КАК КРИТЕРИЙ ПРОГНОЗА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Скокова Е.В., Щерженя М.П., Капустина Л.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель – доцент В.Б.Белуга

Невынашивание беременности остается одной из актуальных проблем современного акушерства и гинекологии. В настоящее время несвоевременное прерывание беременности представляет собой полиэтиологический комплекс, в развитии которого важная роль отводится эндокринной системе женщины. В частности, уровень прогестерона при данной патологии рассматривается в качестве критерия прогноза развития фетоплацентарной недостаточности (ФПН).

Плацентарная недостаточность – это клинический синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность органа. Недостаточность плаценты следует понимать как снижение её способности поддерживать адекватный обмен между организмами матери и плода. При этом нарушается транспортная, трофическая, эндокринная, метаболическая и другие важнейшие функции плаценты.

Нами был проведен ретроспективный анализ 60 историй родов женщин с ФПН за период с 2005 по 2006 год.

Из 60 женщин, у которых беременность протекала с ФПН в возрасте:

- до 20 лет – 13 человек (21%);
- 21-30 лет – 31 человек (52%);
- старше 30 – 16 человек (27%).

В группе наблюдавшихся пациенток у 34 (57%) течение беременности осложнилось угрозой прерывания в разные сроки, в связи с чем они находились на стационарном лечении.

У 22 беременных (37%) беременность протекала на фоне гестоза.

По данным профосмотров к совершеннолетию каждая девушка в среднем имеет около трёх нарушений общесоматического здоровья.

Репозиторий ГрГМУ

Исходя из наших исследований, экстрагенитальная патология составляет 85%. 13 женщин (22%) были инфицированы вирусом простого герпеса человека, цитомегаловирусом, токсоплазмозом. В данной группе в 21 случае (35%) роды закончились операцией кесарево сечение. В 39 случаях (65%) роды прошли через естественные родовые пути. У 24 пациенток (40%) проводились мероприятия по родовозбуждению энзапростом и простином Е2.

Одной из важных сторон изучаемой проблемы является выяснение влияния ФПН на состояние новорожденных. По массе тела наибольший процент (67%) составили новорожденные от 3000г до 4000г; 23% - 2500-3000г; 7% - 4000г и более; 3% - до 2500г. В 6 случаях (10%) у новорожденных выявлена врожденная инфекция.

В 80% случаев гистологическое исследование плаценты выявило следующие патологические варианты: кальциноз, фибриноид, децидуит, инфаркт зрелой плацентарной ткани.

Таким образом, ФПН развивается у женщин с выраженной экстрогенитальной патологией, явлениями гестоза, на фоне низкого уровня прогестерона.

Литература:

1.Бапаева Г.Б., Мамедалиева Н.М. Взаимосвязь между прогестероном и цитоксинами при привычном невынашивании беременности. Проблемы репродукции, №5, 2005г.

2.Серов В.Н. Плацентарная недостаточность. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, 2006г.

3.Герасимович Г.И. Плацентарная недостаточность. Научно-практический журнал «Здравоохранение», №9, 1999г. - С. 12.

ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Скорбинская О.В., Леоненко С.В., Шор А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.И.Хлебовец

Репозиторий ГрГМУ

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 100 детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года по данным детской поликлиники. Изучался возраст, пол, вид вскармливания, используемые смеси, заболеваемость детей, образовательный уровень и возраст родителей. По возрасту, дети распределены следующим образом: от 6 до 7 месяцев - 15 детей, до 8 месяцев – 27, до 9 месяцев – 24, до 10 месяцев – 34. Мальчиков было 49, девочек – 51. Доношенными родилось 97 детей, недоношенными – 3 ребенка. От первых родов было 62 ребенка, от повторных – 38 детей. Среди первородящих матерей большинство составляют женщины с I беременностью 79%, среди повторнородящих чаще были женщины со II беременностью – 47,4%. Основная масса первородящих женщин была в возрасте 20-24 года (48%), а повторнородящих в возрасте 30-34 лет (39,5%). У первородящих матерей на естественном вскармливании - 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 31 ребенок, на смешанном – 2, на искусственном – 67 детей. В группе детей, находящихся на естественном и искусственном вскармливании наибольшее количество детей было в возрасте 10 месяцев (35,5% и 34,3% соответственно). Анализ заболеваемости детей в зависимости от вида вскармливания показал, что вид вскармливания существенного влияния на данный показатель не оказывает. Так, ни разу не болели дети на естественном и искусственном вскармливании по 48,4% и

Репозиторий ГрГМУ

50,7% соответственно. Для питания детей на искусственном вскармливании использовались следующие смеси: Тонус в 67,2% случаев, Алеся – 13%; Беллакт – 3%; Беллакт бифидо – 1,5%; Беллакт соя – 3%; Хумана – 4,5%; Сэмпер – 1,5%; НАН – 3%; Хипп – 1,5%; Нестле – 1,5%; Беби – 3%. Анализ заболеваемости детей в зависимости от применяемых смесей показал, что частота заболеваемости практически одинакова как в группе детей, получающих смеси отечественного производства, так в группе детей, питающихся зарубежными смесями.

Нами проведен анализ уровня образования родителей и характера вскармливания детей. Оказалось, что, если оба родителя с высшем образованием, то на естественном вскармливании находилось 41,1% детей, искусственном – 58,3% детей. У родителей со средним образованием на естественном вскармливании было 21,3% детей, смешанном – 1,6%, искусственном – 77%. У родителей, имеющих и среднее и высшее образование на естественном вскармливании было 53,3% детей, смешанном – 6,7%, искусственном – 40%.

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. Характер вскармливания зависит от образования родителей: в семьях, где обо или один родитель с высшим образованием, больше процент детей на естественном вскармливании.
3. Для искусственного вскармливания используются в основном отечественные смеси, что не оказывает влияния на заболеваемость ребенка.

Литература:

1. Конь И.Я. Питание детей первого года жизни: современные представления// Педиатрия, №1, 2006. – С. 63-71.

Репозиторий ГрГМУ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОМАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Скоробогатов Е.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биохимии

Научный руководитель - д.м.н., профессор В.В.Лелевич

Распространение потребления наркотиков и заболеваемости наркоманиями остается актуальной проблемой как для стран Европейского Союза, так и для СНГ. В Беларуси распространение немедикаментозного потребления психоактивных веществ (ПАВ) и значительный рост заболеваемости наркоманией и токсикоманией наблюдается с 90-х годов. В частности, за 1995-2002гг. отмечено увеличение в 3,8 раза количества зарегистрированных на наркологическом учете потребителей ПАВ, а прогноз наркологической ситуации до 2005г.указывал на дальнейший рост распространения наркоманий и токсикоманий.

Цель данного исследования – углубленный, комплексный анализ наркологической ситуации в РБ и ее регионах по широкому спектру социально-эпидемиологических параметров и составление прогноза распространения отдельных видов ПАВ до 2010 г. Объектом исследования стал контингент потребителей ПАВ, зарегистрированных наркологическими учреждениями РБ по состоянию на 01.07.2005г. Оценка данных на потребителей ПАВ проводилась по социально-эпидемиологическим и медицинским параметрам, которые выводились из регистрационных карт на впервые выявленных и снятых с учёта потребителей ПАВ. На основании полученной информации были рассчитаны следующие эпидемиологические показатели: «Распространенность потребления ПАВ» (число состоящих на наркологическом потребления ПАВ в расчёте на 100 тыс. населения); «Частота новых случаев употребления ПАВ» (суммарное число впервые выявленных за год потребителей ПАВ в расчете на 100 тыс.

Репозиторий ГрГМУ

населения); «Болезненность» (число больных психическими и поведенческими расстройствами, связанными с потреблением ПАВ на 100 тыс. населения). При составления прогноза потребления отдельных видов наркотиков использовали элементы линейного дискриминантного анализа. Данные из регистрационных карт вводились в компьютер и подвергались статистической обработке с помощью специально созданной программы «Наркостат-2005».

Изучение особенностей потребления различных видов ПАВ в Беларуси выявило следующее. С 1994 г.потребители наркотиков морфинового типа составляли наибольшую часть всех стоящих на наркологическом учете (63,5% на конец 2004г.). Среди последних преобладало потребление опия кустарного приготовления (53,2%) и героина (8,8%). В 2004г. в убывающем по популярности порядке следовали случаи вдыхания паров летучих жидкостей-ингалянтов (бензина, клеев, растворителей и др.)-14,4%; курения каннабиноидов-10,7%; потребления седативных и снотворных препаратов (бензодиазепины,барбитураты) - 2,8%, и психостимуляторов (эфедрон, первитин, амфетамин и др.) – 3,1%. Меньшее распространение получили другие психотропные и седативные вещества – 1,6%, неуточненные наркотические средства – 1,2% и галлюциногены – 0,8%. Причем за последние 2 года резко увеличилось потребление каннабиноидов, летучих жидкостей и других опиатов. С 1998 года отмечается экспоненциальное увеличение на наркологическом учете количества случаев потребления героина. Вместе с тем контингент героиновых потребителей несколько стабилизировался в 2003 и 2004 годах, вероятно, за счет определения предпочтения потребителей и «насыщения» рынка наркотика.

Таким образом, отмечается дальнейшее ухудшение наркологической ситуации в Беларуси и увеличение распространения потребления ПАВ среди населения республики. Обращает на себя внимание «омоложение» выявляемых потребителей ПАВ, особенно в

Репозиторий ГрГМУ

возрастной категории до 20 лет, а также рост распространения наркотиков среди женской популяции.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Скоробогатых А. Г., Щеберяко Е. Н., Линник А.И.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра урологии, анестезиологии, реаниматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. И.Юшко

Уретероцеле - аномалия развития мочевой системы, представляющая собой локальное кистозное расширение всех слоев терминального отдела мочеточника и пролабирующее в мочевой пузырь[1]. Цель исследования: оценить отдаленные результаты эндоскопического лечения у детей с уретероцеле (УЦ). Материалы: В период с 1987 по 2005 год под наблюдением находилось 35 детей с УЦ. Ортопическое УЦ отмечалось в 51,4% случаев, гетеротопическое УЦ — в 48,6% случаев. Одностороннее УЦ отмечалось в 91,5%, чаще левостороннее (59,3%). У 16 детей диаметр УЦ не превышал 2 см, у 15 детей – от 2 до 4 см, у 4 детей – более 4 см. У всех детей УЦ сочеталось с обструктивным мегауретером: I степени – 4 больных, II степени – 8, III степени – 21, IV степени – 2. Обязательный объем обследования включал в себя – экскреторную урографию (ЭУ), микционную цистографию, УЗИ почек, цистоскопию. Хронический пиелонефрит был выявлен у 88,5% больных. Результаты: Эндоскопическое лечение было проведено 100% больных, при этом 33 больным было выполнено трансуретральное рассечение уретероцеле и 2 больным трануретральное иссечение уретероцеле. После оперативного лечения всем детям проводились регулярные контрольные осмотры через 7 дней, 1, 3, 6 мес. и далее через год. Результаты лечения были хорошими, удовлетворительными, неудовлетворительными. Хорошие результаты составили 48,6% случаев (17 больных), удовлетворительные - 25,7% случаев (9

Репозиторий ГрГМУ

больных), неудовлетворительные - 25,7% (9 больных). Средний диаметр УЦ в группе хороших результатов составил 1,6±0,52, удовлетворительных – 2,2±0,87, неудовлетворительных – 3,1±0,52. Эндоскопическое лечение было одинаково эффективным как в случае ортотопического уретероцеле (в 77,8% случаев), так и при гетеротопическом уретероцеле (в 70,6% случаев). В послеоперационном периоде у 9 (25,7%) больных развился ПМР: I степени – у 2 детей, II степени – у 1, III степени – у 5, IV степени – у 1 ребенка. ПМР удалось ликвидировать консервативно в 3 случаях. На первых этапах работы у 2 больных нами было произведено полное трансуретральное иссечение передней стенки уретероцеле, при размерах последнего 20-30 мм. У этих больных развились тяжелые атаки пиелонефрита, появился пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) III и IV степени, что свидетельствует о нецелесообразности полного иссечения передней стенки уретероцеле. Через 1,5 и 2 месяца эти больные были вновь прооперированны (уретеронеоцистоанастомоз (УНЦА) по Cohen). Эндоскопическое лечение уретероцеле приводило к восстановлению адекватной уродинамики и уменьшению дилятации чашечно-лоханочной системы и мочеточника преимущественно в начальных стадиях мегауретера(I и II) с диаметром мочеточника в нижней трети до 1,5 см и без сопутствующего нарушения функции почки. В группе детей с неудовлетворительным результатом, через некоторый промежуток времени(1,5 месяца – 1 год), были проведены следующие операции: у 7 больных – УНЦА по Cohen, у 1 – геминефруретерэктомия, у 1 – резекция нижней трети обоих мочеточника с уретеро-уретероанастомозом и УНЦА по Мебелю - Брауну. Отдаленные результаты после повторных операций были хорошими у 6 (66,7%) детей. Заключение: Эндоскопическое рассечение уретероцеле было эффективным в 74,3% случаев. Отдаленные результаты зависели от исходного анатомо-функционального состояния верхних мочевых путей и диаметра УЦ.

Репозиторий ГрГМУ

Эндоскопическое рассечение УЦ у детей является эффективным, малотравматичным и доступным методом лечения.

Литература:

1.Деревянко Т. И. Аномалии уретеровезикального сегмента // Автореф. дисс… док. мед. наук – СГМА. - 1998. – 51 с.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКО МЕДУНИВЕРСИТЕТА

Скорова Г.С., Пирогоедова М.В.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра педиатрии №2

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

Артериальная гипертензия является самым распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы [1, 2].

По данным ВОЗ 15-21% взрослого населения имеют первичную артериальную гипертензию (ПАГ). Примерно у каждого третьего после 25 лет величина АД превышает 140/90 мм рт. ст. На каждые 2 тысячи человек взрослого населения приходится около 800 больных с ПАГ [2].

Цель исследования – выявить факторы риска ПАГ у студентов 1 и 6 курсов педиатрического факультета Гродненского госмедуниверситета.

Методом анкетирования было обследовано 171 человек. Из них студентов 1 курса – 118 (98 девушек и 20 юношей) и 53 студента 6 курса (44 девушки и 9 юношей). Эпизодическое повышение АД выявлено у 41% студентов-первокурсников и у 30% студентов-выпускников.

Наиболее частые причины повышения АД (по мнению самих студентов)

Причины	1 курс		6 курс	
	К-во	%	К-во	%

Репозиторий ГрГМУ

Нагрузка	31	63,3	5	38,5
Стресс	30	61,2	9	69,2
Наследственность	2	4,1	1	7,7
Диета	4	8,2	-	-
Злоупотребление кофе	2	4,1	-	-
Не знают	6	12,2	2	15,4

Максимальные цифры АД отмечены у 3 девушек 1 курса - 160/120 мм рт. ст. и у юноши - 180/120 мм рт. ст. Максимальные цифры АД отмечены у студентки 6 курса, занимающейся легкой атлетикой после физической нагрузки - 180/100 мм рт. ст. и у 3 юношей - до 160/110 мм рт. ст.

39 (80%) студентов 1 курса и 12 (75%) студентов 6 курса, страдающих повышением АД, отмечают, что ведут малоподвижный образ жизни; употребляют алкоголь по праздникам 65% и 31% соответственно, чаще, чем 1 раз в месяц – 8% и 25% соответственно и чаще 2 раз в неделю по одному человеку на каждом курсе. Злоупотребляют соленым 18% на 1 курсе и 37% на 6 курсе, а жирным 51% и 50% соответственно.

Курят на 1 курсе 5 (10%), на 6 курсе – 4 (25%), отмечающих повышение АД.

27 (55%) студентов 1 курса, указывающих на повышение АД, считают, что нет наследственной предрасположенности, а на 6 курсе так полагают 5 (32%).

Выводы:

1. По результатам анкетирования ПАГ отмечают 41% первокурсников и 30% студентов 6 курса педиатрического факультета Гродненского госмедуниверситета.
2. Наиболее частыми причинами повышения АД являются высокая нагрузка, стресс, или сочетание этих факторов.

Репозиторий ГрГМУ

Литература:

1. Леонтьева И.В. Проблемы артериальной гипертензии у детей и подростков// Российский вестник перинатологии и педиатрии, №5, 2006. – С. 5-9.

2. Шевченко Н.М. Кардиология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 540с.

СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Слабко В.В., Марушко П.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.В.Губарь

Цель исследования. Оценить эффективность использования спинномозговой анестезии (СА) при операциях тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материал и методы. Исследования выполнены путем ретроспективного анализа историй болезни 40 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу перелома шейки бедра в отделениях травматологии и ортопедии БСМП г. Гродно за 2006 год. Все больные в зависимости от метода анестезии были разделены на 2 группы. Первую группу (контрольную) составили пациенты (20 человек) в возрасте от 40 до 68 лет, которым применялась нейролептанальгезия (НЛА) по традиционной методике. Вторую группу (20 человек) в возрасте 46-76 лет составили пациенты, оперированные в условиях СА. У всех больных изучались следующие показатели гемодинамики: среднее артериальное давление (САД), частота сердечных сокращений (ЧСС), показатели гемограммы (гемоглобин – Нв, гематокрит - Ht). Активность вегетативной нервной

Репозиторий ГрГМУ

системы оценивалась путем расчета индекса Кердо (ИК). ИК= (1-АДд/ЧСС)*100. Положительное значение ИК свидетельствует о симпатотонии, а отрицательное значение ИК – о парасимпатотонии. Исследования проводились на следующих этапах: 1 этап – до анестезии, 2 этап – после начала анестезии, 3 этап – момент наивысшей травмы, 4 этап – после анестезии, 5 этап – 1-е сутки после анестезии. Методом оценки результатов исследования был сравнительный статистический анализ с использованием компьютерной программы.

Полученные результаты и их обсуждение. Анализ исследуемых показателей гемограммы, гемодинамики и вегетативного статуса показал, что исходное состояние больных 1-ой и 2-ой групп (этап 1) существенно не отличалось между собой, что свидетельствует об одинаковой степени компенсации организма больных до операции. У больных 1-ой группы на этапах анестезии и операции отмечено достоверное снижение показателя САД на всех этапах НЛА и в первые сутки послеоперационного периода. Одновременно состояние вегетативного статуса характеризовалось ростом напряжения на наиболее травматичном этапе (3 этап) оперативного вмешательства (ИК:-1,36±3,94и 26,33±17,09; $p<0,05$), сохранялось сразу после оперативного вмешательства и в первые сутки после операции и анестезии(рост ИК до 16,43±10,32; $p<0,05$).Это может быть расценено как недостаточность нейровегетативной защиты на этих этапах у больных 1-ой группы.

У больных 2-ой группы, оперированных в условиях СА, снижение САД наблюдалось также на всех этапах анестезии, оперативного вмешательства и в первые сутки послеоперационного периода. Однако изменение состояния вегетативного статуса было недостоверным (ИК -6,15±14,8; $p>0,05$) и только в первые сутки послеоперационного периода наблюдался рост ИК до 6,31±11,39 ($p<0,05$), что может свидетельствовать о более выраженном антистрессорном эффекте СА

Репозиторий ГрГМУ

на этапах анестезии и операции. При сравнительном анализе показателей вегетативного статуса на этапах анестезии также отмечается склонность к парасимпатотонии у больных 2-ой группы в сравнении с 1-ой.

Это позволяет заключить, что регионарная анестезия (СА) обеспечивает хороший антистрессорный эффект при операциях тотального эндопротезирования тазобедренного сустава даже в сравнении с НЛА.

Выводы: СА является методом выбора у больных пожилого возраста с сопутствующей патологией и обеспечивает хорошую нейровегетативную блокаду при операциях тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

АББРЕВИАТУРЫ-ОМОНИМЫ

Слабко В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель - зав. кафедрой А.А.Мельникова

Один из основных лингвистических законов – закон экономии языковых средств – иногда становится неблагоприятным фактором для развития языковой системы и имеет крайние проявления. Результатом чрезмерной экономии произносительных усилий в сфере лексикологии и словообразования стало возникновение большого количества звуковых, буквенных, слоговых и комбинированных аббревиатур, бурное образование и распространение которых в русском языке началось в послеоктябрьский период XX в. Сложносокращенные слова воспринимались как одно из прогрессивных веяний новой жизни, как признак революционного реформирования языка. Аббревиация захватила все социальные сферы. Появлялись и нередко исчезали, не выдержав испытания временем, всевозможные новообразования: ЛЕФ, РАПП, РОСТА, *наркозем, комэска, шкраб, губком, главснабпродарм,*

Репозиторий ГрГМУ

агитпропппоодива, упрофобр и многие другие. Аббревиатурным словотворчеством, к сожалению, часто занимались люди, у которых совершенно отсутствовало языковое чутье. Бездумное увлечение сокращениями приводило к возникновению таких комических наименований, как *наркомпоморде* (народный комиссар по морским делам) и неблагозвучных имен типа *Даздраперма* (Да здравствует 1 Мая!), *Красарма* (Красная армия), *Лагшмивар* (лагерь Шмидта в Арктике), *Оюшминальд* (Отто Юльевич Шмидт на льдине),Персострат (первый советсткий сстратостат), Гагвкосур (Гагарин в космосе. Ура!) и др.

В наследство от языковых издержек того времени нам, современным носителям языка, достались многочисленные аббревиатурные омонимы. И если в целом аббревиацию нельзя считать отрицательным явлением, поскольку она способствует ускорению речевой коммуникации, то аббревиатурные омонимы – это негативные реалии, которые затрудняют общение.

Бессмысленно пытаться противодействовать процессу аббревиации, который в наше время не менее продуктивен, чем в послереволюционные годы прошлого века, но его можно и необходимо сделать управляемым и упорядоченным. Каждая новая аббревиатура, прежде чем утвердиться в языке, должна пройти лингвистическую экспертизу на правильное произношение (например, эФэСБэ, эМПээСИ, а не «ФээСБэ», «эМПэСэИ», так как это буквенный инициальный тип и в алфавите нет букв «Фэ» и «Сэ»), на благозвучность (удобопроизносимость) и, самое главное, на омонимичность, в первую очередь связанную с возможными негативными ассоциациями.

При необходимости ввести в речевой обиход новую аббревиатуру, которая рискует оказаться омонимичной или вызывающей отрицательные ассоциации, всегда можно избежать совпадения с другими сокращениями или нарицательными именами за

Репозиторий ГрГМУ

счет изменения, варьирования типов аббревиации: вместо буквенного использовать слоговой, буквенно-слоговой или слого-буквенный, вместо звукового – звуко-слоговой или слого-звуковой и др. Например, сократить *машинный перевод* не в тривиальное полиомонимичное МП, а – в МАШП (или ПЕРМАШ), *линейный отдел милиции* – не в омофон грубого орудия труда ЛОМ, а в ЛИОМ (или ЛИНОМ) и т.д.

Лучшими образцами стилистической аббревиации можно считать такие сокращения, общее значение (расшифровка) которых в той или иной степени соответствует семантике омонима внешней формы. Например, название спецподразделения КОБР*а (команда быстрого реагирования)* удачно совпадает с нарицательным именем пресмыкающегося, обладающего молниеносной реакцией, а шуточное наименование Научного универсального института необыкновенных услуг (фильм «Чародеи») НУИНУ имеет нарочито созданный облик междометного образования, выражающего удивление и восторг.

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Слабко В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.И. Заборовский

Одним из наиболее важных условий снижения сердечно-сосудистой заболеваемости является повышение активности и участия населения в массовых профилактических программах, поскольку основная ответственность за поддержание здоровья лежит на самом человеке.

Результаты данного медико-социального обследования населения

Репозиторий ГрГМУ

базируются на основе интервьюирования 158 респондентов, обратившихся в Центр первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) одной из городских поликлиник за период с июля по декабрь 2005 года.

С этой целью использовалась анкета, включающая 108 признаков с возможными вариантами ответов, характеризующих пол, возраст, жалобы, наличие хронических заболеваний, образ жизни и др. Среди респондентов преобладали женщины 66,2%. Средний возраст «пациентов» Центра составил 35,4 года у мужчин и 45,7 года – у женщин.

Среди посетителей Центра профилактики лишь у 13,3% отсутствовали заболевания (мужчины – 34,0%, женщины – 2,9%). У каждого пятого зарегистрировано по одному заболеванию и почти у половины (45,6%) – три и более хронические болезни. Причем, множественная патология (3 и более) у женщин отмечена в 3,1 раза чаще по сравнению с мужчинами, что в значительной мере обусловлено возрастным составом респондентов, у которых средний возраст женского пола на 10,3 года выше относительно мужского.

«Медицинский портрет» пациентов Центра профилактики более чем на 4/5 сформирован за счет четырех классов болезней. Первые две позиции с незначительной разницей занимают болезни органов пищеварения (31,3%) и системы кровообращения (27,2%). На последующих местах – болезни глаза и его придаточного аппарата (15,5%), а также болезни органов дыхания (11,4%).

Среди обратившихся в Центр профилактики ССЗ, последние зарегистрированы у 81,0% осмотренных (мужчины – 604,%, женщины – 91,4%). Распространенность сердечно-сосудистой патологии составляет 753,2 случая на 1000 обратившихся, чаще проявляясь (в 4 раза) у женщин.

Структура болезней системы кровообращения в основном представлена гипертензивной (гипертонической) болезнью (316,5%о),

Репозиторий ГрГМУ

варикозным расширением вен (145,6‰), ишемической болезнью сердца (94,9‰) и хроническими ревматическими болезнями сердца (75,9‰). Кроме того, 1,3% респондентов перенесли острый инфаркт миокарда.

Оценивая образ жизни респондентов, было установлено, что среди курящих мужчин было 54,7% среди женщин – 8,7%. Со слов опрошенных 32,1% мужчин и 4,8% женщин употребляют алкоголь. Эмоциональным стрессам и нервным перегрузкам подвержены 32,1% мужчин и 68,3% женщин. Малоподвижный образ жизни ведут 39,5% респондентов, незначительно отличаясь в половом аспекте. Еще ниже удельный вес (33,2%) занимающихся физической культурой.

Анализ распространенности сосудистых заболеваний у кровных родственников свидетельствует о наследственной предрасположенности к артериальной гипертензии у 69,4%, стенокардии (35,7%), ожирению (31,8%), кровоизлияниям в мозг (21,7%), смерти родителей в возрасте до 60 лет (12,7%).

Таким образом, полученные результаты исследования могут быть использованы при проведении диспансеризации с сердечно-сосудистой патологией и принятию управленческих решений в системе охраны здоровья.

ГЕСТОЗ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ГИПОГАЛАКТИИ

Смолей Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

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

Среди всех осложнений беременности гестоз как по частоте, так и по влиянию на исход гестации, занимает особое место [1,2]. С другой стороны, в литературе отсутствуют работы о влиянии гестоза с учетом степени тяжести на становление лактации.

В настоящем исследовании проведена оценка лактационной

Репозиторий ГрГМУ

функции у родильниц, перенесших гестоз различной степени тяжести.

В основу работы положены результаты обследования 345 женщин, которые до родов были разделены на 4 группы. Контрольную группу составили 96 женщин с физиологически протекающей беременностью. Беременные с гестозом были разделены на 3 основные группы (по шкале Виттлингера [2]): I группа – гестоз легкой степени (102) , II группа – гестоз средней степени (84), III группа – гестоз тяжелой степени (63). Суточное количество молока определялось нами по общепринятым методам на 2, 4 и 6 дни послеродового периода [1,3]. Для однородности сравнения использовались следующие критерии, а именно: доношенная беременность, родоразрешение через естественные родовые пути.

Нарушения лактационной функции отмечены у 185 (74,3%) родильниц, перенесших гестоз, и у 32 (33,3%) родильниц контрольной группы. По нашим данным, агалактия наблюдалась у 2 (1,96%), 4 (4,76%) и 5 (7,94%) родильниц первой, второй и третьей групп соответственно. Гипогалактия (ГГ) 1 степени, когда дефицит молока составлял до 25% от необходимого количества, выявлена у 30 (31,25%) женщин контрольной группы и у 36 (35,29%), 36 (42,85%), 9 (14,28%) родильниц I-III групп соответственно. ГГ 2 степени тяжести (дефицит до 50%) отмечена у 14 (13,72%), 14 (16,66%), 32 (50,79%) родильниц основных групп. В контрольной группе ГГ 2 степени тяжести обнаруживалась у двух женщин (2,08%). ГГ 3 степени наблюдалась у 8 (7,84%), 12 (14,28%), 13 (20,63%) родильниц основных групп соответственно.

Динамика количества отделяемого секрета молочных желез у женщин с различными сроками первого прикладывания к груди зависела от степени тяжести гестоза. Так, у 152 родильниц, которым было проведено первое прикладывание в течение первых суток, наблюдалось увеличение объёма молока, начиная со 2 суток после родов (первое кормление) – на 30–50% каждые двое суток. Следует

Репозиторий ГрГМУ

отметить, что изменения носили достоверный характер, уже начиная с 4 суток. У 97 родильниц с отсроченным первым прикладыванием к груди нарастание объёма лактации носило менее выраженный характер. При этом достоверное увеличение объёма лактации по сравнению с исходным уровнем было зарегистрировано только на 6 сутки. Кроме того, у этих женщин количественные показатели секрета молочных желез на протяжении всего периода наблюдения были ниже, чем при ранее начатом кормлении на 25–35% ($p<0,05$).

У здоровых родильниц суточный объем молока на 2, 4 и 6 сутки составлял в среднем соответственно 225,4±19,6 мл, 382,6±29,1 мл и 584,2±39,7 мл. У женщин, перенесших гестоз, на вторые сутки пуэрперия объем молока был на 45, 53 и 66% ниже в первой, второй и третьей группах по отношению к контрольной. На четвертые сутки – на 37, 41 и 58%, на шестые– на 13, 29 и 42% ниже по сравнению с объемом молока у здоровых родильниц.

Таким образом, нами выявлена прямая зависимость между степенью тяжести гестоза и выраженностью ГГ.

Литература:

1. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агенство, 2004. – С. 375-390.

2. Венцковский Б.М., Запорожан В.Н., Сеньчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестозы: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агенство, 2005. – С. 93-233.

3. Герасимович Г.И. // Здравоохранение. - 2003. - № 11. - С. 26-33.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Смотрин И.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - д.м.н., профессор К.Н.Жандаров

Репозиторий ГрГМУ

Наиболее тяжелым осложнением после плановых и экстренных операций на органах брюшной полости по поводу заболеваний и травм является образование наружных кишечных свищей. Наружные кишечные свищи - одна из нерешенных проблем современной хирургии желудочно-кишечного тракта. Это связанно с тем, что летальность при свищах остается высокой и колеблется от 4 до 73%.

Нами проанализированы причины возникновения кишечных свищей у 20 больных в возрасте от 31 года до 73 лет, находившихся на лечении в стационарах г. Гродно. Из них женщин было 6 человек (30%), мужчин - 14 (70%). Наиболее часто встречались свищи двенадцатиперстной кишки. Они наблюдались у 8 больных (40%), свищи тощей и подвздошной кишок - у 8 больных (40%), свищи ободочной кишки были у 4 больных (20%). Как осложнение плановых операций - кишечные свищи наблюдались у двоих больных (10%). У 18 больных (90%) кишечные свищи возникли после экстренных операций на органах брюшной полости. Из них 8 больных (40%) были оперированы по поводу спаечной кишечной непроходимости, пятерым больным (25%) - произведена резекция 2/3 желудка по поводу прободной язвы. Трое больных (15%) были оперированы в связи с закрытой травмой живота и повреждением двенадцатиперстной кишки. Один больной (5%) оперирован в связи с гангреной тонкой кишки на почве острой сосудистой недостаточности в бассейне верхней брыжеечной артерии и один больной оперирован в связи с острым аппендицитом (5%).

Причиной возникновения кишечных свищей при спаечной кишечной непроходимости явилась несостоятельность швов в зоне ушивания десерозированных участков кишки. Свищи после резекции желудка возникли как результат несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки.

Анализ клинического материала показал, что основными

Репозиторий ГрГМУ

моментами в этиологии кишечных свищей явились воспалительно-деструктивные процессы в брюшной полости, ятрогенная травма кишки, а также тактические и технические погрешности, усугубляющие течение патологического процесса. В двух наблюдениях причиной возникновения кишечных свищей явилось сочетанное действие нескольких факторов. В одном случае кишечный свищ возник как следствие несостоятельности межкишечного анастомоза на фоне недостаточности кровообращения в бассейне верхней брыжеечной артерии.

ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ ЭЛАСТИЧЕСКИХ ОБТУРАТОРОВ ИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Смотрин И.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - д.м.н., профессор К.Н.Жандаров

Для консервативного лечения наружных кишечных свищей применяются обтураторы из различных материалов. Нами для лечения неполных наружных свищей предложены обтураторы из современных полимерных материалов, в частности фторопласта. В связи с этим возникла необходимость в изучении эффективности применяемых в лечебных учреждениях методик обеззараживания медицинских изделий в отношении обтураторов из фторопласта.

Цель исследования.

1.Проверить способность образца дезинфицироваться в течение 6 часов перекисью водорода (стандартная концентрация, применяемая в клинике с этой целью) от обычной микрофлоры воздуха и рук, а также после контаминирования их музейными штаммами Staphylococcus aureus ATCC 6538 и Escherichia coli ATCC 25922.

2.Проверить способность образца дезинфицироваться в течение 16

Репозиторий ГрГМУ

часов в парах формальдегида (стандартная концентрация, применяемая в клинике с этой целью) от обычной микрофлоры воздуха и рук, а также после контаминирования их музейными штаммами Staphylococcus aureus ATCC 6538 и Escherichia coli ATCC 25922.

Исследования проведены на кафедре микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И.Гельберга Гродненского государственного медицинского университета.

После проведенного исследования были получены следующие результаты:

1.Испытанный образец полимера полностью дезинфицируется от контаминировавших его обычной микрофлоры воздуха и рук, а также от музейных культур Staphylococcus aureus ATCC 6538 и Escherichia coli ATCC25922 перекисью водорода в течение 6 часов.

2.Испытанный образец полимера полностью дезинфицируется от контаминировавших его обычной микрофлоры воздуха и рук, а также от музейных культур Staphylococcus aureus ATCC 6538 и Escherichia coli ATCC25922 в парах формальдегида в течение 16 часов.

Таким образом, эластические обтураторы из современных полимерных материалов, используемые для лечения наружных кишечных свищей, эффективно обеззараживаются с помощью перекиси водорода и парами формальдегида.

ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ L-АРГИНИНА

Соколов Н.К., Кучко С.Ю., Ярещенко Н.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей и биоорганической химии, кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научные руководители - к.б.н., профессор Н.А. Кравченя; к.м.н., доцент К.Н. Соколов

Открытая биорегуляторная система L-аргинин – оксид азота (NO) представляет огромный интерес. Как известно, источником NO в

Репозиторий ГрГМУ

организме является L-аргинин. Однако недостатком L-аргинина как лекарственного препарата являются его высокая гидрофильность и быстрый метаболизм, вследствие чего возникает потребность его частого введения в организм. Из-за высокой гидрофильности он плохо проникает через гидрофобные мембраны клеток. По этой причине в мире синтезировано много производных аргинина, содержащих различные гидрофобные радикалы. Среди них есть и N-ацильные радикалы по α-аминогруппе, а так же N,N'–диацильные производные. Известные методы синтеза громоздки, требуют затрат дорогих и токсичных ингредиентов, длительны во времени. Однако выход целевых продуктов очень низкий, редко доходит до 75%. При этом ацил, как правило, входит в α-положение.

На кафедре общей и биоорганической химии под руководством профессора Н.А. Кравчени осуществлен синтез шести 7(8)-N-ациларгининов и семи диацильных производных L-аргинина с выходом 82-85%. При этом ацил (предельный радикал, содержащий 8-18 атомов углерода) входит в гуанидиновую компоненту. Ожидается, что полученные соединения будут легче проникать в гидрофобные ткани, там накапливаться и, медленно метаболизируясь, будут продуцировать NO в небольших количествах достаточно долгое время даже при однократном введении per os. Предварительные исследования дают основания полагать, что эти вещества легко всасываются в кровь из желудочно-кишечного тракта и оказывают более активное действие, чем L-аргинин. Однако прежде чем проводить исследования по изучению фармакологических свойств полученных веществ, необходимо было изучить наличие возможных токсических свойств у них.

Острую токсичность этих веществ определяли на 40 белых беспородных мышах (самцах) массой 30 г каждая (по 20 мышей в группе для каждого соединения). В качестве исследуемых соединений взяли по одному веществу из двух групп производных L-аргинина.

Репозиторий ГрГМУ

Исследуемые соединения характеризовались плохой растворимостью в воде. Поэтому для получения более однородной взвеси изучаемых соединений мы использовали 0,2% раствор картофельного крахмала, который получали добавлением водной взвеси крахмала в кипящую воду. После охлаждения крахмального раствора до 45ºС в него постепенно добавляли исследуемые вещества и интенсивно перемешивали до получения однородной взвеси. Первоначально вводимая доза изучаемых соединений составляла 3 г на кг массы тела животного. Для этого 450 мг исследуемого соединения добавляли к 5 мл 0,2% раствора картофельного крахмала. С помощью металлического зонда внутрижелудочно животному дважды вводили по 0,5 мл взвеси исследуемых веществ с интервалом 25 мин. Мыши помещались в отдельные клетки, и за ними проводилось наблюдение. В первый час после введения препарата у мышей отмечалось появление стрессовой реакции, которая проявлялась в дрожании всего тела, учащении дыхания и отсутствием желания приема пищи, но через 1 час эта реакция проходила, и состояние животных нормализовалось. В последующем мыши наблюдались еще в течение 2 недель. За этот период не отмечалось гибели подопытных животных. В последующем доза вводимого вещества была увеличена до 8 г на кг массы животного. При этом также не отмечалось гибели животных и каких-либо других проявлений токсичности изучаемых соединений. Увеличить еще больше дозу вводимых веществ не удалось, так как из-за большого содержания исследуемых веществ во взвеси возникли затруднения при введении их через зонд шприцем.

Таким образом, работа по дальнейшему изучению свойств новых ацильных и диацильных производных L-аргинина представляется нам весьма перспективной в плане возможного получения новых лекарственных препаратов.

СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ НА ГРОДНЕНЩИНЕ В ПЕРВОЙ

Репозиторий ГрГМУ

ПОЛОВИНЕ XIX В.

Соловчук Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

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

История народного образования на Гродненщине, оказавшейся в первой половине XIX века в силу своего географического положения в центре крупных политических событий, весьма противоречива и сложна. Школа была объектом острой политической и национально-религиозной борьбы, развернувшейся здесь после третьего раздела Речи Посполитой в 1795г. Цель настоящей работы - проследить основные тенденции развития системы образования на Гродненщине в первой половине XIX в.

В начале XIX в. школа по-прежнему оставалась орудием национального угнетения и ополячивания белорусского народа. Вплоть до 30-х годов XIX века в области народного образования практически безраздельно господствовали монахи римско-католических орденов. Программа обучения в уездных школах была достаточно обширна: чтение, письмо, арифметика, география, история, математика, естественная история, общие понятия о всех науках. В старших классах (IV—VI) изучали теоретическую и практическую механику, греческую историю, физику, естественное право, правила красноречия и стихосложения, алгебру, естественную историю, право народов, общие понятия о всех искусствах и рукоделиях и другие предметы. Преподавание велось на польском языке [2].

Наиболее демократическими по своему составу были приходские школы, создаваемые на средства жителей городов и местечек. На Гродненщине приходские школы, как и уездные, находились под влиянием католического духовенства. В 1808 г. такие школы существовали в Слониме, Деречине, Дворце (Дятловский район),

Репозиторий ГрГМУ

Поречье (Слонимксий район), Росси. 12 приходских школ насчитывалось в Лидском уезде. Количество учеников в них было небольшим — 10-20 человек. Обучали катехизису, нравственности, чтению, письму и начальным правилам арифметики.

Ускорение темпов развития экономики и торговли, проникновение капиталистических отношений в сельское хозяйство Белоруссии требовали не просто образованных людей, но и людей, владеющих специальными знаниями и умениями. Стремление приблизить школу к требованиям жизни четко отразилось в учебных планах школ начала XIX века, где большой упор делался на преподавание дисциплин естествоведческого характера, некоторых экономических и политических дисциплин, а также ряда специальных предметов. Так, в расписание занятий VI и VII классов Свислочской гимназии в 1826-1827 учебном году входили естественная история, начертательная геометрия, физика, химия, общая и российская статистика, сельское хозяйство и сельское строительство, наука о торговле. Во многих уездных училищах ученики обучались способам прививки вакцины животным.

Но уже к концу 20-х и, особенно, в 30-е годы положение в корне изменилось. В Гродненской гимназии за 6 лет после ее открытия (1834-1840) из учебного плана исчезли естественная история, химия, технология, сельское хозяйство, архитектура, наука о торговле, уменьшено количество часов на физику и математику. Введенная по настоянию правления округа в 1836 г. агрономия в учебном плане не закрепилась. Образование в гимназиях все более приобретало классический характер [1].

Таким образом, система народного образования Гродненщины начала XIX в. характеризовалось подъёмом уровня образованности населения, что главным образом связано с ускорением темпов развития экономики и переходом на капиталистический уровень торговых отношений.

Репозиторий ГрГМУ

Литература:

1.Культура Гродзенскага рэгіёну: праблемы развіцця ва ўмовах поліэтнічнага сумежжа: Зб. Навук. Прац- Гродна, 2003.

2.Выш. шк. – 2002- №3.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ В ПИТАНИИ ЧЕЛОВЕКА – ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ИСТОЧНИК ВИТАМИНОВ

Софищенко М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к. м. н., доцент В.В.Климович

Сегодня не теряют своей актуальности проблемы научных основ профилактического и лечебного применения витаминов в оптимизации рациона питания и здоровья различных групп населения.

Профилактическое и лечебное применение витаминов базируется на научнообоснованных сведениях об их физиологических функциях и механизме действия. Одно из ведущих мест занимают биологически активные добавки (БАД), действующим началом которых являются витамины, микроэлементы или в сочетании с аминокислотами, фосфолипидами, клетчаткой, биофлаваноидами – антиоксидантами, пептидами и другими адаптогенами.

В организме витамины не синтезируются и должны поступать в готовом виде с пищей. Но оптимально сбалансированное питание по белкам, жирам и углеводам не обеспечивает организм в витаминах в адекватных потребностях.

Массовые исследования групп населения в различных регионах показали на недостаточное потребление витаминов и микроэлементов, что является постоянно действующим фактором, отрицательно влияющим на здоровье, рост, развитие целой популяции людей.

Недостаточное обеспечение витаминами также усугубляется в связи с их повышенной потребностью, вызванной физическими и

Репозиторий ГрГМУ

умственными нагрузками, вредными привычками, стрессом, экологическими факторами, патологическими процессами при различных болезнях, хирургических вмешательствах, фармакотерапией, диетическими ограничениями.

Научные основы патогенетически оправданного применения витаминов заключаются в следующем: профилактика гиповитаминозов, обусловленных недостаточным поступлением с пищей или усиленным их расходованием и повышенной потребностью; повышение защитных сил организма, модуляция иммунитета, снижение риска простудных и вирусных инфекций; лечение первичных авитаминозов; лечение вторичных нарушений обмена и функции витаминов, являющихся следствием патологических процессов, вызванных сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, хирургическими вмешательствами; коррекция генетически обусловленных нарушений витаминного обмена; использование нефизиологически высоких доз витаминов в терапии различных болезней совместно с лекарственной специфической фармакотерапией.

Таким образом, массовое и постоянное включение в рацион полноценных и хорошо зарекомендовавших себя поливитаминных и витаминно-минеральных добавок должно занять достойное место в программах, нацеленных на улучшение питания и здоровья населения.

ОСОБЕННОСТИ ЯЗЫКА МЕДИЦИНЫ

Старостенко У.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Л.Н. Гущина

Медицинская терминология – совокупность слов и словосочетаний, используемых специалистами для обозначения научных понятий в области медицины и здравоохранения.

Репозиторий ГрГМУ

В медицинской терминологии русского языка, как и любого другого, можно выделить с учётом различий языкового происхождения, форм письменности и выполняемой на национальном или интернациональном уровнях функции следующие основные группы терминов:

1. исконно русские наименования;
2. интернационализмы греческого или латинского происхождения;
3. исконные западноевропеизмы;
4. латинские термины;
5. эпонимические термины.

В течение многих столетий своё влияние на медицинскую терминологию оказывали и продолжают оказывать по сей день два классических языка античного мира – древнегреческий и латинский.

Термины греко-латинского происхождения представляют собой главным образом производные слова – префиксальные, суффиксальные, сложно-суффиксальные. Их значения обычно складываются из значений составных частей – префиксов (а-, гипо-, гипер-, анти- и др.), суффиксов (-ит, -ома, -оз, -иаз и др.), корней (-гидр-, -гем-, -гепат-, -нефр-. –гастр- и др.), которые называют терминоэлементами.

Источниками лексики могут быть терминологические словари, машинные информационные и частотные словари, учебные материалы, каталоги и др. Достаточно надёжным источником специальной лексики являются энциклопедии, особенно отраслевые.

Так, в Большой медицинской энциклопедии имеется вся необходимая информация о том или ином термине, например:

«амавротическая идиотия» (греч. amauros – тёмный, слепой и idioteia – невежественность) группа наследственных заболеваний, характеризующихся прогрессирующим снижением зрения и интеллекта в сочетании с другими неврологическими симптомами;

«амилоидоз» (amyloidosis, греч. amylon – крахмал, eidis – вид + -

Репозиторий ГрГМУ

osis), амилоидная дистрофия- нарушение белкового обмена, выражающееся в отложении и накоплении в тканях белковых веществ с характерными физико-химическими свойствами. Этиологически и патогенетически объединяет разные процессы, ведущие к образованию в тканях сложного глюкопротеида – амилоида;

«трепанация» (франц. trepanation, от греч. trypanon – бурав, трепан) хирургическая операция, заключающаяся в создании отверстия в кости с целью вскрытия подлежащей полости.

Литература:

1. Большая медицинская энциклопедия. – 30 т. М., 1974 – 89.
2. Англо-русский медицинский словарь. – М., 1988.
3. Дубровина А.В. Медицинская терминология в лексической системе английского языка. Автореф., дисс. … канд. Филол. Наук. – М., 1986 – с. 5,10.

ЭТИМОЛОГИЯ НАЗВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ НАИМЕНОВАНИЙ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

Стельмах С. В., Стельмах Э. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преподаватель Е.Н.Хомич

Структура латинских научных наименований растений определяется Международным кодексом ботанической номенклатуры, принятым в 1972 году. Согласно Международному кодексу названия растений составляются на латинском языке с соблюдением правил латинской орфографии и грамматики. Кодекс закрепил предложенный в 1753 году шведским ученым Карлом Линнеем биноминальный принцип обозначения растений. Согласно этому принципу название растения является биноминальным, т. е. оно состоит из двух слов: названия рода и следующим за ним второго слова, так называемого видового эпитета.

Репозиторий ГрГМУ

Родовые наименования принято писать с прописной буквы, а видовые эпитеты со строчной.

Проведенное нами исследование подтверждает, что родовые и видовые наименования растений имеют, главным образом, древнегреческие и латинские корни. Например: Арника горная – Arnĭca montāna. Родовое название происходит от греческого «arnos» – «баран» (так как при созревании плодов на них образуются пушистые хохолки, похожие на шерсть барана), видовое – от латинского слова «montāna» - «горная» (по месту обитания). Нами обнаружены также заимствования из других языков: арабского, кельтского, итальянского, немецкого. Например: Лен обыкновенный – Linum usitatissĭmum. Родовое название происходит от кельтского «lin» - «нить», так как в стеблях при их тереблении обнаруживаются многочисленные нити – волокна; видовое название происходит от латинского прилагательного «usitatissĭmus» - «полезнейший» и дано из-за широкого использования растения. Все родовые и видовые названия независимо от своего происхождения латинизированы.

Второй целью нашего исследования явилось изучение использования родовых и видовых наименований растений в образовании названий химических веществ, извлекаемых из растительного сырья. Обнаружены следующие способы словообразования: префиксальный, суффиксальный, комбинированная аффиксация, сложение, аббревиация, аббревиация со сложением, транспозиция.

Собранный материал представляет собой несомненный интерес для преподавателей латинского языка и студентов медицинских университетов и может быть использован для написания учебно-методических пособий по циклу «Фармацевтическая терминология и рецептура».

Литература:

1. Большая Энциклопедия народной медицины. – М.: ЭКСМО,

Репозиторий ГрГМУ

2006.

2. Лекарственные растения, энциклопедия / Сост. И.Н. Путырский, В.Н. Прохоров. – Мн.: Книжный дом, 2005.

3. Мазнев Н.И. Лекарственные растения. – М.: ООО ИКТЦ «Лада», 2006.

4. Моисеев А.Н. Основные вопросы словообразования в современном русском литературном языке. – Ленинград.: Изд. Ленинградского университета, 1987.

5. Носов А.М. Лекарственные растения официнальной и народной медицины. – М.: ЭКСМО, 2005.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА

Стенько А.А., Санько А.К., Маркевич Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Лечение больных послеоперационным панкреатитом является, по мнению большинства авторов, наиболее проблемным разделом абдоминальной хирургии, что связано, с одной стороны, с высокими показателями летальности и частоты фатальных осложнений при деструктивных формах заболевания, с другой стороны с неуклонным ежегодным ростом числа случаев хронического панкреатита.

Цель исследования – экспериментально обосновать применение фотодинамической терапии (ФДТ) в профилактике гнойно-септических осложнений послеоперационного панкреатита.

Материал и методы. Исследования проводились на 40 белых крысах-самцах. Послеоперационный панкреатит моделировали путем резекции дистальной части поджелудочной железы. Были выполнены 3 серии экспериментов. В контрольной группе выполнялась операция без последующего лечения. Во второй серии операция дополнялась воздействием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) (He-Ne,

Репозиторий ГрГМУ

20 мВт, 632,7 нм) 7 сеансов по 5 минут ежедневно. В третьей серии операция дополнялась однократным интраоперационным внутрибрюшинным введением 1 мл водного раствора нильского синего и его активацией НИЛИ (через 3 мин) по выше изложенной схеме. Животных выводили из опыта на 3, 7, 14 сутки. Оценка результатов: определение концентрации диеновых конъюгатов (ДК), оснований Шиффа (ОШ) и каталазы в эритроцитах крыс.

Результаты. В послеоперационном периоде на 7-е сут. по сравнению 3-ми отмечалось некоторое прогрессирование липопероксидации во всех сериях эксперимента, что объясняется тем, что в послеоперационном периоде наблюдается прогрессирование деструктивного процесса в ткани поджелудочной железы, переходом заболевания в фазу гнойно-некротических осложнений с активацией фагоцитоза, что стимулирует усиление процессов ПОЛ.. Так, в контрольной группе наблюдалось достоверное увеличение показателей ДК на 15,5% и ОШ на 17,6%, во второй серии эксперимента – 7,8% и 13% соответственно. В третьей серии отмечали достоверное прогрессирование лишь ОШ на 7,9 %, в показателях ДК наблюдался незначительный недостоверный регресс. Одновременно с увеличением показателей прооксидантной системы наблюдалось достоверное угнетение каталазы во всех группах к 7-м суткам (контроль на 44,8%, вторая серия на 4,4%, третья серия на 4,7%), т.е. истощение антиоксидантной системы.

Отсутствие повышения ДК, менее значительное увеличение ОШ и угнетение каталазы на 7 сутки в группе с применением ФДТ по сравнению с контролем обусловлено более благоприятным, без тяжелых осложнений, течением послеоперационного периода.

К 14 суткам наблюдалось угнетение процессов ПОЛ и восстановление антиоксидантной системы во всех группах. Причем, самые низкие показатели прооксидантной и наиболее высокие антиоксидантной систем были в третьей серии эксперимента и

Репозиторий ГрГМУ

достоверно отличались от контроля и второй серии.

Таким образом, результаты, полученные в настоящей работе, позволяют сделать вывод, что применение ФДТ является довольно эффективным методом профилактики гнойно-септических осложнений послеоперационного панкреатита.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Стенько А.А., Санько А.К., Савошинский Е.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Благодаря проведенным научным изысканиям последних лет, были получены новые сведения о патогенетических механизмах развития послеоперационного панкреатита. Целый ряд экспериментальных и клинических исследований показал, что в возникновении и развитии функциональных и структурных нарушений поджелудочной железы при послеоперационном панкреатите основную роль играет активация процессов перекисного окисления липидов. В связи с этим разработка способов профилактики дисбаланса процессов липопероксидации является актуальной задачей.

Цель исследования – изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) и фотодинамической терапии (ФДТ) на прооксидантно-антиоксидантную систему при послеоперационном панкреатите, индуцированным резекцией поджелудочной железы. Опыты проведены на 40 белых крысах массой 150-200 гр. Группы: контрольная – только операция; опытная – операция дополнялась воздействием НИЛИ (He-Ne, 20 мВт, 632,7 нм) 7 сеансов по 5 минут ежедневно; опытная 2 – с однократным интраоперационным внутрибрюшинным введением 1 мл водного раствора нильского синего и последующей (через 3 мин) его активацией НИЛИ по выше

Репозиторий ГрГМУ

изложенной схеме. Выведение из опыта: 3, 7, 14 сутки. Оценка результатов: определение концентрации диеновых конъюгатов, оснований Шиффа и каталазы в ткани поджелудочной железы.

Результаты. Достоверных отличий в показателях прооксидантной системы на 3 сутки между контрольной с одной стороны и опытной и опытной 2 группами с другой мы не наблюдали. Различие показателя антиоксидантной системы были достоверны. Значения диеновых конъюгатов, оснований Шиффа и каталазы были 12,6, 154,1 ЕД/мл и 3,72 мкМ H2O2/с r Hb в контрольной группе, 12,6, 153,6 и 5,78 в опытной, 12,5, 153,1 и 6,485 в опытной 2 соответственно. Содержание диеновых конъюгатов, оснований Шиффа и каталазы на 14 сутки равнялись в среднем 11,95, 143,3 ЕД/мл и 6,04 мкМ H2O2/с r Hb в контрольной группе, 11,75, 129 и 7,765 в группе с применением НИЛИ, 11,3, 125,55 и 10,435 в группе с применением ФДТ соответственно.

Результаты исследования прооксидантной системы показали, что в течение заболевания имеет место снижения их значений в ткани железы. При этом к 14 суткам наблюдения значения этих показателей достоверно были ниже уровня, наблюдавшегося в 3 сутки наблюдения на 5,5% ($p<0,001$) и 7% ($p<0,05$) (контроль), на 6,25% ($p<0,01$) и 16% ($p<0,001$) (опытная группа) ($p<0,05$), на 9,6% ($p<0,05$) и 18% ($p<0,001$) (опытная группа 2) соответственно. Одновременно со снижением показателей перекисного окисления липидов наблюдалось повышение показателей антиоксидантной защиты. На 14 сутки по сравнению с 3 прирост значений каталазы составил 38% ($p<0,001$) (контроль), 25,6% ($p<0,01$) (опытная группа), 38% ($p<0,001$) ($p<0,001$) (опытная группа 2).

Таким образом, результаты, полученные в настоящей работе, свидетельствуют о патогенетической направленности, довольно высокой эффективности и перспективности применения НИЛИ и ФДТ в лечении и профилактике послеоперационного панкреатита.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМЛОДИПИНА И ЭНАЛАПРИЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ

Репозиторий ГрГМУ

БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АГ И ИБС

Степенкова Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель: к.м.н., доцент И.В. Караулько

Цель работы – сравнить эффективность амлодипина и эналаприла в комплексной терапии больных БА с сопутствующей АГ и ИБС.

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 средней степени тяжести была диагностирована у 17, тяжелой – у 10-ти пациентов. У 16 больных отмечалась АГ II-III стадии, риск 3-4; у 10 больных ИБС, из которых у 3-х в анамнезе был перенесенный ИМ. Наличие АГ и ИБС требовало включения в комплексную терапию БА антигипертензивных и антиангинальных препаратов.

Среди обследованных выделены 3 группы больных, существенно не отличающиеся по клиническому течению и тяжести заболевания: I включала 10 больных с тяжелой степенью БА и сопутствующей АГ и ИБС, получавших в комплексной терапии 10 мг амлодипина на ночь. II группа - 8 больных со средней и тяжелой степенью БА с сопутствующей АГ и ИБС, получавших эналаприл в дозе 10 мг 2 раза в сутки, III группу (контрольную) составили 8 больных БА средней степени тяжести, сопутствующей ИБС и АГ II степени, получающие только базисную терапию.

Больные I группы, получавшие помимо базисной терапии амлодипин, отмечали клиническое улучшение уже на 6-7 сутки лечения. У этих больных исчезли приступы удушья как в дневное, так и в ночное время, улучшилась функция внешнего дыхания по показателям $ОФВ_1$, а также нормализовались показатели

Репозиторий ГрГМУ

систолического и диастолического АД, улучшились данные ЭКГ, средний койко-день в этой группе составил 9. Во II группе, получавшей эналаприл, также отмечалось клиническое улучшение состояния, но только к 8-му дню лечения. Отмечалось также стабилизация показателей АД. Однако у 4 больных уже к концу первой недели лечения появился ночной кашель. Койко-день в этой группе составил 11. В контрольной группе, которая по клиническим показателям была более легкой, т.к. включала только среднюю степень БА, улучшение наблюдалось к 7 дню, а койко-день составил 10.

Хотя достоверного различия показателей в обследуемых группах не отмечено, более быстрый клинический эффект и самый короткий койко-день, а также более выраженное снижение АД отмечены в группе I, получавшей в комплексной терапии амлодипин.

Таким образом, проведенное исследование позволяет рекомендовать в лечении больных БА в сочетании с АГ и ИБС антагонист Ca^{2+} пролонгированного действия амлодипин.

Литература:

1. Антонович М.Н., Гончарик Т.А. Лечение артериальной гипертензии антагонистами кальция у больных бронхиальной астмой // Достижения медицинской науки в Белоруссии. – 2004.

2. Смирнова, Р.В., Калинина Э.П., Шутова Н.В., Боровков А.К. Сопутствующие заболевания у больных бронхиальной астмой // Тезисы к национальному конгрессу по болезням органов дыхания. г. Новосибирск. – 1996.

3. Чучалин А.Г. // Бронхиальная астма. – М.: Русский врач. – 2001.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ГРУППОВЫХ ТРЕНИНГОВЫХ ЗАНЯТИЙ СРЕДИ СЛЕПЫ СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ

Сторожева Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии с курсом общей психологии

Научные руководители – зав. кафедрой профессор, Е.Г. Королёва;

Репозиторий ГрГМУ

доцент А.В.Прудило

Исследование проводилось на базе учреждения образования «Гродненская специальная общеобразовательная школа-интернат для детей с нарушениями зрения» с октября 2006 года.

Целью работы являлось расширение адаптационных коммуникативных возможностей слепых и слабовидящих детей.

Задачи исследования:

1.Активизация процесса самопознания и самоактуализации.

2.Расширение знания участников о чувствах и эмоциях, создание условий для развития способности безоценочного их принятия, формирование умения управлять выражением своих чувств и эмоциональных реакций.

3.Способствовать формированию навыков общения, умения слушать, высказывать свою точку зрения, приходить к компромиссному решению и понимать других людей.

4.Отработка навыков уверенного поведения и саморегуляции.

5.Расширение диапазона творческих способностей.

Метод работы: психологический тренинг.

Групповые занятия проводились 1 раз в 2 недели по 1,5 – 2 часа. Группы состояли из 5 – 12 человек. В работе принимали участие ученики 8 – 11 классов. Занятия проводили студенты медико-психологического факультета: Лискавец Е.И., Решецкая Е.И., Андриевская О.Г., Гутовец А.В., Сторожева Е.В. - 6 курс, Крюк Н.В., Хаминец Е.Г., Усикова Н.В. - 4 курс.

В процессе групповой работы использовались методы арт-терапии, телесно-ориентированной психотерапии и гештальт-терапии. Использовались следующие методики: групповая дискуссия, терапевтическая беседа, ролевые игры, техники аутогенной релаксации. Вне тренинговых занятий имели место неформальное общение с подростками, индивидуальные беседы.

Репозиторий ГрГМУ

В начале и в конце исследования проводилась психодиагностика: методика определения ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, интерперсональная диагностика по методу Т. Лири. Также в конце работы было проведено анкетирование среди детей с целью выявления их отношения к групповым занятиям.

Выводы. В ходе исследования было выявлено снижение уровня ситуативной и личностной тревожности испытуемых, снижение вектора доминирования и увеличение вектора доброжелательности в процессе коммуникации. Также установлено позитивное отношение подростков к групповым занятиям.

АНАЛИЗ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ КОРПОРАТИВНОГО WEB-РЕСУРСА TEST.GRSMU.BY

Страпко Н. В., Качановская А.А., Гончарук Е. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – к. ф.-м. н., доцент С. И. Клинцевич

Компьютерное тестирование является высокотехнологичным и эффективным инструментом, широко применяемым в образовательном процессе вузов республики. Информация, содержащаяся в ответах испытуемых, позволяет сделать обоснованные выводы об успешности и особенностях преподавания той или иной дисциплины, о технологии обучения, осуществить прогнозирование педагогического процесса. Общеизвестно, что результат тестирования зависит не только от уровня подготовленности испытуемого, но во многом определяется качеством самих тестовых заданий. Совершенно справедливо, что современная теория педагогических измерений предъявляет весьма строгие и жесткие требования к содержанию заданий в тестовой форме. Поэтому цель данного исследования - количественный и качественный анализ тестовых заданий, расположенных на сервере ГрГМУ (URL-адрес http://www.grsmu.by). В результате исследования

Репозиторий ГрГМУ

нами установлено следующее.

1. Количество заданий в различных тестах варьируется в широком диапазоне - от 20 до 100. Учитывая структуру заданий и рекомендуемую продолжительность процесса тестирования для данной возрастной группы (40-60 мин), рекомендуемый тестологией оптимальный объем компьютерного теста должен составлять примерно 50-60 заданий.

2. Подавляющая часть тестовых заданий предъявляется тестируемому в вопросительной форме. Современная тестология настоятельно рекомендует применение конструкций с утвердительной формой заданий, так как ответы на вопросы могут быть многословны, неоднозначны и нести разную смысловую нагрузку.

3. В тестах содержатся задания, сформулированные небрежно, непродуманно, наспех, без опоры на элементарную логику. Примеры таких неудачных формулировок: «У больного с хроническим МММ обнаружен ННН на протяжении 0,8 см. Что Вы предпочтете?», «О каком заболевании в первую очередь должен подумать ХХХ-атр?», «Где происходит преимущественное всасывание ЕЕЕ-минов?», «С какими заболеваниями дифференцируют (заболевание) пациента, кроме:»

4. Формулировка вопросов страдает громоздкостью, пересыщена многочисленными словесными оборотами, затрудняющими осмысленное восприятие задания. Рекомендации практической тестологии здесь однозначны - формулировка задания должна быть максимально краткой (5-10 слов), четкой, однозначной, не допускается двусмысленности в ответе. Краткость обеспечивается тщательным подбором слов, символов, графиков, позволяющих минимумом средств добиваться ясности смысла содержания задания. Исключаются повторы, малопонятные, редко употребляемые слова. Приветствуются задания, содержащие не более одного придаточного предложения.

5. Количество вариантов ответов варьируется в интервале от 2 до 8. Оптимальное количество вариантов ответов должно составлять 5-7.

Репозиторий ГрГМУ

Задания с большим количеством вариантов ответов лишь механически усложняют выбор правильных

6. Преобладают, в основном, задания с выбором одного правильного задания. Тестология рекомендует задания с выбором двух и более вариантов ответов. Задания с выбором одного варианта из двух снижают объективность результатов тестирования.

7. Многие варианты ответов не равноценны, в заданиях отсутствуют ответы-дистракторы.

8. От тестирующегося скрыт механизм образования результирующего балла достижений.

9. Шрифтовое оформление заданий невыразительно, шрифт вопроса не отличается от шрифта вариантов ответов, в заданиях отсутствуют схемы и рисунки.

10.Многие задания содержат штампы и комуфляжные мемы («нет ни одного правильного ответа» или «все ответы неправильные»), которые снижают качество тестовых заданий.

МИР ЗАПАХОВ В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ПРОЗЕ А.П.ЧЕХОВА

Сушкевич Э.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель - доцент Н.А.Мишонкова

Как известно, запахи играют важную роль в идентификации разных реалий, в эмоциональном постижении мира, и обозначаются при помощи синестетических метафор.

Если зрение напрямую связано с сознанием, то обоняние с подсознанием, с ночной, потаённой стороной души.

Русская литература первой половины XIX в. была почти «безуханной». Во второй половине столетия круг обозначений запахов постепенно расширяется. И в произведениях А.П.Чехова одоротивная характеристика персонажа или предмета окончательно становится

Репозиторий ГрГМУ

основной составной частью художественного мира.

Обозначения запахов в художественном тексте – всегда средство выражения авторских оценок или оценок персонажа.

А.П.Чехов всегда максимально использовал возможности небольшого синонимического ряда наименований запахов. Исследователи отмечают, что « словарь запахов у Чехова обширен и включает несколько сотен наименований». Наиболее обширные группы составляют «пищевые» и «парфюмерные» запахи.

Одним из открытий А.П.Чехова стала последовательная передача запахов в рассказах о животных, со стороны именно этих персонажей.

Тот или иной запах служит в произведениях А.П.Чехова устойчивой характеристикой изображаемой среды, обстановки, социальной группы, отдельного персонажа.

Для рассказов А.П.Чехова характерно противопоставление запахов, присущих разным героям, и даже более сложный вариант – противопоставление запахов, относящихся к разным сюжетным ситуациям или композиционным частям картины.

Не менее значимым является факт отсутствия обозначений запахов в одной из композиционных частей произведения.

В прозе А.П.Чехова восприятие запаха всегда опирается не только на обонятельные ощущения, но и на воспоминания или эмоции с ним связанные.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что пространство произведений А.П.Чехова включает мир разнообразных запахов, которые связаны с выражением эмоциональных, эстетических или социальных оценок повествователя и персонажей. Запахи передают не только красоту, но и дисгармонию мира. Использование автором обонятельных обозначений является отражением особенности поэтики писателя.

Литература:

1. Ароматы и запахи в культуре. – М., 2003. Кн.2. – С.75.

Репозиторий ГрГМУ

2. Григорьева О. Н. Мир запахов в языке А.П.Чехова // Функциональные и семантические характеристики текста, высказывания, слова. – М., 2000. – С. 186.

3. Кожевникова Н. А. Предметная деталь и персонаж в рассказах А. П.Чехова // Персонаж и предметный мир в художественном произведении. – Сыктывкар, 1988. – С. 108.

4. Чехов А.П. Собр. соч.: В 12 т. – М., 1962.

5. Чудаков А. П. Поэтика А.П.Чехова. – М., 1971. – С.167.

СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИСТАМИНЕРГИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ МОЗГА КРЫСЫ ПРИ БЛОКАДЕ Н1 И Н2 РЕЦЕПТОРОВ

Таранцей М.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель- д.б.н., профессор С.М.Зиматкин

Цель исследования: изучение размеров и формы, а также активности ферментов гистаминергических нейронов мозга при блокаде Н1 и Н2 гистаминовых рецепторов. Исследование проведено на 20 крысах Вистар массой 180-220 г., которых разделили на три группы. Животным 1-й группы внутрибрюшинно вводили антагонист Н1 рецепторов мепирамин в дозе 10мг/кг, а 2-й группы- антагонист Н2 рецепторов ранитидин в дозе 10мг/кг. Контрольным животным вводили эквиобъёмное количество 0,9% раствора NaCl. Через 3 часа их забивали декапитацией. Быстро вскрывали черепную коробку, извлекали головной мозг и выделяли из него гипоталамус, который замораживали и хранили в жидком азоте. Криостатные срезы толщиной 20 μ окрашивали 0,1 % раствором толуидинового синего по Нисслю, а также гистохимически на выявление активности ферментов в цитоплазме перикарионов гистаминергических нейронов ядра Е2

Репозиторий ГрГМУ

гипоталамуса крыс. Выявляли активность дегидрогеназ сукцината, лактата, глюкозо-6-фосфата, восстановленных НАД и НАДФ, а также кислой фосфатазы и ключевого фермента метаболизма гистамина в мозге моноаминооксидазы типа Б (МАО Б). Полученные гистохимические препараты изучали и фотографировали с помощью микроскопа «Axioskop 2 plus» и цифровой видеокамеры высокого разрешения «AxioCam MRc 5» (Carl Zeiss, Германия). Количественную оценку размеров и формы перикарионов нейронов, а также активность ферментов в их цитоплазме производили с помощью Компьютерного анализатора изображения «Биоскан» (Беларусь). Полученные цифровые данные обрабатывали методами непараметрической статистики с использованием компьютерной программы « Statistica 6.0».

Результаты исследования показали, что блокада Н1и Н2 гистаминовых рецепторов приводит к однонаправленным структурно-метаболическим изменениям в гистаминергических нейронах гипоталамуса крыс. Обнаружено достоверное уменьшение размеров гистаминергических нейронов ядра Е2 гипоталамуса (максимального и минимального диаметров, периметра, площади и объёма перикарионов). При этом форма этих нейронов существенно не менялась. Активность основного фермента катаболизма гистамина МАО Б, маркерного фермента лизосом кислой фосфатазы и фермента анаэробного гликолиза лактатдегидрогеназы, значительно повышалась в цитоплазме гистаминергических нейронов гипоталамуса. Напротив, активность маркерного фермента митохондрий сукцинатдегидрогеназы и ферментов транспорта электронов НАДН- и, особенно, НАДФН-дегидрогеназ в цитоплазме этих нейронов значительно снизилась. Активность фермента пентозофосфатного пути, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы при этом не менялась. Таким образом, наблюдаются разнонаправленные изменения разных путей метаболизма гистаминергических нейронов. Полученные данные

Репозиторий ГрГМУ

свидетельствуют о значительных однонаправленных нарушениях структурно-метаболического состояния гистаминергических нейронов мозга в условиях блокады гистаминовых Н1 и Н2 рецепторов. Однако на основании этих данных нельзя однозначно заключить, активирована или угнетена функция гистаминергических нейронов мозга в условиях данного воздействия.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАКА ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ В Г. ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2002 ПО 2006 ГГ.

Стребкова Т. Н., Орехова Л. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель - к.м.н., ассистент И.Я.Лагодская

По данным ВОЗ в мире ежегодно возникает 680тыс. новых случаев рака желудка (РЖ). Несмотря на то, что в последние годы существует тенденция к уменьшению частоты РЖ, в большинстве стран по показателям заболеваемости и смертности РЖ прочно удерживает второе место среди онкологических заболеваний. К тому же настораживает то, что каждый 2-3 больной поступает в стационар в четвёртой стадии процесса и, не зависимо от характера лечения, в течение 5 лет после установления диагноза РЖ погибает до 85% больных. При этом выживаемость больных РЖ после оперативного лечения чаще не превышает 4-6 месяцев.

Целью данного исследования явился клинико-анатомический анализ наблюдений случаев смерти от РЖ по материалам г. Гродно и Гродненской области за период с 2002 по 2006 гг.

Материалами исследования явились карты качеств и протоколы вскрытий умерших от рака желудка за указанный период времени.

Характеристика РЖ по материалам г.Гродно и области за период с

Репозиторий ГрГМУ

2002 по 2006 гг.

	Признаки	Область	Гродно
1	Общее число умерших от РЖ	61	46
2	Возраст (преимущественно) - мужчины	70-79 лет – 9 сл	70-79 лет – 10 сл
	- женщины	70-79 лет –10 сл.	70-79 лет – 9 сл
3	Преимущественная локализация опухоли Антральный и пилорический отделы желудка	24 сл.	22 сл.
	Тело желудка	12 сл.	10сл.
4	Макроскопические формы опухоли Экзофитно-экспансивный рост	12 сл.	21сл.
	Эндофитный	22 сл.	20сл.
5	Гистологические формы Р.Ж. Аденокарцинома	28 сл.	16 сл.
	Недифференцированный рак	10 сл.	22 сл.
6	Наиболее частые осложнения: Кахексия	37 сл.	22 сл.
	Кровотечения из распадающейся опухоли	11 сл.	3 сл.
	Пневмония	10 сл.	6 сл.

Таким образом, сравнительный клинико-анатомический анализ РЖ у жителей Гродненской области и г. Гродно по данным аутопсий свидетельствует:

Репозиторий ГрГМУ

1. о совпадении возрастных групп умерших в городе и районе;

2. наиболее часто встречаемым осложнением является кахексия;

3. преобладающей гистологической формой является аденокарцинома;

4. данной патологией чаще болеют мужчины, чем женщины.

Литература:

1. Correa P., Chen V. W. Gastric cancer // Cancer Surveys. – 1994. – V. 20. – P. 55 – 76.

2. Слинчак С. М. Рак желудка.- Киев: Здоров'я, 1985г.- 200с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛОГРАММ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ

Тарасик А.О.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель - доцент кафедры детской хирургии БГМУ Ю.Г.Дегтярев

Печень играет ключевую роль в регуляции гемостаза. Это наглядно демонстрируется у детей, родившихся с атрезией вне и внутрипеченочных желчных протоков. В Центре детской хирургии с 1970 по 2005 годы находилось на лечении 48 детей с атрезией вне- и внутрипеченочных желчных протоков. Возраст пациентов был в интервале от 30 до 120 дней (4 месяцев). На момент поступления больных им было: от 5 до 8 недель- 9 детям, от 9 до 12 недель- 18 детям, от 13 до 18 недель- 12 детям и от 19 до 20 недель-9 больным.

Проведена сравнительная оценка показателей коагулограмм 15 здоровых новорожденных детей (дети, поступившие для плановых хирургических операций) и 12 детей с атрезией вне и внутрипеченочных желчных ходов.

Определялись такие показатели, как общее количество тромбоцитов, время свертывания по Ли-Уайту, АПТВ, протромбиновое

Репозиторий ГрГМУ

время, тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, тромбиновое время, фибриноген А, фибриноген В, спонтанный фибринолиз, гематокрит, проводился этаноловый и протаминсульфатный тест.

Количество тромбоцитов, фибриноген А и В, были значительно ниже, чем у здоровых детей ($p<0,005$), отражая уменьшенную синтетическую функцию печени. Тромбиновое время было выше у детей с атрезией желчных ходов.

Из этого следует, что врожденная патология печени влечет за собой расстройства гемостаза, включая уменьшенное производство факторов свертывающей системы крови, тромбоцитопению, дисфункцию тромбоцитов, и увеличение фибринолитической активности.

У этих детей высока вероятность развития ДВС синдрома из-за их слаборазвитой ретикулоэндотелиальной системы и их предрасположенности к развитию ацидоза, гипотермии, гипоксии, и шоку. Часто причиной смерти является кровотечение - результат внутрисосудистой коагуляции и уменьшенного синтеза факторов свертывающей системы крови печенью.

БЕТАКСАЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Тарасов В.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Г.М.Варнакова

В многочисленных рандомизированных исследованиях начала 90-х годов была доказана ведущая роль β-адреноблокаторов в лечении больных АГ. Международные экспертные организации (2003 г.) относят их к препаратам первой линии в связи со способностью снижать общую летальность на 31%, риск внезапной смерти на 41%, а также благодаря

Репозиторий ГрГМУ

протекторному действию в отношении частоты возникновения инсультов и инфарктов миокарда.

Идеальный β-адреноблокатор должен обладать высокой кардиоселективностью для уменьшения риска побочных эффектов, высокой биодоступностью, длительным периодом полувыведения, способностью снижать суточную вариабельность АД, хорошей переносимостью и улучшением качества жизни. Этим свойствам соответствует бетаксалол.

Нами было проведено клиническое исследование гипотензивного эффекта бетаксалола производства французской фирмы Sanofi-synthelabo – локрена у 10 больных умеренной АГ. Средний возраст обследованных составил 52,6±5,83 лет, 8 женщин и 2 мужчин. Длительность заболевания – 11,5±4,5 лет. В исследование не включали больных с проявлениями синдрома слабости синусового узла, с ЧСС < 55 ударов в мин., а также больных с признаками выраженной сердечной недостаточности. До начала приема локрена у пациентов определяли уровень глюкозы, холестерина, триглицеридов, β-липопротеидов, мочевины и ионограмму в крови, проводили эхо-кардиографическое исследование, оценивали показатели центральной гемодинамики. Для исследования отбирали больных с гиперкинетическим типом гемодинамики, не лечившихся ранее или принимавших гипотензивную терапию с недостаточным контролем АД. Локрен назначался в качестве монотерапии в суточной дозе 10 или 20 мг однократно через 3 дня после отмены других гипотензивных средств. Контроль уровня АД и ЧСС в соответствии с протоколом исследования осуществляли в 1, 7 и 28 день от начала лечения.

Систолическое АД (САД) до лечения составило 170,6±7,5 мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) – 105,4±4,6 мм рт. ст. Эффективность локрена считали хорошей в случае достижения целевого АД ниже 140/90 мм рт. ст.; удовлетворительной – при снижении АД на 10% и более по сравнению с исходным, и неудовлетворительной – при

Репозиторий ГрГМУ

снижении АД менее чем на 10%.

При анализе результатов установлено, что уже на 7-ой день приема препарата у 8 больных АД достигло целевого значения и сохранялось таким до конца исследования. У 2 пациентов на 7-ые сутки эффект был оценен как удовлетворительный, а после увеличения дозы локрена до 20 мг на 28-й день зафиксированы целевые цифры АД. У всех наблюдаемых больных отмечалось уменьшение ЧСС в процессе исследования. Переносимость локрена была хорошей. Случаев необходимости в отмене препарата не было. При возникновении выраженной брадикардии к лечению добавляли капли Зеленина.

Таким образом, монотерапия локреном в суточных дозах 10 и 20 мг у больных умеренной АГ с гиперкинетическим типом гемодинамики позволяет быстро получить достоверное гипотензивное действие, эффективно контролировать АД и хорошо переносится больными.

ИНТЕРНЕТ КАК ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ И ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ КИБЕР-ЗАВИСИМОСТИ

Тариков А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., проф. Л.И.Лукьянова

Одним из основных элементов культуры современного человека выступают его знания и умения работы на компьютере, участие в Интернет проектах глобальной сети. Данные измерений Интернет–аудитории свидетельствуют о том, что на 2000 год компьютерные технологии на постсоветском пространстве освоили до 5 % взрослого городского населения, почти 10 % молодежи и около 15 % в подростковой среде имеют навыки их использования [1,с.3]. Число пользователей Интернет удваивается каждый год. Компьютер, таким образом, превращается в универсальное средство повседневной жизни и профессиональной деятельности.

Репозиторий ГрГМУ

Бурное развитие информационных сетей в последние годы кардинально изменило образ жизни миллионов людей. Возникли такие понятия, как информационное общество и киберпространство. Лучшую характеристику киберпространства даёт его Декларация Независимости: «Киберпространство лежит вне ваших границ. Не думайте, что вы можете построить его, как если бы оно было объектом государственного строительства… Мы устанавливаем свой собственный Общественный Договор… Киберпространство состоит из взаимодействий и отношений, мыслит и выстраивает себя подобно стоячей волне в сплетении наших коммуникаций. Наш мир одновременно везде и негде, но не там где живут наши тела… Ваши правовые понятия собственности, выражения, личности, передвижения и контекста к нам неприложимы. Они основаны на материи – здесь материи нет. Наши личности не имеют тел, поэтому в отличие от вас, мы не можем достичь порядка посредствам физического принуждения» [2].

Рассматривая на этом фоне воздействие Интернет на современного человека, не следует упускать из виду как «плюсы», так и «минусы» пользования глобальной сетью.

Одним из наиболее серьезных негативных последствий пользования Интернет является формирование Интернет – зависимости, т.н. «addiction». В психологии под «зависимостью» понимают навязчивое желание войти в Интернет, и неспособность из него выйти.

Основными симптомами зависимости являются:

1. чрезмерное время, проводимое в сети;
2. увеличивающееся беспокойство при нахождении в реальном мире;
3. ложь или скрытие количества времени, проведенного в киберпространстве;
4. вялое функционирование в реальном мире.

Репозиторий ГрГМУ

Все перечисленное доказывает, что злоупотребление Интернет ведет к социальной изоляции, увеличивающейся депрессии, распаду семьи, неудачам в учебе, работе и в конечном итоге к десоциализации и девиации.

Сегодня все более становится ясно, что необходима разработка предохранительных программ, препятствующих формированию кибер - зависимых людей. А поскольку большая часть Интернет - зависимых преимущественно пользуются теми аспектами Интернет, которые позволяют им социализироваться в виртуальном пространстве, то эффективным является переключение внимания человека на его семью или обучение различным социальным навыкам.

Литература:

1. Проблемы преодоления «цифрового неравенства» в России и странах СНГ. Материалы международного семинара. М, 2000.

2. Декларация независимости киберпространства. http // www.tora.ru./ Koi/ nn.htm.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Татун Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Женский организм, как известно, чрезвычайно лабилен и легко приспосабливается к любым физиологическим изменениям и воздействиям из вне. Большинство женщин весь период беременности чувствуют себя удовлетворительно и никаких негативных реакций не наблюдается. Но существует группа женщин, у которых во время беременности и после родов наблюдаются изменения со стороны нервной системы.

Весь период беременности мать и младенец составляют единое целое. Природа позаботилась о том, чтобы минимально уменьшить воздействие внешних неприятностей на ребенка, наделив женщину

Репозиторий ГрГМУ

умением защищать и оберегать маленького человечка. Все это гарантирует малышу безопасность и выживание в первые недели жизни, но для матери тяжесть ответственности может проявиться в виде послеродовой депрессии. Фоном для развития такого состояния является физическая ослабленность и гормональная перестройка организма. Женщина становится плаксивой, тревожной, раздражительной; она не может сама изменить свое плохое настроение, быть спокойной и деловитой. Парадоксальным является то, что после родов должны наступить ожидаемая радость и облегчение, а у женщины возникают ощущения изолированности и одиночества.

Ведущим психопатологическим синдромом послеродового периода является депрессивный. По данным литературы, существуют определенные факторы развития послеродовой депрессии: социодемографические, биологические, акушерские и психологические. Наиболее значимыми являются биологические и акушерские (предменструальный синдром в анамнезе, первородящие, вид родоразрешения, акушерские осложнения, срок выписки из роддома). Все это можно проследить сразу после родов и на этом можно предположить о развитии послеродовой депрессии. Но медперсонал забывает о других, не менее значимых факторах. Речь идет о демографических и психологических факторах. Ведь уже на первом приеме у акушера-гинеколога при сборе социального анамнеза и психологической характеристике личности можно предопределить фон для развития послеродовой депрессии. Начиная с семейного положения, можно уже установить то, что женщины, не состоящие в браке, больше подвержены стрессу. Исследование характера семейных отношений (супружеские разногласия до и после рождения ребенка, большая возрастная разница) позволяет выявить часть предпосылок развития депрессии. Даже низкий уровень социальной поддержки ведет к неблагоприятному эффекту. К внутреннему

Репозиторий ГрГМУ

конфликту приводит нежеланная беременность, высокая частота негативных событий, особенно в период беременности и родов. Стресс может возникнуть с постоянными мыслями об уходе за будущим ребенком, с необходимостью изменения привычного образа и стиля жизни и поведения женщины после родов.

Исходя из вышесказанного, выявляется потенциальная проблема отсутствия изучения в полном объеме социодемографических и психологических факторов, предрасполагающих к возникновению депрессивного послеродового синдрома. Тщательная и постоянная беседа с женщиной, выявление потенциальных и существующих проблем по вопросам беременности, родов, будущего ребенка и ухода за ним позволяют снизить риск развития депрессии. Необходимо составить индивидуальный план ухода за женщиной с четкой ориентацией на существующие и потенциальные проблемы. Предстрессовое состояние можно снять с помощью беседы, в процессе которой необходимо выражать готовность разделять тревогу женщины, объяснять волнующие ее вопросы.

По данным наблюдений социологов в настоящее время в условиях современного общества стрессовому состоянию подвержено большое количество людей. Это связано с наличием огромного потока информации, с постоянным техническим прогрессом, которые приводят к истощению организма как в психоэмоциональном, так и в физическом плане. На сегодняшний день проблема стресса и депрессии остается актуальной, только бдительность, внимательность, своевременная и адекватная помощь врачей, среднего медперсонала является залогом здоровья будущих мам, их детей и всего населения в целом.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Твердая Г.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Репозиторий ГрГМУ

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

Нами проанализированы (путем анкетирования) особенности питания 56 детей в возрасте до 1 года из группы риска по развитию аллергических болезней. У 48,4% детей это было обусловлено наличием аллергического заболевания у матери (нейродермит, бронхиальная астма, контактный дерматит).

На грудном вскармливании находились 48,7% детей, на смешанном – 30,3%, на искусственном – 21%. Таким образом, 51,3% детей получали заменители грудного молока в качестве докорма или основного питания. 83,4% пациентов получали смеси на основе коровьего молока.

Анализ сроков введения фруктового сока и пюре показал, что 33,4% детей впервые получили эти блюда ранее 3-х месяцев. Овощное пюре дети начинали получать в возрасте 5,7±0,5 месяцев. В состав блюда наиболее часто включались картофель (49%), кабачок (21%), тыква (9%), капуста (8%), морковь (13%).

Каши вводились в питание детей в возрасте 6,6±1,2 месяца. Среди круп преобладали: овес (40%), гречка (37%), рис (20%), манная крупа (2,5%), кукуруза (0,5%).

Яичный желток получали 19 детей, средний возраст введения составили 4,5±0,3 месяца.

Смеси для вскармливания вводились по рекомендациям: участкового педиатра (70,2%), знакомых (16%), работников магазинов или аптек (14%).

При введении блюд прикорма и корригирующих добавок рекомендациями участкового педиатра пользовались 62% респондентов, советами родственников и знакомых – 15%, литературными источниками по детскому питанию – 45%, информацией на этикетках продуктов для детского питания – 27%. 11,2% родителей никогда не обращались к педиатру за рекомендациями по вопросам

Репозиторий ГрГМУ

питания своего ребенка.

Таким образом, проведенное исследование диктует настоятельную необходимость в расширении санпросветработы в семьях детей из групп риска по аллергическим болезням, создание сети образовательных школ для родителей по вопросам рационального вскармливания.

ТОКСИКОМАНИЯ – ЛОВУШКА ДЛЯ МОЛОДЕЖИ

Тимофеева Н.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

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

Токсикомания – систематическое или постоянное употребление тех веществ, которые не включены в список наркотиков, но в большинстве случаев вызывают те же колебания реактивности организма, что и наркотики, т.е. изменяют выносливость, вызывают психическую, физическую зависимость.

Среди токсикоманических средств большое место занимают различные нелекарственные вещества, применяемые в быту и на производстве. Это всевозможные растворители, очистители, нитрокраски, лаки и другие промышленные жидкости.

Конечно, немало времени было потеряно, но за последние несколько лет борьба с токсикоманией стала более действенной, и это позволяет более оптимистично смотреть на проблему в целом. Несмотря на это, продолжает расти число несовершеннолетних, совершивших преступление, связанное с токсикоманией.

Пристрастие к токсикоманическим средствам формируется в юном возрасте в 6-8 раз быстрее, чем у взрослых. Чем моложе организм, тем для него страшнее последствия употребления токсических средств. Система защиты от ядов у детей и подростков еще не сформирована. У подростка значительно ниже сопротивляемость организма, чем у

Репозиторий ГрГМУ

взрослого, и быстрее наступает привыкание.

Токсикомания подростков тесно сопряжена с известной реакцией группирования. Среди несовершеннолетних токсикоманов более 40%, как правило, нигде не работают и не учатся. Получается замкнутый круг: приобщаются к группе токсикоманов, потому что ничем не заняты, а, став токсикоманами, не могут ни работать, ни учиться, потому что быстро разрушаются здоровье, психика и социальные установки.

Токсикомании, вызванные вдыханием паров некоторых ароматических углеводородов, содержащихся в различных препаратах бытовой химии промышленного производства, наиболее распространены среди подростков 12-17 лет, поскольку в этом возрасте быстро изменяется реактивность организма, нарастает толерантность, формируется психическая зависимость. Непосредственной мотивацией вдыхания токсических паров являются пассивное подражание товарищам, крайняя незрелость психики таких подростков, повышенная внушаемость вследствие инфантилизма. Среди “нюхальщиков” преобладают примитивные личности с ограниченными интересами, у многих выявляются симптомы органического поражения центральной нервной системы.

Психическая зависимость проявляется в неотступных мыслях о действии токсикоманического средства, в оживлении подростка при расспросах у него о состоянии эйфории, которая в реальности возникает далеко не всегда, или вообще при разговорах о химикатах. Вне опьянения у них возникает чувство неудовлетворенности, тоски, скуки, одиночества, что усиливает потребность уйти в мир искусственных грез.

Содержание галлюцинаций и иллюзий определяет поведение токсикомана, если не наступает оцепенения, и его эмоции. После прекращения вдыхания токсических паров галлюцинации быстро проходят, во рту остается неприятный специфический привкус, кожные покровы бледные, с синевой под глазами. Несмотря на все неприятные

Репозиторий ГрГМУ

ощущения, появляется желание повторить наркотизацию. Спустя 3-4 месяца обнаруживаются все признаки токсикомании, проявляющиеся в поведении.

Много говорят о том, что подростку и юноше надо интересно жить, и тогда из него не получится ни токсикомана, ни наркомана, ни алкоголика. Но как это сделать – остается тайной. К токсикомании как раз и тянутся в поисках «интересной» жизни.

Не нужно быть хорошим психологом для того, чтобы уметь выявить группы риска потенциально склонных к токсикомании. Это может сделать любой взрослый.

СЦИНТИГРАФИЯ МИОКАРДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ^{99m}ТсПИРОФОСФАТА ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Титова Л.С., Титова Т.С., Нестеров Д.В.

ГОУ ВПО Белгородский государственный университет, г. Белгород, Россия

Кафедра медико-биологических дисциплин

Научный руководитель - к.м.н., доцент В.Г.Нестеров

Благодаря высокой информативности и неинвазивности сцинтиграфии сердца количество таких процедур в Европе удваивается каждые 5 лет, значительно опережая динамику роста числа других исследований в кардиологии.

^{99M}Тс пирофосфат (^{99M} Тс-ПФ) используется при позитивной сцинтиграфии очаговой ишемии миокарда. Однако использование этого радиофармпрепарата (РФП) при диагностики диффузных изменений сердечной мышцы и при сердечной недостаточности встречается крайне редко. У онкологических больных сцинтиграфия костей с введением ^{99M} Тс-ПФ одна из самых часто используемых методик, однако исследование состояния сердца при этом, как правило, не проводится.

Репозиторий ГрГМУ

Цель работы. Изучение миокардиального поглощения ^{99м}Тс-ПФ в процессе лечения онкологических больных с наличием ранних форм сердечной недостаточности.

Материал и методы. Обследовано 117 онкологических больных. Из них 78 женщин и 39 мужчин с сердечной недостаточностью I-II ФК (классификация NYHA) до и после противоопухолевого лечения. Сцинтиграфию сердца проводили через 120 минут после внутривенного введения 400-500 МБк ^{99м}Тс-ПФ («Изотоп», Россия) на гамма-камере («MB-9100», Венгрия). Исследование миокарда проходило в рамках комплексного радионуклидного излучения фармакокинетики ^{99м}Тс-ПФ, включавшего статическую сцинтиграфию костей и тестирование фильтрационной активности почек.

Результаты. При проведении исследований обнаружено, что до проведения специфического лечения ни у одного больного не была отмечена гиперфиксация РФП.

После окончания лечения у 29 больных (24,7%) отмечена диффузная гиперфиксация ^{99м}Тс-ПФ в области сердца. Полученные результаты показали, что противоопухолевое лечение оказывает повреждающее действие на сердечную мышцу.

Вывод. Сцинтиграфия по ^{99м}Тс-ПФ может быть использована для диагностики повреждения миокарда и своевременной коррекции проводимого лечения с целью профилактики дистрофических изменений в сердечной мышце.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ У ЖЕНЩИН

Титок О.В., Корончик Ю.В., Сидорчук О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель - д.м.н., доцент М.В.Кажина

Репозиторий ГрГМУ

Актуальность темы связана с увеличением в популяции РБ женщин старшей возрастной группы. Известно, что многие урогинекологические нарушения имеют возрастные прямые корреляционные взаимоотношения. Нами начато эпидемиологическое статистическое исследование, ставящее своей целью выявление частоты и структуры урогинекологических расстройств у женщин г. Гродно и области в возрасте старше 50 лет. Для реализации этой задачи нами была разработана анкета, состоящая из 75 пунктов, учитывающих основные индуцирующие урогинекологические нарушения факторы.

Материалы и методы, результаты. Проанкетировано 96 женщин, средний возраст которых составил 56 лет. 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 аборты - у 66.7% опрошенных. При родах имелись разрывы: шейки матки - 24.7%, влагалища - 22.2%, промежности - 24.7%. Эпизиотомия выполнена у 19.8% женщин. Экстрагенитальную патологию со стороны различных систем организма имеют: сердечно-сосудистая система - 59.3%, пищеварительная - 51.9%, дыхательная - 20%, эндокринная - 20%, нервная - 11%, мочевыделительная система - 20%, варикозная болезнь нижних конечностей - 48.1%, грыжи живота - 11%, травмы спинного мозга - 9%, сахарный диабет - 5.5%. Генитальная патология: 60.5% - эрозия шейки матки, 30.9% - миома матки, 18.5% - опущение (выпадение) матки -18.5%, кисты - 19.8%, воспалительные процессы - 18.5%. 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

Репозиторий ГрГМУ

контактах -13% опрошенных. Мочеиспускание более шести раз за день отметили 39.5%, более одного раза за ночь - 44.4% опрошенных. Внезапный настоятельный позыв на мочеиспускание бывает у 22.2% женщин. Недержание мочи отметили 66.6% исследуемых, из них при физической нагрузке - 42.6%; во время смеха, кашля, чихания - 66.6%; в горизонтальном положении - 9.3%; при смене положения тела - 13%; при звуке льющейся воды - 53.7%. Произвольно могут остановить начавшееся истечение мочи 81.5%, не могут остановить -18.5% обследованных. Выделение мочи в небольшом количестве при начавшемся недержании отметили 85.2%, обильное - 14.8% пациенток. К врачу с проблемой недержания мочи обратились 13% проанкетированных, имеющих данное расстройство, и получили различное лечение.

Выводы. Данное исследование продолжается. Из полученных результатов можно сделать заключение о наличии урогинекологических расстройств у 70% женщин в перименопаузе. Частота, значимость, распространенность урогинекологических расстройств требует дальнейшего углубленного изучения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДЕТРУЗИТОЛ» У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРРЕАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

Титок О.В., Корончик Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – д.м.н., доцент М.В. Кажина

Объект исследования: 12 женщин в возрасте старше 40 лет с клиническими проявлениями гиперреактивного мочевого пузыря.

Цель исследования: оценить эффективность препарата «Детрузитол» на основании данных дневников мочеиспускания.

Дневники заполнялись до лечения, во время лечения и после отмены препарата. Минимальный срок лечения – 3 недели. Данные

Репозиторий ГрГМУ

дневников, заполненных после отмены препарата, позволили оценить степень сохранения клинического эффекта препарата.

В каждом случае оценивалось:

1. Средний суточный объем мочи.

2. Средний разовый объем мочи.

3. Среднее количество мочеиспусканий в сутки.

4. Среднее количество императивных позывов в сутки.

5. Временной промежуток максимальной активности мочеиспускания.

6.Среднее время первого и последнего мочеиспускания в сутки.

Полученные данные отображены в таблице:

Симптомы	До лечения	Во время лечения	После отмены препарата
Средний суточный объем мочи (мл)	1140	1060	1310
Средний разовый объем мочи (мл)	155.5	210	177
Среднее количество мочеиспусканий в сутки.	7.3	5.05	7.4
Среднее количество императивных позывов в сутки.	2.3	___	___
Временной промежуток максимальной активности мочеиспускания.	6.00 – 10.00	6.00-10.00	18.00-22.00
Среднее время первого и последнего мочеиспускания в сутки.	6.10 21.00	7.00 21.35	7.00 19.10

Выводы: 1. Препарат «Детрузитол» обладает высокой эффективностью в терапии гиперреактивного мочевого пузыря.

2. Уменьшается количество мочеиспусканий в сутки.

Репозиторий ГрГМУ

3. Увеличивается разовый объем мочи.

4. Устраняются императивные позывы на мочеиспускание.

5. После отмены препарата сохраняются некоторые положительные эффекты.

ЛЕЧЕНИЕ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ МЕДИКАМЕНТОЗНО-ЛАЗЕРНЫ МЕТОДОМ.

Тишин А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Т.А.Виноградова

Внегоспитальная пневмония относится к наиболее распространенным острым инфекционным заболеваниям, количество дней нетрудоспособности при котором в два раза больше, чем при болезнях сердца и сосудов, и в три раза, чем при заболеваниях органов пищеварения, несчастных случаях и травмах. Рост заболеваемости населения, изменение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, усиление аллергизации населения, тенденция к более тяжелому течению пневмонии обусловливает поиск новых, комбинированных методов лечения и реабилитации.

Двухцветная комбинированная лазеротерапии вызывает болеутоляющий эффект, подавляет экссудативную и инфильтративную реакцию, оказывает бактерицидное действие и предупреждает развитие тканевого фиброза, а так же оптимизирует и потенцирует действие гепарина, который активизирует микроциркуляцию и метаболические процессы в тканях, ускоряет репаративные и противовоспалительные реакции.

Целью работы явилось изучение эффективности применения двухцветной комбинированной лазеротерапии в сочетании с гепарином в комплексном лечении больных с пневмонией.

Исследование проводилось у 14 больных (8 мужчин и 6 женщин)

Репозиторий ГрГМУ

внегоспитальной пневмонией, клинически проявляющейся кашлем с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышкой, болью в грудной клетке при дыхании и интоксикационным синдромом. Клинические данные подтверждались наличием инфильтрации в пределах одной доли на прямой и боковой рентгенограммах.

Больные были разделены на две группы по 7 человек. Средний возраст составил 37,41 ± 2,18 года.

Первая группа больных получала традиционное лечение пневмонии (антибактериальная, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия). Больным второй группы на фоне медикаментозной терапии проводилась двухцветная комбинированная лазеротерапия в сочетании с гепарином по следующей методике: в проекции воспалительного инфильтрата подкожно вводили 5000 ЕД гепарина с последующим применением комбинированной лазеротерапии с помощью аппарата «Родник 1» по схеме:

1. воздействие на данную область синим лазером 3 – 5 минут;
2. пауза 3 минуты;
3. воздействие на данную область красным лазером 3 – 5 минут;

Курс лечения 8 процедур.

При сравнении результатов лабораторных и инструментальных показателей больных 1 и 2 групп установлено: достоверных различий в скорости уменьшения СОЭ и лейкоцитоза не получено. На 3 сутки лечения улучшение отмечали 86% пациентов 2 группы и 57% пациентов 1 группы. Кроме того, на контрольной рентгенограмме, проводившейся на 10 сутки, остаточные изменения (инфильтрация, усиление легочного рисунка) наблюдались только у 14% пациентов 2 группы, а у пациентов 1 группы данные изменения наблюдались в 28% случаев.

Таким образом, комплексное лечение внегоспитальной пневмонии методом лазеротерапии в комбинации с гепарином позволяет уменьшить длительность пребывания больных в стационаре.

Репозиторий ГрГМУ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ АРТЕРИЙ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА

Токунов В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н. профессор Н.Н.Иоскевич

Целью настоящего исследования явился анализ результатов реконструктивных артериальных операций при атеросклеротическом поражении артерий бедренно-подколенной области у лиц пожилого и старческого возраста.

Под нашим наблюдением находилось 62 больных пожилого и старческого возраста мужского пола и 27 больных среднего возраста с облитерирующим атеросклерозом, перенесшие бедренно-подколенное шунтирование реверсированной аутовеной под перидуральной анестезией. Алгоритм обследования пациентов включал выполнение ангиографии, допплерографии, изучение прооксидантно-антиоксидантного состояния плазмы крови полученной из подкожной вены тыла стопы (диеновые конъюгаты, оснований Шиффа, α-токоферол, β-каротин). Обработка полученных данных проводилась с использование программ EXEL и STATISTIC. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц.

Установлено, что у лиц пожилого и старческого возраста отмечается более выраженный кальциноз общей бедренной артерии и диффузное поражение артерий дистального артериального русла. В послеоперационном периоде у 14,5% (9 чел.) больных развились послеоперационные осложнения, в том числе специфические у 8,1% (5 чел.), неспецифические – у 6,4% (4 чел.). Послеоперационная летальность составила 8,1% (5 чел.). Ее наличие было связано с

Репозиторий ГрГМУ

прогрессированием имеющейся хронической общесоматической патологии. Послеоперационных осложнений и летальности у лиц среднего возраста отмечено не было. Положительные результаты реконструктивных артериальных операций в ближайшем послеоперационном периоде были получены у 80,6%(50 чел.) больных пожилого и старческого возраста и у 96,3% (26) больных среднего возраста. Кумулятивная проходимость аутовенозных шунтов составила через 3 года с момента выполнения реконструктивной артериальной операции 56,2% и 67,3%, через 5 лет – 48,2% и 59,4%, через 10 лет – 18,1% и 30,4% соответственно. Одновременно у лиц пожилого и старческого возраста показатели перекисного окисления липидов на 20% превышают их значения у лиц среднего возраста. В то же время, показатели антиоксидантной системы у них, по сравнению с лицами среднего возраста, оказывались сниженными на 25-30%. После восстановления артериального кровотока в перенесших ишемию нижних конечностях во всех возрастных группах прооксидантно-антиоксидантное равновесие смещается в сторону преобладания процессов ПОЛ, но с более выраженными сдвигами у лиц пожилого и старческого возраста.

Следовательно, факторами, влияющими на отдаленные результаты реконструктивных артериальных операций при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей у гериартрических больных, являются исходная стадия ХАН кровообращения в нижних конечностях, интенсивность течения в организме атеросклеротического процесса, травматичность артериальной реконструкции, летальность от сопутствующей общесоматической патологии, регулярность прохождения курсов поддерживающей послеоперационной терапии. Кроме того, установленные закономерности в изменении прооксидантно-антиоксидантного равновесия плазмы крови предполагают разработку способов его коррекции, направленных на снижение интенсификации

Репозиторий ГрГМУ

пероксидации липидов.

ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЕ КОНФЛИКТЫ И ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Толкач Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Пациенты с соматизированым расстройством представляют сложную категорию больных как в терапевтическом, так и в диагностическом плане. Изучение соматизированного расстройства связано с тем, что в последнее время эта проблема становится все более актуальной в связи с увеличением количества таких пациентов, а также в связи с трудностью выбора специалиста, который должен заниматься лечением данного расстройства из-за сложности выделения основного симптома и диагноза в массе соматических и психологических жалоб.

Целью настоящего исследования являлось изучение межличностного взаимодействия у пациентов с соматизированным расстройством для разработки психотерапевтических мероприятий в их лечении. В психосоматическом отделении 3-й городской больницы г. Гродно было обследовано 22 пациента с диагнозом соматизированное расстройство.В исследовании участвовало 2 мужчин и 19 женщин в возрасте от 22 до 59 лет. В качестве метода исследования использовался опросник межличностных отношений Лири. С помощью метода главных компонентов была проведена классификация полученных оценок по октантам. В результате было выделено 4 фактора. Первый фактор отражает внутриличностный конфликт между желанием доминировать и быть зависимым и пассивным (отображает черты 5 и 6 октантов и отрицательные нагрузки по 1 октанту). Второй фактор—это внутриличностный конфликт между наличием агрессии к

Репозиторий ГрГМУ

миру и выраженной пассивной враждебностью. Выраженная пассивная враждебность является формой выражения агрессии к миру (положительно связан с 4 октантом, отрицательно с 3 октантом) . Третий фактор отражает гиперсоциальную аффилиацию, которая характеризуется выраженной направленностью на социальное признание. Показывает гиперкомпенсаторное стремление выглядеть в социально позитивном свете, скрывать свои недостатки, связанные с враждебностью и агрессией по отношению к миру. Четвертый фактор— фактор независимости, который совершенно не выражен у пациентов с соматизированным расстройством, что говорит о выраженном зависимом поведении этих пациентов (не выражен 2 октант).

Далее была проведена оценка выраженности данных факторов в группе испытуемых. Таким образом, можно сделать вывод, что пациенты с соматизированным расстройством характеризуются следующими особенностями межличностного взаимодействия: пассивностью, зависимостью, неуверенностью в себе, пассивной враждебностью, недоверием к миру, в основе которого лежит скрытая агрессия с выраженными внешними атрибутами позитивного отношения к окружающим и дружелюбием.

КАКИЕ ДЕТИ БОЛЕЮТ ОРВИ, ПНЕВМОНИЕЙ И КАК ИХ ЛЕЧАТ?

Толкина В.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

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

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) – один из самых распространенных видов инфекционно-воспалительных заболеваний детского возраста. Они во многом определяют показатели заболеваемости, и даже смертности детей, особенно раннего возраста.

Проведен собственный анализ, какие дети болеют ОРВИ, пневмонией и как их лечат в амбулаторных условиях и стационаре.

Репозиторий ГрГМУ

При анализе данных массы тела ребенка при рождении, в стационар чаще поступают дети, родившиеся с массой тела до 3 (55%) кг, а на амбулаторное лечение дети, масса тела которых при рождении составляла от 3-4 (71%) кг. На момент заболевания физическое развитие на догоспитальном этапе оценить не удалось, т.к. нет данных о массе тела и длине тела ребенка, кроме детей первого года жизни. По стационару данные о физическом развитии свидетельствуют о том, что чаще болеют дети со средним и высоким развитием. Особенно это прослеживается в возрастной группе с 8 до 15 лет (среднее физическое развитие у 40% и высокое у 50% детей). Оценены условия проживания ребенка и получены данные, свидетельствующие о том, что чаще болеют дети, проживающие в общежитии, как по данным поликлиники, так и по стационару.

Характер вскармливания также оказывает влияние на частоту заболевания и поступление ребенка в стационар. Так, на естественном вскармливании в поликлинике 19% детей, на искусственном 81%, в стационаре на естественном 9% и 91% на искусственном.

Дети в возрасте 4-7 лет, посещающие дошкольное учреждение, поступают в стационар и обращаются за помощью в поликлинику чаще, чем дети других возрастных групп (соответственно 78% и 84%). Нами проанализирована группа часто болеющих детей. Данные свидетельствуют о том, что поступили в стационар или находились на амбулаторном лечении дети всех возрастных групп независимо от частоты заболевания [1].

На первое место среди сопутствующих заболеваний у детей всех возрастных групп выходит патология ЛОР-органов (56-86% по поликлинике, 60-66% по стационару): рецидивирующие отиты, синуситы, фарингиты, бронхиты.

Одной из задач нашего исследования было проанализировать показания к назначению антибактериальной терапии при острой респираторной инфекции и пневмонии у детей. Мы также оценивали

Репозиторий ГрГМУ

выбор и длительность антибактериальной терапии. Наши данные свидетельствуют о том, что препаратом выбора в амбулаторном звене детям всех возрастных групп были назначены препараты пенициллинового ряда, как при заболеваниях верхнего, так и нижнего отдела респираторного тракта. По стационару препаратом выбора при заболеваниях верхнего отдела респираторного тракта были также препараты пенициллинового ряда, а при заболеваниях нижних дыхательных путей препаратами выбора были цефалоспорины и макролиды во всех возрастных группах [2].

При анализе динамики наблюдения за ребенком в условиях поликлиники выявлено, что, чем старше ребенок, тем меньше врачебных дневников в его выздоровлении, что является показателем отсутствия динамического наблюдения за ребенком во время заболевания.

Анализ пребывания детей на стационарном лечении показал, что, чем моложе ребенок, тем чаще родители забирают его под расписку, что свидетельствует о недостатке в организации условий пребывания ребенка в стационаре.

Литература:

1. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным заболеваниям у детей. – М.: Гэотар-мед, 1998.

2. Богомольский М.Р., Чистякова Н.П. Детская оториноларингология. – М.: Гэотар-мед, 2001. – С. 431.

ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Томащик Т.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Данное исследование посвящено изучению механизмов

Репозиторий ГрГМУ

психологической защиты и копинг-стратегий у пациентов с артериальной гипертензией в связи с тем , что этот вопрос в настоящее время не достаточно изучен. Целью нашего исследования являлось изучение особенностей психологической адаптации пациентов с артериальной гипертензией.

В исследовании участвовало 40 человек с артериальной гипертензией 1 и 2 ст. без осложнений и сопутствующей хронической патологии. Исследование проводилось с помощью методики «Индекс жизненного стиля» и опросника Лазаруса. Методика «Индекс жизненного стиля» использовался для изучения механизмов психологической защиты , опросник Лазаруса использовался для изучения копинг-стратегий.

Наиболее выраженными механизмами психологической защиты оказались проекция и интеллектуализация. Эти механизмы психологической защиты наиболее распространены в общей популяции. Проекция позволяет избавиться от нежелательного и неприемлемого путем приписывания этого другим. Интеллектуализация позволяет заменить эмоциональные переживания интеллектуальными построениями в условиях проблемной ситуации. Также достаточно часто выраженным был такой механизм психологической защиты как отрицание. Отрицание подразумевает отсутствие признания пациентами наличия у них негативных чувств, нежелательных потребностей и жизненных проблем. Вместе с тем у больных с артериальной гипертензией меньше всего были выражены такие механизмы психологической защиты как замещение и компенсация. Замещение позволяет заменить один объект для агрессии другим, более приемлемым. Компенсация позволяет подменить желаемое более достижимым.

Среди копинг-стратегий наиболее выраженными оказались такие копинги как планирование решения проблем, самоконтроль и поиск социальной поддержки. Планирование решения проблем отражает

Репозиторий ГрГМУ

приложение произвольных проблемно-фокусированных усилий по изменению ситуации, использование когнитивного подхода к решению проблем. Самоконтроль отражает усилия по регулированию своих чувств и действий. Копинг «поиск социальной поддержки» отражает усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки. Менее всего выраженными у пациентов с артериальной гипертензией оказались такие копинг-стратегии как избегание и конфронтативный копинг. Низкая выраженность копинга «избегание» указывает на то, что пациенты с артериальной гипертензией затрудняются в поиске отвлекающих ситуаций и действий. Низкая выраженность конфронтативного копинга отражает неумение гипертоников прилагать агрессивные усилия по изменению ситуации, предполагает низкую степень враждебности и готовности к риску.

Полученные результаты помогают определить направление проблемно-решающей психотерапевтической работы с пациентами, страдающими артериальной гипертензией.

АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УМЕРШИХ В 2005 ГОДУ

Трещейко Т.В., Латыш И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – к.м.н. А.В.Каравай

В структуре онкологической заболеваемости женского населения в 2002 году рак молочной железы в Республике Беларусь составил 17,6%, занимая первое ранговое место. В последнее время, основываясь на первично-генерализованом течении рака молочной железы, и широком внедрении в онкологическую практику новых химиотерапевтических препаратов, достигнуты значительные успехи в лечении как ранних, так и поздних стадий карцином молочной железы

Репозиторий ГрГМУ

[1, 2].

Целью работы явилась описательная характеристика больных женщин, страдавших злокачественными новообразованиями молочной железы, умерших в 2005 году.

Объектом исследования явились больные злокачественными новообразованиями молочной железы (всего 168 человек), проходившие лечение в онкологических отделениях УОЗ «ГОКБ» и ГУ «НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова» и умерших от различных причин в 2005 году. У всех больных диагноз был верифицирован, абсолютное большинство составили карциномы различной степени дифференцировки, и только в одном случае была диагностирована саркома левой молочной железы. Средний возраст пациентов, в исследуемой категории больных на момент установления диагноза составил 58,5 лет. У четырех пациенток имелось первично-множественное поражение обеих молочных желез, причем у одной из них, кроме вышеизложенного, был также рак яичников, который и послужил причиной летального исхода. В исследуемой категории лиц преобладали городские жители (66,28%).

Как показал анализ медицинской документации, на момент установки диагноза рака больные по стадиям распределились следующим образом, I стадия составила 6,0%, II – 48,8%, III – 31,3%, IV – 13,9%. Специальное лечение, в силу выраженной сопутствующей патологии или отказа пациента, не проводилось у 16 больных. Хирургическое лечение (радикальная мастэктомия) выполнено у 119 пациенток. Практически у всех оно дополнялось курсами пред- или послеоперационной химиолучевой терапии. В среднем через 50,64 месяца после установления диагноза у 60 больных был выявлен рецидив заболевания. Основным способом лечения в IV стадии заболевания являлась химиотерапия в сочетании в лучевым воздействием на первичный опухолевый очаг и зоны регионарного метастазирования.

Репозиторий ГрГМУ

Средняя продолжительность жизни женщин, больных злокачественными новообразованиями в исследуемой группе, составила 53,28 месяцев, причем при I стадии 102,11 мес., при II, III и IV — 56,29 мес., 60,59 мес. и 19,84 мес. соответственно. Причиной летального исхода в большинстве случаев служила генерализация опухолевого процесса, и лишь 16 случаях причиной смерти явилась не онкологическая патология (сердечно-сосудистые заболевания и патология органов дыхания).

Литература:

1. В.П.Летягин, И.В.Высоцкая Современные возможности лекарственной терапии операбельного рака молочной железы (по материалам St. Gallen, 2005) // Современная онкология, Москва, 2005, Том 07/N 3. - С. 78 - 80.

2. Klijn JG, Blamey RW, Boccardo F et al. J Clin Oncol 2001; 19: 343–53.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Турченко М.А., Габриельчик О.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - доцент Н.Д.Маслакова

Лечение больных, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости, является значительной проблемой в абдоминальной хирургии.

По данным разных авторов, частота развития парезов и параличей кишечника в послеоперационном периоде колеблется в пределах 3,5-75%.

Одним из наиболее эффективных методов лечения парезов желудка и кишечника является электростимуляция в сочетании с медикаментозной терапией: применение очистительных клизм,

Репозиторий ГрГМУ

декомпрессионных зондов, перидуральных блокад, наложение разгрузочных илео- и цекостом.

Электростимуляция в хирургии известна более 150 лет. В настоящее время существует целый ряд методов электрической стимуляции, которые можно разделить на 3 группы:1) транскутанная электростимуляция;2) внутриполостная электростимуляция;3) внутритканевая или прямая электростимуляция с имплантацией электродов в стенки желудка и тонкой кишки, в сегменты двенадцатиперстной кишки у места впадения желчного протока, где расположен «датчик ритма» (pacemaker) кишечных сокращений.

Нами был применен аппарат «Тонус-2», с использованием двухполупериодного непрерывного(1-2 минуты) и однополупериодного непрерывного (7-10 минут) тока на одно поле. Сила тока доводилась до легкой вибрации. Электростимуляция назначалась на 2-3 сутки после операции. На курс до 7 процедур. Противопоказанием являлось крайнетяжелое состояние больного, наличие кардиостимулятора, нарушение свертываемости крови (склонность к кровотечениям).

Электростимуляция была проведена 78 больным после операций по поводу прободной язвы желудка(12), острой кишечной непроходимости(11), резекции желудка при язвенной болезни в плановом порядке(15),после острого деструктивного аппендицита(24), острого деструктивного панкреатита(9),после тупой травмы живота(3) и разлитого перитонита(4).

Эффективность оценивалась по тому, насколько быстро и полно устраняются явления функциональной непроходимости, являющиеся выражением нарушения процесса эвакуации. В качестве основного критерия, позволяющего положительно оценить проведенные мероприятия, используются клинические проявления разрешения пареза (появление перистальтических шумов, отхождение газов, появление стула и уменьшение количества отделяемого из желудка по назогастральному зонду). Только в одном случае в связи с

Репозиторий ГрГМУ

неразрешенной динамической кишечной непроходимостью была проведена релапаротомия, санация брюшной полости и наложена илеостома.

Литература:

1.Вишневский А.А., Лифшиц А.В., Вилянский М.П. Электростимуляция желудочно-кишечного тракта. М: Медицина 1978.

2.Гальперин Ю.М., Рогацкий Г.Г.Взаимоотношение моторной и эвакуаторной функции тонкой кишки при ее электростимуляции. В кн.: Взаимоотношение моторной и эвакуаторной функции кишечника. М 1971.

3.Гальперин Ю.М.Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника. М 1975.

4.Махов Н.И., Селезнева Г.Ф. Послеоперационные параличи и парезы желудочно-кишечного тракта. В кн.: Функциональная непроходимость пищеварительного тракта. М 1967.

КЛИНИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Уколова А.М., Калейчик Ю.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель - д.м.н. М.В.Кажина

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) является важнейшей проблемой перинатологии, это клинико-морфологический симптомокомплекс, возникающий как результат сочетанной реакции плода и плаценты на различные нарушения состояния материнского организма. Основными проявлениями ФПН являются гипоксия и внутриутробноя задержка роста плода, которые ведут к нарушению развития или повреждению его центральной нервной системы. ФПН

Репозиторий ГрГМУ

сопровождается снижением адаптации в раннем неонатальном периоде, а в последующем приводит к нарушению психомоторного и интеллектуального развития детей.

Целью нашего исследования было определение клинических корреляций между ФПН и инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). Было проведено аналитическое исследование 600 историй родов (ретроспективное исследование), которые протекали в УЗ БСМП с 01.2003 по 09.2003 г. Диагноз ФПН был выставлен у 17 пациенток (2,8%), из них ИППП – у 2 пациенток (0,3%).Распределение ИППП – хламидиоз (0,16%),гарднереллез (0,16%). У 13 пациенток были очаги экстрагенитальной инфекции,распределение – кариес (0,8%), хр. пиелонефрит (0,3%), герпес (0,16%), цистит (0,16%), гепатит(0,16%), и неинфекционные гинекологические заболевания – аднексит (0,6%), эрозия шейки матки (1%),кольпит(0,16%).А детей рожденных с ВУИ всего 4 (0,6%), с гипоксией – 9 (1,5%).

Таким образом, на данном этапе исследования ИППП, как причина ФПН и внутриутробной инфекции плода, остается не доказанной.

ГИППОКРАТ – ФИЛОСОФ И ВРАЧ

Усович А.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель - преподаватель М.В.Бавтрушева

Вся жизнь и деятельность Гиппократа послужили источником знаний для огромного количества врачей, оказывали влияние на теорию и практику медицины в течение двух тысячелетий. В связи с этим история жизни этого яркого представителя античной медицины не утратила актуальности до наших дней.

Современная медицина развивается усиленными темпами, появляются новые технологии, новые методы лечения, но с чего все это начиналось. В работе рассматривается история античной

Репозиторий ГрГМУ

медицины и вклад Гиппократа в ее развитие. Рассматриваются основные этапы его жизни, принципы, методы лечения.

Гиппократ по праву считается "отцом медицины", которая выделилась из философии в отдельную науку. Являясь врачом, он рассматривал медицину как опытную науку, в своих философских взглядах примыкал к Гераклиту. Гиппократ является реформатором античной медицины. В своих трудах, ставших основой дальнейшего развития клинической медицины, он отразил представления о целостности организма.

Учение Гиппократа о природе человека включает в себя многие аспекты: особое отношение Гиппократа к больному, индивидуальный подход к его лечению, которые пополнили понятие об анамнезе; учение об этиологии (причинах); учение о прогнозе, о темпераменте и др. С именем Гиппократа связано представление о высоком моральном облике и образце этического поведения врача. В сочинении “О воздухах, водах, местностях”, которое считается подлинным произведением Гиппократа и является первым обобщением различных форм воздействия внешней среды на человеческий организм, были изложены основы гигиены, медицинской географии и климатологии.

Гиппократу приписывается текст этического кодекса древнегреческих врачей – "Клятва Гиппократа", который стал основой обязательств, принимавшихся впоследствии врачами во многих странах.

Литература:

1. Василенко В.Х. Метод Гиппократа// Клиническая медицина. – 1983. - № 10. – С. 5-7.

2. История философии в кратком изложении/ Пер. с чеш. – М.: Мысль, 1997.

3. Карпов В.П. Гиппократ. Избранные книги. – М., 1936.

4. Козлов А.М., Соболева Л.В. Гиппократ и современность// Сов. Медицина. – 1985. - № 4. – С. 118,120.

Репозиторий ГрГМУ

5. Котельников В.Г. Гиппократ// Клиническая медицина. – 1986. – Т. 64. - № 7. – С. 146-150.

6. Сорокина Т.С. Гиппократ и "Гиппократов сборник"//Фельдшер и акушерка. – 1984. - № 3. – С. 51-55.

7. Философский энциклопедический словарь. – М.: ИНФРА-М, 1997. – С. 46.

8. Философия: Учеб. для вузов/ Под ред. Л.Г.Кононович. – Ростов н/Д: Феникс, 1996.

РОЛЬ ОКСИДА В ПАТОГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНДОТЕЛИЙ -ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ, ОТЯГОЩЕННОЙ ФАКТОРАМИ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА

Устемчук Д.В, Максимович Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к. м. н., доцент Н.А. Максимович

При действии на организм факторов риска атеросклероза у взрослых наблюдаются выраженные изменения NO-синтазной активности эндотелия сосудов [1]. С другой стороны известно, что скрытая стадия развития атеросклероза может длиться десятки лет.

Цель исследования. В связи с этим, целью исследования явилось определение роли оксида азота (NO) в механизмах патогенного влияния факторов риска атеросклероза на сосуды детей с нейроциркуляторной дистонией.

Объект и методы исследований. У 431 ребёнка (опытная группа – 241 ребенок с нейроциркуляторной дистонией и контрольная группа - 190 здоровых детей) обоего пола в возрасте от 8 до 17 лет осуществлена оценка NO-синтазной активности эндотелия сосудов в предплечье путем выполнения теста с реактивной гиперемией в условиях реографического исследования кровотока и изучена степень индивидуальной отягощенности основными (отягощенная

Репозиторий ГрГМУ

наследственность, пассивное и активное курение, риск формирования и повышенное артериальное давление, малоподвижный образ жизни - гиподинамия, частые стрессовые ситуации, атерогенный тип питания) факторами риска атеросклероза. Данные обработаны статистически.

Результаты исследований и их обсуждение. Установлено, что у детей с нейроциркуляторной дистонией (по сравнению с контрольной группой) при суммарной отягощённости 3 факторами риска атеросклероза дисфункция эндотелия обнаружена у 16% обследованных (P<0,001); с 4 факторами риска атеросклероза - у 50% (P<0,001); с 5 факторами риска атеросклероза – у 98% (p<0,001) и с 6 факторами риска атеросклероза - у 100% детей (p<0,001).

Ни у кого из здоровых детей не выявлено патологического снижения NO-синтазной активности эндотелия сосудов.

Среди детей с нейроциркуляторной дистонией без отягощённости факторами риска атеросклероза и с отягощенностью 1 и 2 факторами риска атеросклероза так же не выявлено NO-зависимой дисфункции эндотелия сосудов.

У детей с нейроциркуляторной дистонией средний уровень отягощенности факторами риска атеросклероза был почти 2 раза выше, чем у здоровых детей (p<0,001).

Таким образом, в механизмах патогенного влияния факторов риска атеросклероза на сосуды детей с нейроциркуляторной дистонией установлен NO-зависимый характер, так как при высокой степени отягощённости (5 и 6 факторами риска атеросклероза) почти у всех детей обнаружено снижение NO-синтазной активности эндотелия сосудов и диагностирована дисфункция эндотелия (p<0,001).

Кроме этого установлено, что у детей с нейроциркуляторной дистонией уровень отягощённости факторами риска атеросклероза существенно выше, чем у здоровых детей (p<0,001).

Выявленные факты следует учитывать при разработке патогенетических схем профилактики и лечения нейроциркуляторной

Репозиторий ГрГМУ

дистонией, в том числе и путем элиминации из стереотипа жизни детей управляемых факторов риска атеросклероза.

Литература: 1. Затейщикова А.А., Затейщиков Д.А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение// Кардиология, 1998, №9. - С. 68-80.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНТЕГРАДНОЙ МОШОНОЧНОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ И ОПЕРАЦИИ ИВАНИСЕВИЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Филиппович И.В., Гнядо Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент В.А.Филиппович

Варикоцеле яичка встречается у 15% мужского населения и 39% бесплодных мужчин. Существует более 80 методов лечения этой патологии – от консервативных мероприятий, склерозирующей терапии, до различных видов хирургических вмешательств. Наиболее часто урологи применяют операцию Иванисевича. Результаты хирургического лечения варикоцеле показали, что после операции Ивaниссевича осложнения в виде рецидивов могут наблюдаться от 1,8 до 26,9 % случаев.

Появление новых склерозирующих препаратов и технологий их введения в корне изменили ситуацию. Эффективность всех облитерирующих средств основывается на повреждении эндотелиальной клетки интимы. Благодаря абактериальной воспалительной реакции просвет сосуда тромбозируется. Тромб рубцуется и закрывает стенку сосуда, так что вена становится непроницаемой.

Целью исследования явилось сравнение клинической эффективности двух операций, применяемых при лечении варикоцеле – традиционно выполняемой операции Иванисевича и применяемой с

Репозиторий ГрГМУ

2000 года в Гродненской областной клинической больнице антеградной мошоночной склеротерапии варикоцеле.

Для достижения поставленной цели проанализированы результаты лечения 200 больных, которым была выполнена операция Иванисевича и 70 больных, которым была выполнена антеградная мошоночная склеротерапия варикоцеле. Проанализирован средний послеоперационный койко-день, количество рецидивов, среднее время выполнения операции и количество осложнений. 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 4.3% по сравнению с 5% при операции Иванисевича. Осложнений при склеротерапии не было, в то время как у 4 (2%) больных после операции Иванисевича диагносцировано наличие водянки яичка.

Таким образом, по своей эффективности, наличию осложнений антеградная мошоночная склеротерапия варикоцеле не уступает операции Иванисевича, является более простой в выполнении и легко переносится пациентами. Кроме этого, операция склеротерапии предпочтительнее с косметической точки зрения, так как после ее практически нет послеоперационного рубца.

Литература:

1.Kass, E.J., A.B. Belman: Reversal of testicular growth failure by varicocele ligation. J. Urol. 137(1987) 475-476.

2.Thomas, A.J., M.A. Geisinger: Current management of varicoceles. Urol. Clin. N. Amer. 17(1990) 893-907.

3.Hadziselimovic, F., B. Herzog, B. Liebundgut, P. Jenny, M. Buser: Testicular and vascular changes in children and adults with varicocele. J. Urol. 142(1989) 583-585.

Репозиторий ГрГМУ

РОЛЬ ЗАИМСТВОВАНИЙ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Фридман К. М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преподаватель И. В. Семенчук

Заимствование- элемент (слово, морфема, синтаксическая конструкция) чужого языка, перенесенный из одного языка в другой в результате языковых контактов, а также сам процесс перехода из одного языка в другой. Это процесс обращения к лексическому фонду другого языка для выражения новых понятий, дальнейшей дифференциации уже имеющихся и обозначения неизвестных прежде.

Внутреннее заимствование- заимствование лексической единицы из одного стилистического пласта в другой.

Условия заимствования:

1. Контакт (политические, экономические, культурные)
2. Научно-технический прогресс
3. Мода, престиж
4. Наличие билингвов

Типы классификаций заимствований:

1. Хронологическая – в зависимости от времени вхождения слова из одного языка в другой (Староанглийский, Среднеанглийский, Новоанглийский)
2. Этимологическая – в зависимости от языкового источника
3. Морфологическая – принимаются во внимание частеречные характеристики
4. Ассимиляторная – в зависимости от степени ассимиляции в языке-реципиенте.

Этапы ассимиляции:

1. Изменения в слове в момент его вхождения в язык-реципиент (фонетическая, графическая обработка, причисление к определенному

Репозиторий ГрГМУ

грамматическому классу; даже полисемантические слова заимствуются в одном значении).

2. Лексическая (лексико-семантическая) ассимиляция (расширение сферы употребления, развитие новых значений, приобретение словом гнезда производных).

Виды ассимиляции:

1. Фонетическая (thriller – триллер, William – Уильям, Вильям)
2. Грамматическая/ морфологическая (слово получает парадигму языка-донора: bill – die Bill, plur.- Bills; boy – der Boy, plur. – Boys)
3. Лексико-семантическая (слово ассимилируется в одном-двух значениях: foot – 10 значений в англ. яз., 1 знач. в нем. яз.; chip – 9 знач. в англ. яз., 1 знач. в нем. яз.)
4. Просодическая/ акцентологическая (изменение места ударения в англ. яз. в словах из франц. яз.: difficult, government, ballet; toilette – toilet – туалет)

Языки-доноры:

1. Греческий
2. Латинский
3. Французский
4. Итальянский

Литература:

1. Baugh A. & Cable Th. “A history of the English language” - London, 1978.
2. Freeborn Denis “From Old English to standard English” – London, 1998.
3. Serjentson Mary “A history of foreign words in English” – London, 1935.
4. Секирин В. П. «Заимствования в английском языке» - Киев, 1964 г.

УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА В КРОВИ МАТЕРИ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ

Репозиторий ГрГМУ

НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Фурс В.В. Шулика В.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – доцент Т.Ю.Егорова

Под плацентарной недостаточностью (ФПН) понимают синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и представляющий собой результат сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния организма матери. Нарушение всех функций плаценты проявляется плацентарной недостаточностью, которая может зависеть от изменений в самой плаценте, от акушерской или соматической патологии у матери, а также от состояния плода. Следовательно, реакция системы мать - плацента - плод может быть связана с патологией в каждом из этих звеньев, а также их сочетаний.

Кортизол - основной гормон, участвующий в регуляции гомеостаза. КОРТИЗОЛ (гидрокортизон, или 17-гидрокортикостерон), жизненно важный стероидный гормон, воздействующий на обмен веществ; секретируется наружным слоем (корой) надпочечников. Кортизол принимает участие в регуляции многих обменных (биохимических) процессов и играет ключевую роль в защитных реакциях организма на стресс. Повышение секреции кортизола наблюдается: при увеличении секреции АКТГ (центральная форма), аденоме или гиперплазии надпочечников, стрессе, эфирном наркозе, гипертиреоидизме, беременности, депрессии. При беременности наблюдается прогрессивный рост концентрации, связанный с повышением содержания транскортина: в поздние сроки беременности отмечают 2-5-кратное повышение.

Цель работы: оценить уровень кортизола при вторичной ФПН.

Материалы и методы исследования. Измерено содержание

Репозиторий ГрГМУ

кортизола сыворотке крови у 22 беременных с ФПН у 4-х женщины в родах с диагнозом ФПН и у 3 в родах с нормально протекающей беременностью (НПБ) радиоиммунологическими методами. Контрольную группу составили 18 женщин с физиологически протекающей беременностью. ФПН (1 группа), беременные в родах с ФПН(2 группа), 3 группа беременные в родах с НПБ, контрольная группа - здоровые беременные женщины.

Кортизол нмоль/л.

Контрольная группа	(1 группа)	(2 группа)	(3 группа)
1332,66 ±110,34	915,5328 ±94,51	1606,53 ±22,53	1536,51 ±75,56

Снижение концентрации кортизола в крови женщин 1 группы (хронический стресс) можно считать реакцией адаптации, которая уменьшает чувствительность рецепторов клеток, в частности, к гипоксии. Во время родов (острый стресс) уровень гормона возрастает.

Литература:

1. Сорокина С.Э. Плацентарная недостаточность // Мед. новости: - 1997. -N. стр.12-16.
2. В.И.Бычков, Е.Е.Образцова, С.В. Шамарин Диагностика и лечение хронической фетоплацентарной недостаточности // Акушерство и гинекология: -1999. -N. стр.3-6.
3. Г.М. Савельева, Плацентарная недостаточность: М. Медицина, 1991. -272 с.

   Горячев В.В. Клинические аспекты плацентарной недостаточности.// Тр. Астр. гос. мед. акад. 1999. 15. С. 16-20.
4. В.Е. Радзинский, П.Я. Смолько Биохимия плацентарной недостаточности: Моногр.; М.: Изд-во Рос. ун-та дружбы народов, 2001. -275 с.

Репозиторий ГрГМУ

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ КУЛЬТУРАХ

Хаетхам Алюссеен

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель - ст. преподаватель Е.Г.Безмен

Формирование норм и ценностей, происходящее в раннем детстве, необратимо, что объясняет вероятность и очевидность сложного взаимодействия с представителями других культур в дальнейшей жизни. Нормы воспитания детей неодинаковы у разных народов, в разные эпохи и у разных слоев населения. Если сравнивать традиционные стили воспитания детей по степени их строгости, соотношению наказаний и поощрений, то на одном полюсе будет японский стиль, а на другом – английский.

В Японии учитель чаще обращается к поощрениям, чем к наказаниям. Воспитывать означает не ругать за то, что уже сделано плохо, а, предвидя плохое, обучать правильному поведению. Даже при явном нарушении правил приличия воспитатель избегает прямого осуждения, чтобы не поставить ребенка в унизительное положение. Японские матери высказывают свои требования в форме просьб, щадя чувства ребенка. Детей обучают конкретным навыкам поведения, всячески внушая им уверенность, что они способны научиться управлять собой, если приложат усилия. Японцы считают, что чрезмерное давление, направленное на достижение сиюминутного послушания, в будущем может дать обратный результат.

С европейской точки зрения, детей в Японии неимоверно балуют. Им ничего не запрещают, лишая тем самым поводов заплакать. Взрослые совершенно не реагируют на плохое поведение детей, словно не замечая его. Первые ограничения начинаются в школьные годы, но вводятся они постепенно. Ребенок начинает подавлять в себе порывы, которые в раннем детстве никто не ограничивал. Он учится

Репозиторий ГрГМУ

уважать старших, чтить долг и быть преданным семье. По мере взросления жесткость регламентации поведения сильно возрастает. В мягкой форме с младых лет японцев приучают к тому, что они не должны мешать другим людям эгоцентричным поведением и капризами.

В Англии придерживаются иных методов. Англичане считают, что неумеренное проявление родительской любви и нежности приносит вред детскому характеру. В их традициях – относиться к детям сдержанно, даже прохладно. Мягкость и нежность они проявляют скорее к собакам и кошкам. Дисциплинирующее воздействие на детей оказывается с самого раннего возраста. Если ребенок мучает кошку или собаку, обижает младшего или наносит ущерб чужому имуществу, его ждет суровое, даже жестокое наказание. Наказывать детей в Британии – это не только право, но и обязанность родителей. Баловать детей – значит портить их.

С детства англичане приучаются к самостоятельности и ответственности за свои поступки. Они как бы рождаются взрослыми, и для перехода в мир взрослых их не надо специально готовить. Сознательно отстраняясь от детей, родители готовят их к трудностям взрослой жизни. Уже в 16–17 лет, получив водительские права и аттестат, дети уезжают из родительского дома и живут независимо.

Передача культуры из поколения в поколение представляет собой сложнейший процесс. История входит в современность (и переходит в будущее), а предшествующие этапы развития национальной культуры определяют ее состояние в данный отрезок времени (и в будущем). Все члены этнокультурной общности путем обучения в школе и в результате неформальной социализации получают представление о развитии своей страны в прошлом, ее возникновении, о сложившихся исторически явлениях и фактах материальной и духовной культуры. Все слушают в школе и запоминают на слух примерно одни и те же сказки, загадки. В школе читают и обсуждают одинаковый для всех круг

Репозиторий ГрГМУ

литературных произведений. Фольклор, являющийся коллективным творчеством народа, передаваемый из поколения в поколение, не только оказывается прекрасным и надежным источником сведений о “национальном характере”, но и служит важнейшим компонентом воспитания нравственных качеств.

Таким образом, культура с детских лет обусловливает наше мышление и поведение.

ВАЛЕОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Ханевич Т.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – д.м.н. Е.И.Макшанова

В настоящее время актуальными вопросами для учащейся молодёжи являются формирование правильных взглядов относительно семейной жизни, умение выделить главные и второстепенные составляющие в жизни [1]. Изучение отношения студентов к семейной жизни позволяет определить критерии совместимости счастливой семейной жизни, выявить ошибки в формирующихся взглядах молодёжи и разработать мероприятия по изменению отношения к семейной жизни [2].

Целью исследования являлось выявление у студентов медицинского ВУЗа отношения к семейной жизни в зависимости от психологических свойств личности, определение критериев совместимости для счастливой семейной жизни и разработка методических подходов к внедрению принципа мониторирования в процесс контроля за формированием сознательного отношения учащейся молодёжи к семейной жизни и традиционному следованию принципам здорового образа жизни [3].

Репозиторий ГрГМУ

Работа выполнена методом анонимного валеолого-гигиенического анкетирования в осенне-зимний период 2005 года, в период между сессиями, в процессе занятий не требующих эмоционального напряжения. Всего было обследовано 115 студентов Гродненского государственного медицинского университета в возрасте 20 - 23 лет, в том числе на 3 курсе - 68 человек, на 6 курсе – 47 человек. Анкетирование было основано на использовании опросника Айзенка, с помощью которого оценивали уровень общительности. Одновременно, в процессе анкетирования определяли отношение студентов к семейной жизни по опроснику, состоящему из 23 вопросов. Статистическая обработка и анализ результатов обследования выполнены с применением Excel-таблиц в зависимости от степени общительности и курса обучения респондентов, поскольку влияние данных факторов могло внести определённые коррективы в оценку отношения студентов к семейной жизни.

Результаты статистической обработки показали, что студенты отвечали на вопросы с высокой степенью искренности. При 8 максимальных баллах средние по курсам показатели искренности в 93 % случаев составляли 7-8, что отражает истинное отношение студентов к рассматриваемой проблеме. Следующим этапом в исследовании являлось определение отношения студентов к семейной жизни, что позволило выявить наиболее важные ценности и предпочтения респондентов. Наибольшие различия в ответах произошло в зависимости от семейного положения студентов. Так, анкетируемые находящиеся в юридическом браке, определяли допустимым более ранний возраст для вступления в брак (22-23 года), нежели студенты, не состоящие в браке (24-25 лет). У юношей и девушек отмечались различия в оценке критериев совместимости для счастливой семейной жизни. В некоторых, наиболее важных аспектах, мнения студентов были схожи. Большинство студентов планирует иметь 2-3 ребёнка в семье.

Репозиторий ГрГМУ

Таким образом, были выявлены определенные зависимости между основными психологическими свойствами личности студентов и формированием валеолого-гигиенических представлений по вопросам семейной жизни.

Литература:

1. Соколов С.М. Принципы научного обоснования системы критериев для гигиенической оценки предпатологических состояний организма / Предпатология: проблемы и решения // Сб. науч. тр. Под ред. С.М.Соколова и др. – Мн.: Бел. навука, 2000. С 12 – 13.

2. Апанасенко С.Н., Попова Л.А. Медицинская валеология. Киев, 2000.

3. Колбанов В.В. Валеология. – СПб.: 2001.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ХАРАКТЕРА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ СРЕДИ СТУДЕНТОК ГрГМУ

Харлинская А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии с курсом общей психологии

Научные руководители - к.м.н., доцент Э.Е. Шустер; Е.В. Бузук

Доказано, что злоупотребление алкоголем и употребление алкоголя с вредными последствиями увеличивает риск развития многочисленных соматических и психологических проблем, а также приводит к формированию различных неврологических и психических расстройств. В свою очередь, это ведет к значительным экономическим потерям, особенно в развивающихся странах, поскольку система здравоохранения вынуждена отчислять средства на решение подобных проблем.

Широкомасштабные исследования, проведенные в западных странах, показали, что скрининг и кратковременное вмешательство в проблемы, связанные с употреблением алкоголя являются эффективным способом, позволяющим значительно уменьшить

Репозиторий ГрГМУ

распространенность алкоголизации и вредные последствия действия алкоголя у злоупотребляющих лиц.

Целью данной работы являлось определение уровня и характера употребления алкоголя среди студенток ГрГМУ, а также связь употребления алкоголя с личностными характеристиками.

Для проведения исследования использовались психодиагностические и социально-гигиенические методы: опросник типологии личности, разработанный кафедрой психиатрии ГрГМУ, а также международный опросник уровня употребления алкоголя AUDIT.

В период с октября 2005 по июнь 2006 г. было проведено анонимное обследование, в ходе которого с помощью указанных методик было опрошено 90 студенток ГрГМУ (лечебного, педиатрического, медико-психологического факультетов, факультета медицинских сестер с высшим образованием. Средний возраст обследованных – 23,3 года. Согласно методическим рекомендациям ВОЗ по применению теста AUDIT из общего количества была выделена группа лиц, имеющих повышенный риск злоупотребления алкоголем. Их количество составило 6,3% от общей выборки.

Для указанной группы были выявлены следующие личностные особенности:

- преобладание неустойчивых черт характера;
- высокая эмоциональность, склонность к импульсивному реагированию;
- демонстративность поведения;
- потребность в социальном признании, вместе с тем – трудности в налаживании глубоких межличностных связей.

Заключение. Таким образом, по результатам полученных данных можно предположить наличие тенденции к взаимосвязи определенных личностных особенностей с употреблением алкоголя с вредными последствиями среди женщин. Данная проблема требует более детального рассмотрения и изучения.

Репозиторий ГрГМУ

МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРИДИНА.

Хильмончик Т.И., Яцкевич Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Т.А. Коршак

Производные пиперидина обладают разнообразными фармакологическими свойствами [4, 6, 7]. Из большого количества местных анестетиков, применяемых в мировой медицинской практике, более 25 – производные пиперидина (мепивакаин, гептакаин, лоркаинид, бупивакаин и др.). Поэтому представлялось обоснованным проверить наличие таковых свойств у новых производных пиперидина, синтезированных в Институте химических наук Республики Казахстан и представленных под условными лабораторными шифрами ФАВ – 17 и ФАВ –34.

Методы исследований. Эксперименты проводили на общепринятых методиках: 1) раздражающее действие соединений исследовали на крысах (внутрикожное введение) и на конъюнктиве глаз кроликов [5]; 2) терминальную анестезию изучали на роговице кролика [1]; 3) инфильтрационную анестезию – на морских свинках [2], 4) проводниковую анестезию – на лягушках [3]. Активность соединений сравнивали с эффективностью эталонных препаратов.

Результаты и их обсуждение. Исследуемые соединения обладают местноанестезирующей активностью. При терминальной анестезии ФАВ – 17 по активности превосходит кокаин, а ФАВ – 34 аналогичен тетракаину (дикаину), причем выгодно отличается от него отсутствием местнораздражающего действия и меньшей (в 3 раза) острой токсичностью. При инфильтрационной анестезии ФАВ-ы в 1% концентрации превосходят эталонные препараты по

Репозиторий ГрГМУ

продолжительности действия. Исследуемые производные пиперидина активнее лидокаина и прокаина при проводниковой анестезии. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о перспективности дальнейших развернутых исследований с целью возможного введения их в клиническую практику.

Литература:

1. Закусов В.В. Фармакология нервной системы. – Л.: Медгиз, 1953. – С. 179 – 181.

2. Bulbring E., Wajda I. // Pharmacol. exp. Ther. – 1945. – Vol. 85. - № 1. – P. 78 – 84.

3. Искарев Н.А. // Фармакология и токсикология синтетических химических соединений: Сб. научн. трудов. Минский мед. ин-т. – Минск, 1959. – Т. 23. – С. 7 – 33.

4. Кудрин А.Н., Успенский В.А. // Фармакология и токсикология. – 1962. - № 2. С – 221 – 224.

5. Setnikar I. Tolerance indices of some β-phenoxyethylamino derivatives with local anaesthetic propertus // Arzneimittel – Forsch. – 1966. – Vol. 16. – P. 623 – 628.

6. Kostowski W. Farmakologia/Podstawy farmakoterapii, Wydane II, PZWL, 2001. S. 423 – 441.

7. Katzung B.G. Basic & Clinical Pharmacology, 9th Ed., McGraw-Hill, 2004., P. 418 – 428.

ВЛИЯНИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ У КРОЛИКОВ

Ходосовский М.Н., Зинчук Н.В., Нагорный А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Известно, что оксид азота (NO) может влиять на состояние кислородтранспортной функции (КТФ) крови [Зинчук В.В., 2003]. Вместе

Репозиторий ГрГМУ

с тем, недостаточная продукция NO и преобладающие влияния эндотелинов могут нарушать процессы микроциркуляции в печени во время реперфузии [Uhlmann D., et al., 2000]. Ранее сообщалось, что нитроглицерин улучшает функциональное состояние печени при ишемии-реперфузии [Ходосовский М.Н., 2006]. Цель настоящего исследования изучить влияние нитроглицерина на показатели ксилородтранспортной функции крови при ишемии-реперфузии печени у кроликов.

Работа выполнена на взрослых кроликах-самцах весом 3,5-4,5 кг. Исследовали показатели КТФ крови: $p50_{реал}$, Hb, pO_2, pH, pCO_2 и др. в печёночной и смешанной венозной крови. Ишемию печени в течение 30 мин вызывали наложением сосудистого зажима на a. hepatica propria, реперфузионный период длился 120 мин. Забор образцов крови осуществляли до и в конце ишемии, а также через 120 мин после её прекращения. Животные были разделены на 2 экспериментальные группы. В 1-ой группе кроликов (n=10) моделировали ишемию-реперфузию печени. Во 2 -ой группе (n=8) за 5 мин до начала реперфузионного периода осуществляли инфузию нитроглицерина в дозе 1,5 мкг/кг.

У кроликов 1-й группы ишемия печени приводила к уменьшению pO_2 в крови, оттекающей от печени на 26,25% ($p<0,05$) по отношению к исходному уровню. pCO_2 в печёночной венозной крови в конце реперфузионного периода увеличилось на 15,5% ($p< 0,05$). В смешанной венозной крови показатели pO_2, pCO_2 достоверно не изменялись. Показатель pH на протяжении ишемии-реперфузии снижался. Так, исходный уровень pH печёночной и смешанной венозной крови сдвигался к концу реперфузии с 7,308 ± 0,024 и 7,293 ± 0,015 до 7,156 ± 0,035 ($p< 0,01$) и 7,146 ± 0,036 ($p< 0,001$) соответственно. У кроликов 1-й группы в конце ишемического периода наблюдалось увеличение $p50_{реал}$ с 32,12 ± 0,86 до 35,76 ± 1,4 ($p< 0,05$) и с 32,55 ± 1,05 до 36,39 ± 1,06 мм рт. ст. ($p< 0,05$) в печёночной и

Репозиторий ГрГМУ

смешанной венозной крови соответственно. На 120-й минуте реперфузии в обоих образцах венозной крови значения $p50_{реал}$ составили для печёночной 40,06 ± 1,83 ($p<0,001$), а для смешанной 40,48 ± 1,89 мм рт. ст. ($p<0,01$).

Во 2-ой группе экспериментальных животных инфузия нитроглицерина способствовала нормализации показателя pO_2 печеночной венозной крови после ишемии печени, данный показатель был ниже исходного значения всего на 5,6% ($p>0,05$) и выше соответствующего значения pO_2 после ишемии в 1-ой группе на 64,3% ($p<0,001$). Показатель pH на протяжении ишемии-реперфузии у животных 2-ой группы снижался сходным образом как и у 1-ой группы, однако его снижение было менее выраженным. Так показатель pH в конце реперфузии в печеночной венозной крови во 2-ой группе составил 7,249 ± 0,025, тогда как в 1-ой группе в соответствующем образце он был значительно ниже 7,156 ± 0,035 ($p<0,05$). У кроликов 2-ой группы в конце ишемического периода в печёночной и смешанной венозной крови увеличения показателя $p50_{реал}$ не наблюдалось. На 120-ой мин реперфузии в печёночной и смешанной венозной крови произошло увеличение $p50_{реал}$ с 31,42 ± 0,92 до 35,1 ± 1,22 ($p< 0,05$) и с 30,45 ± 0,72 до 36,34 ± 1,28 мм рт. ст. ($p< 0,01$) соответственно. Данное изменение $p50_{реал}$ в конце реперфузии у животных 2-ой группы было существенно меньшим, чем у животных 1-ой группы ($p<0,05$). Таким образом, положительное влияние нитроглицерина на функциональное состояние печени при ишемии-реперфузии может реализовываться через улучшение состояния КТФ крови, а именно, через нормализацию pO_2 печеночной венозной крови в конце ишемии и менее выраженные изменения сродства гемоглобина к кислороду.

Работа частично выполнена, благодаря поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор №Б04М-180)

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ГИСТОГЕМАТИЧЕСКОГО

Репозиторий ГрГМУ

БАРЬЕРА У СТУДЕНТОВ III КУРСА ГрГМУ В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД

Ходосовский М.Н., Ярмущик А.В., Нагорный А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Резистентность сосудистой стенки является важным показателем состояния гистогематического барьера человека. Данный показатель характеризует как неспецифическую резистентность организма, так и функцию отдельных элементов гистогематического барьера, а именно, эндотелия, базальной мембраны, мышечно-эластического слоя сосудов, а также факторов, непосредственно влияющих на их трофику (тромбоциты и др). Нарушение сосудистой резистентности часто встречается в клинической практике при тромбоцитопениях и тромбоцитопатиях, при врожденных и приобретенных вазопатиях, при витомино- и иммунодефицитных состояниях и др. [Эйсмонт К.А. и др., 2006]. Цель исследования изучить состояние гистогематического барьера у студентов 3-го курса Гродненского государственного университета в осенне-зимний период.

В период с сентября по декабрь 2006 года обследовано 294 студента 3-го курса ГрГМУ, из которых 111 мужчин и 183 женщины. Состояние гистогематического барьера оценивали с помощью пробы на резистентность сосудистой стенки (пробы Нестерова). Данная проба реализовывалась следующим образом: на внутреннюю поверхность предплечья накладывали баночку аппарата Нестерова, под которой создавали давление 0,4 кг/см^2 в течение 3 мин. Положительной считалась проба при наличии 40 и более петехий на коже предплечья. Методом анкетирования учитывалось отношение студентов к курению, наличие острых или хронических заболеваний верхних дыхательных путей, а также наличие или отсутствие эмоционального стресса.

Установлено, что из 294 студента 3-го курса ГрГМУ положительная

Репозиторий ГрГМУ

проба Нестерова наблюдалась у 46 студентов (15,6 %). Из них 31 (67,4 %) положительная проба была выявлена у мужчин и 15 (32,6 %) - у женщин. Данные результаты согласуются с предшествующими исследованиями, которые показали значительное преобладание нарушений гистогематического барьера у мужчин, по сравнению с женщинами, что связывают с различным гормональным статусом молодых людей [Эйсмонт К.А. и др., 2006]. Из 294 студентов на вопрос о курении положительно ответило 67 студентов, что составило 22,8 %. При этом, среди студентов с положительной пробой Нестерова курильщиков было 15 (32,6 %), больных заболеваниями верхних дыхательных путей 14 (30,4 %), а наличие эмоционального стресса отметило 12 (26,1 %) человек. Интересно отметить, что среди курильщиков с положительной пробой Нестерова (15 чел.) на заболевания верхних дыхательных путей жаловались 8 студентов, т.е. 53,3 %, на наличие стресса - 5 чел (33,3 %).

Таким образом, курение, острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей, а также эмоциональный стресс существенно влияют на состояние гистогематического барьера у студентов 3-го курса в осенне-зимний период. Сочетание курения с заболеваниями верхних дыхательных путей у студентов с высокой частотой приводит к ухудшению резистентности мелких сосудов.

Литература:

1. Эйсмонт К.А., Герасимчик П.А. Состояние гистогематического барьера – важный показатель нормы и патологических состояний у человека // Дисфункция эндотелия. Труды 4-ой международной научно-практической конференции. – Витебск: ВГМУ, 2006. – С.234-237.

НЕРАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПИТАНИЯ КАК ОДИН ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ДИСТРОФИЙ СЕТЧАТКИ

Холупко Т. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, стоматологии и офтальмологии

Репозиторий ГрГМУ

Научные руководители – к.м.н., доцент С. Н. Ильина;
д.м.н., профессор М.С.Омельянчик

Изменение экологической ситуации вследствие загрязнения окружающей среды многочисленными химическими соединениями создает непосредственную угрозу для здоровья населения. Можно предположить, что в развитии заболеваний органа зрения определяющая роль принадлежит факторам окружающей среды, в число которых входят и тяжелые металлы. В сложившейся обстановке важнейшей задачей является изыскание методов и средств повышения устойчивости организма к химической нагрузке.

Питание – наиболее доступный и действенный путь повышения общей неспецифической резистентности организма.

Задачей работы является изучение фактического питания больных дистрофиями сетчатки и оценка его влияния на течение данного заболевания с разработкой путей коррекции.

Фактическое питание изучалось методом 24-часового воспроизведения его за два непоследовательных дня у 97 больных дистрофиями сетчатки. При расчете энергетической и пищевой ценности рационов пользовались таблицами химического состава продуктов питания [1].

Установлено, что большинство обследуемых (71 человек) принимают пищу 3 раза в день, а 26 человек – 4 раза. Распределение энергетической ценности суточного рациона питания было следующим: завтрак – 15-20%, обед – 43-48%, ужин – 32-37%. Это свидетельствует о нарушении суточного распределения энергии. Количество полноценных животных белков, источником которых являются мясные продукты, рыба, молоко и молочные продукты, яйца, составляют 10-42 грамма в сутки. Дефицит белка и углеводов составил 18% и 16% соответственно, а избыток жиров – 22%. Неадекватность рационов питания обусловлена недостаточным потреблением витаминов и

Репозиторий ГрГМУ

минеральных веществ. Наиболее выражен дефицит тиамина, витаминов С и А (в ретиноловом эквиваленте). С недостаточным потреблением молочных продуктов связан значительный дефицит кальция.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что обследуемые больные дистрофиями сетчатки потребляют мяса 82%, рыбы – 58%, яиц – 60%, молока – 70%, свежих фруктов – 20% и овощей – 40% от рекомендуемого количества. В рационах больных мясо встречается только у 70%, молоко – у 12%, кисломолочные продукты – у 40%, масло сливочное у 68%, фрукты и ягоды – у 43% от общего количества обследуемых лиц. Установлено нарушение соотношения белков, жиров и углеводов в сторону преобладания жирового компонента.

Недостаточное поступление белка с пищей вызывает снижение активности ферментов, что является прямой причиной усиления токсичности многих химических веществ, поэтому необходимы ежедневно мясо, молоко и кисломолочные продукты, 2-3 раза в неделю – рыба, творог и яйца. В сложившихся условиях наиболее перспективными являются пищевые продукты, которые содержат биологически активные вещества, способствующие устранению дисбаланса в питании и выведению токсических веществ из организма.

Следовательно, нерациональное питание больных дистрофиями сетчатки свидетельствует о том, что оно могло быть одним из факторов развития данной патологии.

Литература:

1. Химический состав блюд и кулинарных изделий. Справочные таблицы содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности блюд и кулинарных изделий /Под ред. И.М. Скурихина, М. Н. Волгарева – М., 1994.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ПРЕПОДАВАНИЮ

Репозиторий ГрГМУ

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Цедрова В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научные руководители – д.м.н., профессор В.В. Зинчук;

к.м.н., доцент О.А. Балбатун

В освоении медицинских знаний имеет большое значение мотивация студентов, отношение к изучаемому предмету. В настоящее время обучение студентов характеризуется высокой интенсивностью, быстрым обновлением учебной и научной информации. Происходит реформирование системы образования республики и ее интеграция с системой европейского образования. Появляются новые формы обучения, в частности, использование компьютерных технологий. Учет и анализ мнения студентов о происходящих изменениях в медицинском образовании позволит своевременно корректировать процесс обучения, будет способствовать повышению качества преподавания.

Целью данной работы было изучение отношения студентов к организации преподавания нормальной физиологии в Гродненском государственном медицинском университете. Было проведено добровольное, анонимное анкетирование студентов лечебно-профилактического, педиатрического и медико-психологического факультетов сразу после сдачи государственного экзамена по предмету в июне 2006 г. Всего в анкетировании приняли участие 247 студентов. 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 анкетирования, включая ранжирование ответов по группам в зависимости от

Репозиторий ГрГМУ

полученной оценки на государственном экзамене.

При анализе результатов анкетирования было выявлено, что студентами положительно воспринимаются новые формы обучения в виде интерактивных физиологических программ (88,6%), виртуальных физиологических экспериментов (88,2%). Наблюдается высокая потребность в учебно-методической литературе, издаваемой на кафедре и большинство студентов (94,3%) 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 (86,2%). Студенты в основном положительно относятся к компьютерному тестированию (59,9%). Наиболее положительно данную форму обучения характеризуют среднеуспевающие студенты (6-8 баллов, 64,5%), менее положительно отличноуспевающие студенты (9-10 баллов, 57,9%) и наименее положительно слабоуспевающие студенты (4-5 баллов, 45,4%). Неоднозначно отношение студентов к гуманизации учебного процесса, 61,5% студентов считают целесообразным использование экспериментов на лабораторных животных. Вероятно, необходимо развитие полноценных альтернативных методов обучения, например, компьютерных физиологических симуляторов и дальнейшее совершенствование форм гуманного обращения с лабораторными животными. Опрошенные студенты положительно характеризуют организацию работы со студентами на кафедре нормальной физиологии (94,8%) и квалификацию сотрудников кафедры (96,3%). 76,1% студентов удовлетворены полученной ими оценкой. У 98,4% студентов отмечается положительная мотивация к получению медицинских знаний и желание получить диплом врача. Таким образом, проведенный опрос выявил в целом позитивное отношение к организации преподавания нормальной физиологии в Гродненском государственном медицинском университете и необходимость ее учета

Репозиторий ГрГМУ

для последующего развития технологии обучения по предмету.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Циунчик А.И. Базан Е.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель - доцент Н.Д.Маслакова

Одним из предрасполагающих факторов в развитии грыж являются оперативные вмешательства. Наличие послеоперационного рубца и нарушение иннервации мышц брюшной стенки за счет повреждения нервов, создают предпосылку к развитию слабости брюшной стенки и развитию послеоперационных грыж. Таким пациентам часто приходится прибегать к повторным оперативным вмешательствам по поводу послеоперационных грыж.

Цели исследования. Выявить частоту развития послеоперационных вентральных грыж и способы их лечения после операции резекции поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите.

Пранализированы истории болезни лиц, перенесших операцию резекции тела и хвоста поджелудочной железы и поступивших на лечение послеоперационных грыж.

Полученные результаты: За период с2001 по2007 год наблюдалось 8 случаев с острым деструктивным панкреатитом, при которых была проведена субтотальная резекция поджелудочной железы с дренированием забрюшинных клетчаточных пространств. У всех больных впоследствии образовались грыжи (у 8-ых абдоминальные грыжи, у 2-ух поясничные). Три абдоминальные и одна поясничная грыжи были прооперированы с пластикой грыжевых ворот собственными тканями, одну абдоминальную грыжу укрыли с помощью лавсановой сетки. В послеоперационном периоде у данного пациента

Репозиторий ГрГМУ

наблюдалось повышение температуры и истечение серозной жидкости из операционной раны. Трое больных отказываются от оперативного лечения в связи с отсутствием жалоб и удовлетворительным общим состоянием.

Выводы. При проведении операции резекции поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите у всех пациентов образуются грыжи(вентральные и поясничные) в связи с высокой травматичностью операции. Таким больным рекомендуется проводить пластику грыжевых ворот собственными тканями либо, если это невозможно, применять пластику лавсановой сеткой.

ГЕОФИЗИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ КАК ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ

Черник Г.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии. Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научные руководители – к.м.н., ст. преподаватель С.Д. Орехов;

к.м.н., доцент К.Н. Соколов

Не вызывает сомнения значимость профилактики в здравоохранении. Предсказуемость внешних и внутренних факторов, негативно сказывающихся на состоянии организма, позволяет своевременно корректировать отклоняющиеся параметры, не доводя дело до явной патологии. В анализированной нами литературе обнаружено небольшое количество работ, посвященных прогнозу состояния сердечно-сосудистой системы человека в фазах геофизических, солнечных и галактических циклов различной длительности.

Цель исследования – изучить частоту встречаемости и спектр сердечно-сосудистых заболеваний в фазах вышеназванных циклов, а также попытаться прогнозировать риск сосудистых катастроф.

Репозиторий ГрГМУ

Для достижения поставленной цели из открытых источников были скопированы показатели геофизической и солнечной активности за октябрь-декабрь 2003 года. Были проанализированы истории болезней лиц, поступивших в первую городскую больницу с сердечно-сосудистыми заболеваниями в течение указанного периода. Статистической обработке при помощи пакета Statistica 6.0 были подвергнуты данные: 231 истории болезни (120 мужчин и 111 женщин). Возраст больных варьировал от 36 до 94 лет.

Существенная синхронизация ритмической активности Солнца, Луны и Земли в различных частотных диапазонах (длительность циклов около 28, 14, 7-10, 5, 3 дней) не позволяла связать синхронные колебания частот заболеваний с конкретным ритмом конкретного космического тела. Однако, при различной степени сглаживания временных рядов, определялись как неблагоприятные дни для сосудов мозга и сердца: 5-7 дни до и после новолуния, и приблизительно 3 дня до и после полнолуния (околомесячный цикл). Для сердечного кровотока наибольшую опасность представляли 1-2 дня после всплеска К-индекса, а для мозгового кровотока – 1-2 дня после спада геомагнитной активности (цикл длительностью около 7 дней). Риск нарушения сердечного кровотока также был выше приблизительно через 12 часов после пика К-индекса и для кровотока в мозге - приблизительно через 12 часов после спада (цикл длительностью около 3.5 дней). Быстрые спады геомагнитной активности в течение суток оказывали сходный с трехдневными ритмами эффект. Несмотря на сложную комбинацию из нескольких ритмов, удалось выявить слабую, но достоверную, положительную корреляцию между частотой инфарктов миокарда и К-индексом, и отрицательную - между частотой мозговых инсультов и К-индексом.

Полученные данные могут быть использованы в профилактической работе с группами риска по острой недостаточности кровообращения.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ АНГЛИЙСКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ

Репозиторий ГрГМУ

ТЕРМИНОВ В ОБЛАСТИ УРОЛОГИИ

Черняк А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель- к.ф.н. доцент Гущина Л.Н.

Данная работа представляет структурный анализ английских онкологических терминов в области урологии. По своей структуре все онкологические термины по мнению к Гущиной Л.Н. делятся на две основные группы: монолексемные и полилексемные. Монолексемные термины представляют меньшую часть исследуемых терминов. Структурный анализ полилексемных онкотерминов в области урологии выявил явное преобладание двухкомпонентных терминов-словосочетаний. Самая распространенная модель двухкомпонентных терминов является сочетание:

1) существительное + определяющее его прилагательное (44%): *aggressive tumor, visible tumor, local tumor,* причем, в содержании этих терминов по мнению к.филолог.н. Филипповой Е.В. можно выразить разнообразные признаки и свойства основного понятия:

а) характер распространенности опухоли: *local tumor, diffuse tumor*;

б) место развития опухоли: *superficial tumor, testicular tumor, papillary cancer*;

в) характер повторяемости опухоли: *primary tumor, recurrent tumor*;

2) существительное + существительное в функции определения (9%): *serum tumor, bladder cancer, prostate cancer;*

3) существительное + существительное (имя собственное) (2*%): Wilm's tumor*;

4) словосочетание существительных с предлогом of: *carcinoma of the urether*;

5) существительное + причастие прошедшего времени в функции определения (7%): *revised tumor, autopsy-detected cancer, well-*

Репозиторий ГрГМУ

differentiated tumor.

Трехкомпонентные термины-словосочетания (15,5% от изученных терминов): *renal cell carcinoma, germ cell tumor, tumor of the prostate urethra, carcinoma of the renal pelvis, Bellini duct tumor=Bellini duct carcinoma.*

Монолексемные термины сгруппированы по трем типам: простые, аффиксальные, сложные и сложнопроизводные.

К простым терминам отнесены те лексические единицы, основа которых совпадает с корнем. Самым распространенным термином является tumor, вторым по частоте употребления является cancer.

К производным терминам отнесены лексические единицы, состоящие из основы и аффиксов: *papilloma, cystoma, seminoma, nephroma, carcinoma*.(11%).

К третьему типу отнесены сложные и сложнопроизводные термины. Значительное большинство этих терминов образовано путем сложения двух или более основ, при этом последняя составляющая имеет терминоэлемент “oma” и может использоваться самостоятельно: *embryonephroma, spermatoblastoma, spermatocystoma, spermatogonioma* (9%).

Изучение структурных типов английских монолексемных и полилексемных онкотерминов показывает, что у монолексемных терминов типовым родовым элементом является суффикс “oma” со значением «опухоль». Типовой видовой элемент у монолексемных терминов представлен одной-двумя, реже тремя-четырьмя морфемами, у полилексемных- прилагательным или существительным, обозначающим в большинстве случаев орган, тип ткани или клеток, из которых развивается опухоль.

Литература:

1.Филиппова Е.В. Типология онкологических терминов в современном английском языке: Автореферат, дисс. канд.филолог. наук.- М.-1991г

Репозиторий ГрГМУ

2. Гущина Л.Н. Сравнительно-сопоставительный анализ медицинских терминов в области онкологии в русском и английском языках: Автореферат дисс.канд.филлолог.наук.-М.-2004г

3. Harrison’s principles of internal medicine. 16 edition Mc Graw-Hill Medical Publishing Division 2005 USA.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В и С В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Черняк С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.И. Богуцкий

Продолжающийся рост заболеваемости хроническими гепатитами В и С (ХГВ, ХГС) в подростковом возрасте и достаточно высокий процент хронизации обусловливают актуальность данной проблемы [1, 2].

Цель исследования: изучение эпидемиологических особенностей ХГВ и ХГС у лиц мужского пола в подростковом возрасте.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 107 больных мужского пола в подростковом возрасте (ХГВ – 54, ХГС – 53). Обследование включало тщательный сбор жалоб, детализацию эпидемиологического анамнеза, включая анонимное анкетирование, объективный осмотр, общепринятые клинические и биохимические лабораторные исследования. Вирусная этиология гепатитов подтверждалась исследованием сыворотки крови методом ИФА на HBsAg, HBeAg, анти-HBc IgM и G, анти-HCV и в ряде случаев методом ПЦР.

Полученные результаты. Среди наблюдаемых 54 больных ХГВ продолжительность болезни была от 6 месяцев до 8 лет, в среднем 2,3 года. Жителей города было 40 (74,1%), села – 14 (25,9%). На оперативные вмешательства в анамнезе указывали 12 больных

Репозиторий ГрГМУ

(22,2%), повторные госпитализации в стационары и многократные инъекции – 7 (12,9%), гемотрансфузии – 2 (3,7%), нанесение татуировок в домашних условиях – 7 (12,9%), внутривенное введение наркотических средств – 5 (9,3%), наличие больных ХГВ в семье – 4 (7,4%). На перенесенную ранее острую желтушную форму гепатита В указали 3 больных. В остальных 31,6% случаев выяснить возможный путь инфицирования не удалось.

Среди 53 больных ХГС жителей города было 43 (81,1%), села – 10 (18,9%). Продолжительность болезни колебалась от 6 месяцев до 7 лет, в среднем 2,2 года. На оперативные вмешательства и инвазивные лечебно-диагностические процедуры указали 19 больных (35,8%), гемотрансфузии – 2 (3,8%), нанесение татуировок в домашних условиях – 11 (20,7%), половые контакты с анти-HCV положительными женщинами – 3 (5,7%). В анамнезе 9 больных (17%) указания на внутривенное введение наркотиков. В других случаях уточнить возможный путь инфицирования не удалось. Среди больных, употреблявших ранее наркотические средства внутривенно, в 3 случаях установлен клинический диагноз ХГ-микст (В+С).

Принимая во внимание, что у 31,6% больных ХГВ и у 17% больных ХГС установить путь инфицирования не удалось, не исключалась возможность полового пути передачи инфекции. Это объясняется высокой сексуальной активностью данной возрастной группы и большей вероятностью инфицирования HBV–инфекцией половым путем. Роль половых контактов в передаче вируса гепатита С менее значима.

Литература:

1. Себут Н.С., Зуева Л.В., Пашкович В.В. и др. Эпидемиологическая характеристика парентеральных вирусных гепатитов в Республике Беларусь за 1996-2005 годы // Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и инфекций, передаваемых половым путем: Матер. науч.-практ. республиканской

Репозиторий ГрГМУ

конференции. – Минск: Доктор Дизайн, 2006. – С. 44-51.

2. Сологуб Т.В., Горячева Л.Г. Эколого-эпидемиологические, патогенетические аспекты вирусных гепатитов и принципы безопасной терапии. – М., 2002. – 156 с.

АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ КАК ПРОБЛЕМА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ АРТЕРИАЛЬНЫХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННЫХ ОККЛЮЗИЙ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Чмель В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - д.м.н., профессор Иоскевич Н.Н.

Целью настоящего исследования явился анализ частоты выполнения ампутаций нижних конечностей и их исходов у больных облитерирующим атеросклерозом, перенесших реконструктивные артериальные операции на артериях бедренно-подколенного сегмента.

Нами проанализированы результаты лечения 75 больных облитерирующим атеросклерозом артерий бедренно-подколенного сегмента, перенесших бедренно-подколенное аутовенозное шунтирование реверсированной аутовеной. Операции выполнялись под перидуральной анестезией. С хронической артериальной недостаточностью (ХАН) кровообращения в нижних конечностях 2б стадии (по Fontaine) оперировано 22 чел, с 3 – 24 чел, с 4 – 28 чел. Средний возраст пациентов составил 59,4±2,6 лет. Все наблюдавшиеся лица мужского пола. Срок послеоперационного наблюдения за больными колебался от 1 года до 10 лет. Характер окклюзионно-стенотического поражения артерий устанавливался на основании данных пункционной рентгеноконтрастной ангиографии.

Найдено, что в раннем послеоперационном периоде ампутация одной нижней конечности производилась 3,4% больным. Нижняя

Репозиторий ГрГМУ

конечность была сохранена в 96,6% случаев.

При сроке послеоперационного периода от 1 года до 10 лет ампутация прооперированной нижней конечности производилась через 3 года у 36,6% больных, через 5 лет – у 78,6%, через 10 лет – у 86,6%. После выполнения бедренно-подколенного шунтирования при проходимости трех артерий голени в течение первых 5 лет послеоперационного периода ампутировалось 28% нижних конечностей, задней большеберцовой артерии – 43%, задней и передней большеберцовой артерий - 50%, задней и малоберцовой артерий - 66%. Кумулятивное сохранение оперированной нижней конечности через 5 лет с момента выполнения операции составило при исходной 2б стадии ХАН нижних конечностей – 79,1%, при 3 стадии – 56,9%, при 4 – 9,8%, а через 10 лет –38,5%, 16,4% и 7,3%, соответственно.

Кумулятивная продолжительность жизни в наблюдаемой группе через 5 лет послеоперационного наблюдения при исходной 2б стадии ХАН нижних конечностей составила 86,1%, при 3 стадии – 68,3%, при 4 – 59,5% (различия между группами статистически значимые - $p<0,01$). Через 10 лет продолжительность жизни больных равнялась 49,9%, 19,9% и 14,6%, соответственно ($p<0,01$). Причинами смертельных исходов больных облитерирующим атеросклерозом артерий бедренно-подколенного сегмента, перенесших ампутации нижних конечностей явились ишемический инсульт, инфаркт миокарда, онкологические заболевания.

Из всех выполненных ампутаций в 46(61,3%) случаях она выполнялась на уровне средней трети бедра, а в 29(38,7%) – в верхней трети бедра. Нагноение подкожной жировой клетчатки наблюдалось у 6 (8%) больных, флеботромбоз ампутационной культи у 5(6,7%)% больных. Послеоперационная летальность составила 5,3% (умерло 4 больных).

Таким образом, частота выполнения ампутации нижних

Репозиторий ГрГМУ

конечностей у больных облитерирующим атеросклерозом, перенесших реконструктивные артериальные операции на бедренно-подколенной области, зависит от исходной стадии ХАН нижних конечностей и проходимости артерий голени. Операция сопряжена с риском развития всевозможных послеоперационных осложнений, что требует разработки дифференцированной схемы лечения данной группы больных как в до-, так и в послеоперационном периоде.

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АСИММЕТРИЙ У СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА ИСКУССТВ

Шаблина О.В., Головацкая Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научные руководители – к.м.н., ст. преподаватель Л.В. Дорохина;

к.м.н., ст. преподаватель С.Д. Орехов.

Учение о функциональной асимметрии мозга переживает период интенсивного развития, так как накапливаются новые качественные и количественные признаки сходства и различий функций больших полушарий. Все проявления асимметрии можно условно разделить на три вида: моторная, сенсорная и психическая. Ранее мы провели исследование функциональных асимметрий у студентов медицинского университета. Представляется целесообразным оценить степень выраженности латерализации функций у студентов, занимающихся искусством и творческой деятельностью.

Цель исследования – изучить особенности распределения моторных, сенсорных и психических асимметрий у студентов колледжа искусств. Была проведена оценка сенсо-моторных и психических асимметрий у 90 студентов (35 юношей и 55 девушек) в возрасте от 17 до 23 лет с использованием набора методик, рекомендованных Н.Н. Брагиной, Т.А. Доброхотовой [1988]. Моторную латерализацию определяли с помощью кистевой динамометрии, а также тестов -

Репозиторий ГрГМУ

«переплетение пальцев», «аплодирование», «поза Наполеона», «рисование круга», «нога на ногу», «отклонение от заданного направления». Оценка сенсорных асимметрий осуществлялась с использованием пробы Розенбаха, телефонное прослушивание, проба с часами. Проводили определение механической тактильной чувствительности предплечья.

Сенсорная асимметрия – асимметрия функционирования органов чувств. Сенсорная асимметрия является более четкой и постоянной характеристикой деятельности центральных систем. Этот вид асимметрии сохраняется и закрепляется в течение всей жизни. Различают асимметрию органов зрения, слуха, вкуса, обоняния и осязания. Более устойчивым видом сенсорной асимметрии считается слуховая асимметрия, так как зрительная асимметрия нивелируется после 30-35 лет, а слуховая – после 40-50 лет жизни. Распределение высших нервных функций между полушариями (мышление, сознание, эмоции, восприятие пространства и времени, речь) – определяется как психическая асимметрия. Моторная асимметрия – асимметрия функционирования рук, ног, мышц лица, правой и левой половин тела в формировании общей двигательной активности и внешнего выразительного поведения человека. Ранее предполагали, что в основе моторной асимметрии лежит анатомическая асимметрия моторных зон коры головного мозга, однако сейчас данное утверждение опровергается [Jung P. et al., 2003]. Развитие моторной асимметрии детерминировано деятельностью периферии в ранние периоды онтогенеза, что ведет к микроструктурным перестройкам на уровне коры головного мозга. Она появляется и нарастает в детские годы, достигает максимального развития к зрелому возрасту, а в позднем возрасте относительно нивелируется. Если в раннем детстве начать переучивать левшу, то для него остается характерная сенсорная и психическая асимметрия, отличная от правшей [Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А., 1988]. Моторная асимметрия является

Репозиторий ГрГМУ

неустойчивой и может изменяться в период адаптации [Леутин В.П., Николаева Е.И., 1988]. Преобладание праводоминантных/ левополушарных типов у обоих полов в выборке студентов колледжа искусств подтверждает ведущую роль левого полушария в творческих и интеллектуальных процессах. Проведенные исследования убедительно свидетельствуют о доминировании асимметричных типов над симметричными, а среди асимметричных резко преобладают лица с правосторонней асимметрией, левосторонняя асимметрия встречается несравнимо реже.

ДИАГНОСТИКА ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОЙ СТАДИИ СИНДРОМА ДВС В ГРУПП ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛЫМИ ГЕСТОЗАМИ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОС

Шадрина И. Ю.

Гродненский государственный университет, Беларусь

Курс клинической биохимии кафедры анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель – к.м.н. Н.А. Оганесян

Несмотря на многочисленные исследования, проблема гестозов (преэклампсия, гипертония, индуцированная беременностью) остается актуальной. Частота их составляет 8%-16%. Они занимают 2-3 место в структуре материнской смертности, являясь одновременно основной причиной неблагоприятных перинатальных исходов [3]. Одной из значимых причин материнской летальности при тяжелых гестозах является синдром ДВС. Ранняя диагностика развития этого синдрома определяет успешность терапии.

Целью настоящего исследования явилось определение диагностической эффективности определения уровня Д-димеров для раннего выявления синдрома ДВС в группе пациенток с тяжелыми гестозами.

Методы исследования. Группу составили 44 женщины с тяжелыми гестозами второй половины беременности. Для оценки тяжести гестоза

Репозиторий ГрГМУ

использовали шкалу предложенной Goek и доработанной Г.М. Савельевой [1]. В группу включались пациентки с суммой 12 и более. Диагноз синдрома ДВС базировали на критериях рекомендуемых Международным обществом тромбоза и гемостаза [2]. Всем пациенткам измерялись показатели традиционной коагулограммы (АЧТВ, фибриноген, ПТИ, тромбоциты), а также уровень Д-димеров методом иммунометрического анализа сэндвичевого типа. Результаты выражали в виде M±m, для оценки значимости различий использовали тест Манна-Уитни.

Результаты исследования. Среднее значение суммы баллов по шкале Савельевой для группы составило 14,6 ± 2,0 (от 12 до 20). В 5 случаях (15,9%) тяжелый гестоз осложнился преэклампсией. Далее пациентки, в зависимости от наличия или отсутствия у них синдрома ДВС, были разделены на 2 группы: (1) ДВС исключен – 36 человек; (2) синдром ДВС I – 6 человек. У 2 женщин был выставлен диагноз ДВС на стадии гипогоагуляции, и из дальнейшего обследования они были исключены. Данные представленные в таблице демонстрируют нечувствительность ПТИ, АЧТВ, концентрации фибриногена и числа тромбоцитов к гиперкогуляционной стадии синдрома ДВС. В тоже время уровень Д-дмиеров у пациенток с ДВС I увеличивался более чем в 4 раза по сравнению с женщинами, у которых этот диагноз был исключен.

Таблица. Показатели гемостазиограммы у пациенток с тяжелыми гестозами второй половины беременности

Показатель	ДВС исключен	ДВС -I
ПТИ	0,99 ± 0,01	0,98 ± 0,06
АЧТВ	27,5 ± 0,6	30,6 ± 3,3
Тромбоциты, $x10^9$/л	218,6 ± 11,2	205,8 ± 31,7
Фибриноген, г/л	4,9 ± 0,22	3,7 ± 0,62

Репозиторий ГрГМУ

Д-димеры, мг/л	0,69 ± 0,09	3,05 ± 0,33*

Примечание:*- разница в отношении группы с исключенным ДВС (p< 0,01).

На основании представленных результатов можно сделать вывод, что параметры рутинной коагулограммы являются мало пригодными для выявления гиперкоагуляционной стадии синдрома ДВС в группе женщин с тяжелыми гестозами второй половины беременности. Определение уровня Д-димеров – ранний и чувствительный маркер ДВС I.

Литература:

1. Савельева Г.М.// Методические указания. – М., 1999
2. Kobayashi T. et al // Sem in Thromb and Hem. – 2001 – Vol. 27, N 2. – P. 161-167
3. Milne F., et al // BMJ. – 2005. – Vol. 330. - P. 576-580

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ РАБОТНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Шаповалова Ю.М., Горегляд Т.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – ст. преподаватель О.Н. Рындова

Проблема социально-психологической адаптации работников актуальна и является необходимым звеном кадрового менеджмента. К сожалению, важность мероприятий по профориентации и адаптации работников в нашей стране недостаточно воспринимается кадровыми службами.

Как мы знаем, подбор и приём на работу представляет собой довольно длительный и дорогостоящий процесс – к первому дню работы нового сотрудника компания уже затрачивает на него

Репозиторий ГрГМУ

значительные средства. Поэтому компания заинтересована в том, чтобы принятый на работу сотрудник не уволился через несколько месяцев. Основные причины ухода – несовпадение реальности с ожиданиями и сложность интеграции в новую организацию. Помочь сотруднику успешно влиться в новую организацию – важнейшая задача руководителей и специалистов по кадрам. Социально-психологическая адаптация нового работника связана с его вхождением в первичный коллектив. Первичный коллектив – это среда, непосредственно окружающая человека: среда труда, общения и быта. По своим функциям она напоминает семью, а семейные отношения , как правило, складываются в течение длительного времени. Наблюдения специалистов свидетельствуют о том, что, если социально-психологическая адаптация не завершена, то отношения между членами коллектива деформируются, что отрицательно влияет на совместное выполнение производственных заданий. Кроме того, социально-психологически адаптированный работник – это работник, устойчиво закреплённый в коллективе. Именно социально-психологическая дезадаптация лежит в основе явлений текучести среди молодых сотрудников.

Большое влияние на адаптацию оказывает и морально-психологический климат. Он определяет настроение коллектива и отношение к адаптанту. В первичном коллективе адаптант испытывает эмоциональный дискомфорт, при отсутствии взаимопомощи – затруднения в выработке умений коллективного труда. В первое время адаптант может специально обострить отношения с коллективом, пойти на конфликт. В этих случаях необходимо проявить терпение, но в то же время настойчиво добиваться выполнения всех правил жизни коллектива. Роль руководителя в таких условиях состоит в том, чтобы сдержать действия и поступки эмоционально неуравновешенных членов коллектива. Он так же должен, как никто другой, выбрав точный психологический подход, суметь разрешить данную конфликтную

Репозиторий ГрГМУ

ситуацию. Руководителю, который осуществляет управление, необходимо учитывать законы, определяющие динамику психических процессов, межличностных взаимоотношений, группового поведения..

Таким образом, любой человек, каким бы он ни был, всегда что-то скрывает о себе, что-то ослабляет, что-то усиливает, какие-то сведения о себе отрицает и т.д. Пользуясь подобными защитными приёмами, он демонстрирует себя людям не таким, каков он есть на самом деле, а таким, каким бы он хотел, чтобы его видели другие. Тем не менее, любой человек может быть познан.

В настоящее время в экономических науках и в психологии успешно разрабатываются научные принципы подхода к человеку как к объекту познания. Среди таких принципов можно отметить, в частности, такие, как принцип универсальной талантливости («нет людей неспособных, есть люди, занятые не своим делом»); принцип развития («способности развиваются в результате изменения условий жизни личности и интеллектуально-психологических тренировок»); принцип неисчерпаемости («ни одна оценка человека при его жизни не может считаться окончательной»).

В заключение можно сделать следующий вывод: главной задачей профориентационной работы и адаптации должно стать преодоление дисбаланса потребности в профессиональном труде между работником и организацией. Ведь организация заинтересована в повышении конкурентоспособности своей продукции, а это требует отбора как высокоэффективных технологий и техники, так и наиболее способных и профессиональных работников. Чем выше уровень развития работника с точки зрения совокупности его профессиональных знаний, умений, навыков, способностей и мотивов к труду, тем быстрее совершенствуется и более производительно используется вещественный фактор производства.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ

Репозиторий ГрГМУ

ИССЛЕДОВАНИЕ)

Шедь О.Б., Казбанов В.В., Сергиевич С.И.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Институт физиологии НАН Беларуси, г. Минск

Научные руководители - к.м.н., доцент Ю.Г.Дегтярев,

член-корреспондент НАН Беларуси, д.м.н., профессор В.А.Кульчицкий

Проблема возникновения химических ожогов пищевода имеет ряд нерешённых вопросов. Остаётся дискутабельным вопрос о наиболее рациональном подходе в лечении химических ожогов.

Методы и материалы исследования. Экспериментальные исследования проведены на базе ИФНАНБ на 12 крысах-самцах. Животным под наркозом вводили раствор уксусной кислоты. После инстилляции проводилось лечение: 2 крысам внутрибрюшинно ежедневно вводили цефазолин; 2 крысам – преднизолон; 3 крысам – цефазолин и преднизолон. Остальные крысы лечения не получали. После гибели животных осуществлялась аутопсия.

На базе ДХЦ г. Минска проведён скрининг 58 историй болезней детей с анализом ближайших и отдалённых результатов лечения детей с ожогами, проанализированы результаты лечения в зависимости от видов бужирования.

Результаты и их обсуждение. Оптимальным методом лечения детей остаётся бужирование пищевода.8,6 % детей были госпитализированы в ОИТР, 89,6% в отделение ЭДХ. Из них: 34,4% - ожог щёлочью, 20,6%-кислотами. Были применены следующие виды бужирования: по нити-2, по струне, под контролем ФГС-2, стентирование-2, баллонная диллятация-3, операция пластики пищевода-2. Частота бужирования составляла 1-3-4 раз в месяц в течение первых 6 месяцев, затем уменьшалась.

Отдаленные результаты зависели от вида химического агента, количества, дозы вещества. Длительность сохранения жизни животных

Репозиторий ГрГМУ

зависела от различных подходов в терапии. Крысы, получавшие гормональный препарат, погибли в 1 сутки; получавшие только антибактериальный препарат, погибли через 1,5 недели; группа животных, получавшая гормональный и антибактериальный препараты, оказались наиболее устойчивыми к развитию патологических изменений.

При проведении аутопсии обнаружено токсическое поражение легких, желудка, пищевода, значительные морфологические изменения в печени.

Вывод. Бужирование – основной методом лечения современной хирургии.

В остром периоде наиболее рациональным подходом в лечении химических ожогов у детей является назначение, наряду со стандартными лечебными мероприятиями, профилактической терапии. Учитывая найденные морфологические изменения в печёночной ткани, показано назначение гепатопротекторов.

Литература:

1. Катько В.А. Детская хирургия. – Мн.: ООО «Мэджик Бук», 2004. – 196 с

2. Разумовский А.Ю., Романов А.В., Батаев С.-Х. М., Садчикова Р. В., Захаров А.И. Тактика лечения детей с химическими ожогами пищевода // Детская хирургия. – 2001, №6. – С.32-36.

ХИРУРГИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Шейфер Ю.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - к.м.н., ассистент В.П.Василевский

Синдром диабетической стопы является наиболее частым и грозным поздним осложнением сахарного диабета. Число больных сахарным диабетом во всём мире увеличивается. Более 180 млн.

Репозиторий ГрГМУ

человек страдают этим заболеванием, а к 2025 г. прогнозируется увеличение до 330 млн [2]. По данным Минздава Беларуси, в стране на конец 2005 г. зарегистрировано 144 тыс. больных, включая 1500 детей и подростков. Медико-социальная значимость обусловлена большим количеством нетравматических ампутаций, из которых 75 % приходится на синдром диабетической стопы. Экономические затраты. связанные с ампутациями, составляют от 10 969 до 26 940 долларов в год [3,1].

Целью работы явилось выявление клинических проявлений и определение рациональных способов хирургического лечения синдрома диабетической стопы.

Нами обследовано 190 больных сахарным диабетом с синдромом диабетической стопы, проходивших лечение в хирургическом отделении узловой клинической больницы г. Гродно с 2004 по 2006 гг. По возрасту обследованные больные распределены следующим образом: до 50 лет – 9 человек, что составляет 4,7 %; после 50 – 181 человек (95,3 %). Клинические формы синдрома диабетической стопы у наблюдаемых пациентов можно представить в виде : нейропатической формы – 114 больных (60 %), ишемической формы – 19 больных (10 %), смешанной формы – 57 больных (30%). По степени тяжести ишемических расстройств и деструкции тканей среди наблюдаемых больных следует выделить следующие группы: сахарный диабет плюс ангиопатия – 105 больных (55,26 %) ,сахарный диабет и трофические язвы – 45 больных (23,68 %), сахарный диабет плюс гангрена дистальных отделов нижних конечностей – 40 больных (21,06%). Необходимо отметить, что у 36 больных (34.3%) сахарный диабет сочетался с облитерирующим атеросклерозом. Консервативное лечение было проведено у 136 больных, у остальных 54 пациентов оно было дополнено хирургическим вмешательством. В связи с этим потребовалось выполнить 31 ампутацию, что составляет 57,41 % от общего числа оперативных вмешательств, 11 некроэктамий (20,37 %), 4 аутодерматопластики (7,41%), 8 вскрытий гнойно-некротических

Репозиторий ГрГМУ

флегмон (14,81%). Структура ампутаций выглядит следующим образом: на уровне бедра-11(35,48 %); на уровне стопы - 2 (6,45 %), и удаление пальцев стопы - 18 (58,01 %).В результате проведенного лечения клиническое улучшение получено у всех больных. Однако у 1 больного 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 3 пациентов некрэктомии, у 2 больных вскрытие флегмоны сопровождалось этапными хирургическими санациями в количестве от одного до трёх оперативных вмешательств.

Из вышесказанного следует, что синдром диабетической стопы – осложнение сахарного диабета, которое в конечном итоге приводит к потере трудоспособности, а в ряде случаев и к инвалидизации. В зависимости от степени и глубины поражения дистальных отделов нижних конечностей хирургическое лечение может быть выполнено в виде ампутации, некрэктомии, аутодерматопластики, вскрытия гнойно-некротических флегмон. Таким образом, целесообразна выработка системного комплексного подхода к диагностике и лечению данной патологии в каждом конкретном клиническом наблюдении.

Литература:

1. Газетов Б.М. Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом. – М.: Медицина, 1991. – с.256

2. Чур. Н.Н. Лечение больных синдром диабетической стопы// Здравоохранение.– 1998. – №3. – С. 8 – 11

3. The High Risk Foot in Deabets Mellitus Edited by R. G. Frykberg, 1991

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Шило Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Репозиторий ГрГМУ

Научный руководитель – ст. преподаватель Н.Е. Хильмончик

«Реабилитация» - термин, который происходит от французского rehabilitation и от латинской приставки ге-(вновь), в переводе - восстановление, приспособление.

МР в широком понимании рассматривается как система мероприятий, направленных на выздоровление, компенсацию и восстановление нарушенных в результате болезни или травмы функций, на профилактику осложнений, хронического течения и рецидивов заболевания, на приспособление больного к самообслуживанию и трудовой деятельности в новых условиях, возникших вследствие болезни. Одновременно решается задача восстановления больного как личности, возвращение его к активной жизни в обществе.

В современном представлении реабилитация - это система медицинских, государственных, социально-экономических, профессиональных, педагогических и юридических мероприятий, направленных на восстановление утраченных морфофизиологических, психологических, а также социальных функций организма, трудоспособности больных и инвалидов.

Медицинская реабилитация невозможна без участия среднего медицинского персонала.

Сестринский процесс в медицинской реабилитации решает следующие задачи:

- повышение качества реабилитационных мероприятий
- снижение сроков реабилитации
- снижение потребности во врачебных кадрах
- повышение роли медсестры в реабилитационном процессе;

Выделяют 3 вида реабилитации — медицинскую, профессиональную и социальную. Для их реализации необходимы усилия специалистов различных профилей.

Репозиторий ГрГМУ

МР начинается с момента острой фазы болезни и продолжается до тех пор, пока не будет достигнуто максимально возможное устранение физических, психических и профессиональных

Работа с больными при длительной и стойкой потере трудоспособности требует особой деликатности, душевной теплоты, внимания и профессиональной подготовки медицинских сестер. Основные средства реабилитационного воздействия – ЛФК, массаж, физиотерапия – выполняются в основном медицинскими сестрами, или при их участии и контроле. Из организации, творчества, реализации поставленных целей и задач будет вытекать качество и своевременность реабилитационных мероприятий, этим будет обусловлен дальнейший исход.

Медицинская сестра является главной организационно-лечебной должностью на всех или на наиболее ответственных этапах реабилитационного процесса.

Таким образом, медицинская сестра не только творческий организатор сестринского процесса, но и тонкий психолог, создающий благоприятный микроклимат в отделении, способный помочь больному переключиться со своего заболевания на интересы группы, помогает общению и взаимопониманию между пациентами. Медсестра должна вселять веру в больного, в возможность возвращения к труду, к своим семейным обязанностям.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНЫ МЕТАЭПИФИЗОВ БЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ

Шило Р.С., Вакулич Е.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.В. Калугин

Лечение пациентов с переломами голени в области голеностопного сустава, не смотря на достижения травматологии последних лет и

Репозиторий ГрГМУ

кажущуюся простоту проблемы, зачастую сопровождается рядом тактических ошибок, приводит к неудовлетворительным результатам и сохраняет актуальность для практической травматологии.

Целью данной работы является уточнение показаний к консервативному и оперативному методам лечения переломов дистальных метаэпифизов берцовых костей.

Материал и методы. В данной работе проанализированы истории лечения 37 пациентов с повреждениями голеностопного сустава, находившихся на лечении в ГКО СМП г. Гродно в течение 2001-2005 годов(22 мужчины, 15 женщин). Возраст пациентов составил от 25 до 85 лет. Обследование пациентов проводилось по общепринятым методикам, включающим клиническое, рентгенологическое, инструментальное, лабораторное и медико-статистическое. При постановке диагноза использовали классификацию переломов дистального отдела большеберцовой и малоберцовой костей по системе АО (Мюллер).

Результаты. Отдаленные результаты в сроки от 7 месяцев до 2 лет прослежены у 37-ми пациентов. 27-ми осуществляли оперативное и 10-ти консервативное лечение. Нами использована оценочная система Маттиса. Из 27-ми оперированных пациентов полная функция восстановлена у 15-ти (отличный результат). У 11-ти имелось некоторое ограничение движений в голеностопном суставе, а после длительной нагрузки в той или иной мере отмечались болевые ощущения, которые в большинстве случаев не требовали применения анальгетиков (75-85 баллов по шкале Маттиса, результаты оценены как хорошие). У одного пациента после открытого перелома-вывиха в голеностопном суставе, помимо существенного ограничения движений в голеностопном суставе (при отсутствии ран и восстановленной опорности конечности), сохранялась отечность тканей области голеностопного сустава, болевые ощущения после нагрузки на конечность. Средняя величина тыльной флексии в группе

Репозиторий ГрГМУ

оперированных пациентов составила 8,5+-1,5 градуса, подошвенной флексии - 24+-2 градуса.

Из 10-ти пациентов, которым проводили консервативное лечение, полная функция восстановлена у 7-ми (по системе Маттиса- 85-95 балов) – отличные результаты, у 3-х имелся функциональный дефицит (70-75 баллов) – удовлетворительные результаты. Средняя величина тыльной флексии в группе пациентов, пролеченных консервативно, составила 8+-1,5 градуса, подошвенной флексии – 22+-2 градуса.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ПОКОЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ХОРДАМИ

Шишко В.И., Кропа О.М., Хакало Ж.К.

Гродненский областной кардиологический диспансер, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., доцент В.А.Снежицкий

Введение: Пролапс митрального клапана (ПМК) и аномально расположенные хорды (АРХ) относятся к наиболее распространённым дисплазиям соединительной ткани сердца (ДСТС) и составляют 90% от их общего количества. В последнее время появились убедительные данные указывающие на связь ПМК и АРХ с нарушениями ритма сердца и проводимости.

Цель работы: выявить возможности стандартной ЭКГ покоя в диагностике нарушений ритма сердца и проводимости у мужчин призывного возраста с ПМК и АРХ.

Материалы и методы: было обследовано 180 мужчин призывного возраста (средний возраст -). По результатам эхокардиографии (ЭхоКГ) выделены 3 группы обследуемых: 1-я (контроль) – 20 чел., 2-я (АРХ) – 114 чел., 3-я (ПМК) – 46 чел. Всем пациентам выполнялась регистрация ЭКГ в течении 1 минуты в 12 стандартных отведениях на аппаратно-программном комплексе ”Интекард-3” (РБ), в условиях

Репозиторий ГрГМУ

психоэмоционального покоя в первой половине дня.

По результатам исследования выявлены следующие нарушения ритма и проведения: неполная блокада правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ) – 30 (16,7%), синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) – 23 (12,8%), синдром предвозбуждения желудочков (СПВЖ) - 17 (9,4%), желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) – 12 (6,7%), наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭС) – 8 (4,4%), атриовентрикулярная блокада 1 ст. (АВ-бл.1 ст.) – 7 (3,9%), нижнепредсердный ритм (НПР) – 5 (2,8%), синоатриальная блокада 2 ст. (СА-бл. 2 ст.) – 3 (1,7%), другие нарушения (пароксизм фибрилляции предсердий - 1, суправентрикулярная миграция водителя ритма – 2, узловой ритм – 1, атриовентрикулярная диссоциация -1, узловая парасистолия -1) – 6 (3,3%).

Распределение по нозоологиям представлено в таблице:

Показатели	1-я группа N=20	2-я группа N=114	3-я группа N=46
НБПНПГ	2 (10%)	19 (16,7%)	8 (19,5%)
СРРЖ	1 (5%)	16 (14,0%)	6 (13,9%)
СПВЖ		12 (10,5%)	5 (10,9%)
ЖЭС		8 (7,0%)	4 (8,7%)
НЖЭС		7 (6,1%)	1 (2,2%)
АВ - бл. 1ст.		5 (4,4%)	2 (4,3%)
СА - бл. 2 ст.		1 (0,9%)	2 (4,3%)

Репозиторий ГрГМУ

НПР		2 (1,8%)	3 (6,52%)

Заключение: 1. СРРЖ выявляется у пациентов с АРХ и ПМК значительно чаще чем в общей популяции, по мнению ряда исследователей его обнаружение может служить маркёром ДСТС.

2. Выявлена высокая частота встречаемости СПВЖ у лиц с ДСТС (более 10%). Полученные результаты согласуются с литературными данными, согласно которым встречаемость СПВЖ при ДСТС в 6-8 раз чаще, чем у здоровых людей.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫМИ ХОРДАМИ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ

Шишко В.И.

Гродненский областной кардиологический диспансер, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., доцент В.А.Снежицкий

Введение. В настоящее время существуют противоречивые данные о состоянии вегетативного тонуса (ВТ) у пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК) и аномально расположенными хордами (АРХ). Ритм сердца (РС) сейчас рассматривается не только как показатель собственной функции ритмовождения синусового узла, но в большей степени, как интегральный маркёр состояния множества систем, обеспечивающих гомеостаз организма, где основное модулирующее влияние оказывает вегетативная нервная система (ВНС).

Цель исследования. Определить на основании электрокардиограммы (ЭКГ) покоя по частоте ритмовождения и временным показателям основных зубцов, интервалов и комплексов состояние ВТ у мужчин призывного возраста с АРХ и ПМК.

Репозиторий ГрГМУ

Материалы и методы. Было обследовано 180 мужчин призывного возраста (средний возраст – 19,4±2,22). По результатам эхокардиографии (ЭхоКГ) выделены 3 группы обследуемых: 1-я (контроль) – 20 чел., 2-я (с АРХ) – 114 чел., 3-я (с ПМК) – 46 чел. Всем пациентам выполнялась регистрация ЭКГ в течение 1 минуты в 12 стандартных отведениях на аппаратно-программном комплексе ”Интекард-3” (РБ), в условиях психоэмоционального покоя в первой половине дня. Производилась оценка продолжительности зубца Р, интервалов PQ и QT, комплекса QRS в мсек. При оценке частоты сердечных сокращений (ЧСС) за норму принимали синусовое римовождение от 60 до 90 уд/мин. Оценка ВТ проводилась с учётом рекомендаций А.М. Вейна (1998).

Результаты. В 1-й группе получены следующие результаты (M ±STD): зубец Р - 88,9±19,6 мсек., интервал PQ – 148,5±20,9 мсек., комплекс QRS - 89,5±14,7 мсек., интервал QT - 356±45,2 мсек., ЧСС - 72 ±19,8 уд/мин. Во 2-й группе выявлены статистически достоверно различия: комплекс QRS - 99,8±10,8 мсек. ($p<0,003$), интервал QT - 374 ±34,5 мсек. ($p<0,04$); ЧСС – 63,9±13,8 уд/мин ($p<0,02$). В 3-й группе также выявлены статистически достоверно различия: комплекс QRS - 97,1±13,3 мсек. ($p<0,03$), ЧСС – 63,6±13,3 уд/мин ($p<0,04$). При сравнении 2-й и 3-й групп между собой было выявлена большая продолжительность интервала QT во 2-й группе ($p<0,05$). Частотные характеристики сердечного ритма представлены в таблице:

Группы	ЧСС		
	< 60	60-90	>90
1-я (n=20)	4 (20%)	12 (60%)	4 (20%)
2-я (n=114)	32 (28,1%)	75 (65,8%)	7(6,1)

Репозиторий ГрГМУ

3-я (n=46)	15 (32,6%)	30 (65,2%)	1 (2,2%)

Заключение. Выявленные статистически достоверные различия в продолжительности электрической систолы (интервал QT), желудочкового комплекса QRS, ЧСС в покое, позволяют думать о преобладании регуляторных парасимпатических влияний в поддержании вегетативного тонуса у мужчин призывного возраста с АРХ и ПМК. При этом для лиц с АРХ характерна более выраженная степень вышеуказанных влияний.

Литература:

1. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. - М., Медицина, 1998. – 752 с.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Шишко В.И.

Гродненский областной кардиологический диспансер, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., доцент В.А.Снежицкий

Цель исследования. Изучить толерантность к физической нагрузке (ФН) и вегетативное обеспечение велоэргометрической пробы (ВЭП) у мужчин призывного возраста с пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материалы и методы. Обследовано 166 мужчин в возрасте 16-26 лет (средний возраст 19,1±0,12). По результатам допплерэхокардиографии (ДЭКГ) выполненной по стандартной методике было выделено 3 группы обследуемых: 1-я (контроль) – 25 чел., 2-я с ПМК 1 ст. – 43, 3-я с ПМК 1ст. в сочетании с аномально расположенной хордой (ПМК+АРХ) – 22 чел. Всем обследуемым

Репозиторий ГрГМУ

выполнена ВЭП по методике непрерывно-возрастающей ступенчатой нагрузки по стандартному протоколу. Оценивались следующие показатели, характеризующие толерантность к ФН: количество ступеней нагрузки, частота сердечных сокращений (ЧСС) исходная и максимальная (ЧСС исх, ЧСС мак, в уд/мин), исходные и максимальные цифры артериального давления (АД) систолического и диастолического (АДс исх, АДс мак, АДд исх, АДд мак, в мм.рт.ст.), пороговую мощность (ПМ, в Вт), объём выполненной работы (0ВР, в Вт), двойное произведение (ДП, в ед), резервы сердца (хронотропный (ХР) в уд/мин, инотропный (ИР) в мм.рт.ст, коронарный (КР) в %), нарушения ритма сердца (НРС). Вегетативное обеспечение пробы представлено адекватным и неадекватным гемодинамическими ответами.

Результаты представлены в виде таблицы.

Показатели	Контроль (n=25)		ПМК (n=43)		ПМК+АРХ (n=22)	
	M	STD	M	STD	M	STD
ЧСС исх, уд/мин.	80,8	15,26	80,6	18,58	78,9	13,86
АДс. исх, мм. рт.ст.	119,2	5,89	118,6	10,82	114,1	10,06*
АДд. исх, мм. рт.ст.	78,8	3,32	76,4	7,01	75,7	7,29
Кол-во ступеней	3,8	0,41	3,5	0,74	3,4	0,67*
ЧСС мак, уд/мин.	170,3	9,53	168,8	9,76	165,0	15,14
АДс. мак, мм. рт.ст.	172,2	16,01	166,0	20,97	155,5*	28,95*

Репозиторий ГрГМУ

АДд. мак, мм. рт.ст.	79,2	8,12	77,7	9,72	75,0	10,12
ОВР, Вт	1220,8	253,20	1069,8*	472,38	922,5**	292,09***
ПМ, Вт	181,8	28,58	162,7*	44,63	152,2**	28,82***
ДП, ед.	278,5	44,77	275,5	39,51	259,9	53,29
ХР, уд/мин	89,8	14,54	89,2	18,06	86,3	23,38
ИР, мм.рт.ст.	53,0	13,69	48,0	18,23	46,3	19,93
КР, %	86,2	2,76	85,3	5,11	84,5	4,47

Примечание: 1. Достоверность различий по сравнением с контролем представлена * (* при p< 0,05, ** при p<0,01, *** при p<0,001). 2. В столбике М звёздочками отмечены различия по результатам анализа по Манн-Уитни, в столбике STD - по результатам анализа по t-критерию Стьюдента.

Адекватный гемодинамический ответ выявлен у 100% случаев в группе контроля, 62,8% в группе ПМК и у 72,6% в группе ПМК+АРХ.

Заключение. 1. У пациентов с ПМК 1ст. выявлено достоверное снижение толерантности к ФН по сравнению с контрольной группой, проявляющееся снижением ОВР и ПМ. 2. Наиболее значимое снижение толерантности к ФН выявлено в случае сочетания ПМК+АРХ. 3. Неадекватное вегетативное обеспечение ВЭП у лиц с ДСТС позволило выявить характерные типы гемодинамических ответов: гиперреактивный, гипертензивный, дистонический, аритмический.

ТОПОГРАФИЯ АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ХОРД В ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Шишко В.И.

Гродненский областной кардиологический диспансер, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., доцент В.А.Снежицкий

Репозиторий ГрГМУ

Введение. В последние годы к дисплазиям соединительной ткани сердца (ДСТС) относят аномально расположенные хорды (АРХ). Частота обнаружения АРХ в популяции - 0,5-68%, локализация - преимущественно (95%) левый желудочек (ЛЖ). Являясь источником систолических шумов, АРХ привлекают к себе постоянный интерес исследователей.

Цель исследования. Определить топографические варианты АРХ в полости левого желудочка (ЛЖ) и частоту их встречаемости у мужчин призывного возраста по результатам эхокардиографии (ЭхоКГ).

Материалы и методы. Было обследовано 166 мужчин призывного возраста (средний возраст 19,3±2,63) с диагностированными ранее АРХ в полости ЛЖ. ЭхоКГ проводилась по стандартной методике, с использований дополнений для диагностики АРХ ультразвуковым методом предложенных Е.Л. Трисветовой (2003) [1]. Критерием обнаружения АРХ считали наличие дополнительного, эхопозитивного линейного образования в полости левого желудочка, не имеющего отношения к клапанному аппарату, полученного в 2-х взаимно перпендикулярных плоскостях в режиме М- и В- сканирования сердца. Оценку топографических вариантов АРХ проводили с учётом классификации А.А. Корженкова (1991).

Результаты. Выявлены следующие топографические варианты АРХ ЛЖ.

А. Диагональные хорды – 50 (30,1%):

1). Базально-срединные – 41 (25,6%).

2). Диагонально-срединные – 9 (5,4%).

Б. АРХ располагающиеся между паппилярными мышцами – 29 (17,4%).

В. Поперечные хорды – 74 (44,5%):

1). Поперечно-срединные – 49 (29,4%).

2). Поперечно-апикальные – 25 (15,1%).

Репозиторий ГрГМУ

Г. Продольные хорды – выявлено не было.

Д. Множественные хорды – 12 (7,1%).

Сочетание АРХ ЛЖ с пролапсом митрального клапана (ПМК) выявлено в 28 (16,9%) случаев.

Выводы:

1. Среди топографических вариантов наиболее часто встречаются поперечно расположенные АРХ, а крайне редко – продольные.

2. Выявлено частое сочетание АРХ с ПМК, превышающее распространённость ПМК в общей популяции.

Литература:

1. Диагностика аномально расположенных хорд сердца ультразвуковым методом (инструкция по применению) /. Е.Л. Трисветова. – Мн.: БГМУ, 2003. С - 8.

2. Корженков, А.А. Распространённость добавочных хорд в левом желудочке и синдрома ранней реполяризации желудочков (популяционное исследование)/ А.А. Корженков [и др.] // Кардиология. – 1991. - №4. – С. 75-76

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Шишулина Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет,

Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

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

В 2002-2004 году аппаратом фирмы KRANSBUHLER Sono Scop- 20, оснащенным конвексным датчиком 3,5 МГц и линейным датчиком 7,5 МГц у 7792 человек была обследована гепатобилиарная система (ГБС). Всего выявлено заболеваний ГБС 3797, что составило 4873 на 1000 обследованных. Наибольший процент в структуре заболеваний при ультразвуковом исследовании (УЗИ), составляют хронический

Репозиторий ГрГМУ

бескаменный холецистит (36,2%), желчнокаменная болезнь (29,5%) и хронический гепатит (17,6%), которые суммарно составили 83,3%. Заметим, что согласно патологоанатомическим исследованиям, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) выявляется в 10-20% всех вскрытий в Европе. По нашим данным выявляемость ЖКБ составила 14,4% (144 на 1000 обследованных), что свидетельствует о высокой точности УЗ-диагностики этого заболевания. В большом проценте случаев у пациентов ЖКБ одновременно отмечались патологические изменения в других отделах ГБС и соседних органах: у 31% из них имелись УЗ признаки хронического реактивного гепатита, реже гепатоза, у 41% - хронического холецистопанкреатита, диффузные изменения в печени, что согласуется и с литературными данными. У 18,8% больных ЖКБ осложнилась острым холециститом, у 6,2% - холедохолитиазом и механической желтухой. В этой же связи следует отметить, что из выявленных больных ЖКБ в экстренном порядке было прооперировано 11,8% из-за развившегося острого калькулезного холецистита, в плановом 18,7%, общий процент оперированных составил 30,5%. В 100% УЗ заключение совпало с операционным диагнозом ЖКБ.

Кисты и опухоли печени составили в общей структуре патологии ГБС 1,6% и 1,2% соответственно (8,0 и 5,8 на 1000 обследованных соответственно). Опухоли были представлены главным образом гемангиомами.

Очень трудным для УЗ диагностики является холестероз, или холестериновый полипоз желчного пузыря из-за низкой эхогенности холестерина, являющегося морфологической основой полипов. Заметим, что холестериновые полипы являются тем фоном, на котором в последующем может формироваться ЖКБ, холецистит. Выявляемость его по нашим данным составила 5,4 на 1000 обследованных, в то же время, согласно литературным данным, данная патология выявляется в 10-12% на секции и в 16-32% на операции.

Резюмируя приведенные данные, необходимо сказать, что высокий

Репозиторий ГрГМУ

процент выявляемой патологии ГБС при УЗ исследовании требует должной реакции, прежде всего со стороны врачей-терапевтов и хирургов поликлинического звена. Речь идет о действенной, активной диспансеризации больных с такими заболеваниями как хронический холецистит, гепатит, желчнокаменная болезнь, опухоли, кисты. Приведенные нами данные и данные литературы говорят о том, что практически нет безобидного камненосительства, ЖКБ рано или поздно приводит к изменениям в желчном пузыре, паренхиме печени, поджелудочной железе или осложняется острыми состояниями, требующими оперативного вмешательства. Только врач может квалифицированно дать совет о рациональном питании, медикаментозном лечении, определить в целом тактику лечения, в том числе и хирургического.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ БРАДИ-ТАХИКАРДИИ

Шпак Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д.м.н., доцент В.А. Снежицкий

Синдром бради-тахикардии является вариантом дисфункции синусового узла (ДСУ) и встречается примерно у 50% пациентов с ДСУ. Синдром бради-тахикардии – это клинико-электрокардиографический синдром, характеризующийся чередованием редкого синусового или замещающего ритма подчиненных центров автоматизма с приступами тахисистолии, преимущественно наджелудочкового происхождения, из которых наиболее часто встречается мерцательная аритмия, затем предсердные тахикардии, трепетание предсердий, реципрокная атриовентрикулярная узловая тахикардия, еще реже желудочковая тахикардия.

Репозиторий ГрГМУ

Основным методом лечения больных с тахи-бради-синдромом является электрокардиостимуляция (ЭКС). Выбор типа стимуляции осуществляется индивидуально в отношении каждого больного. Необходимо учитывать электрофизиологические, гемодинамические и социально-экономические факторы, а также индивидуальные особенности пациента.

При интактном атриовентрикулярном проведении методом выбора является предсердная частотно-адаптивная стимуляция (AAIR). AAIR стимуляция по результатам проспективного рандомизированного исследования, проведенного Anderson и соавт., и многих других исследований (Danish trial, PASE, MOST), изучавших эффективность различных типов ЭКС в снижении риска рецидивов фибрилляции предсердий (ФП), ее трансформации в хроническую форму, тромбоэмболических осложнений, застойной сердечной недостаточности и внезапной смерти, оказалась наиболее эффективной по сравнению с двухкамерной (DDDR) и тем более с желудочковой (VVIR) стимуляцией.

Существуют превентивные алгоритмы предсердной стимуляции, которые предупреждают развитие наджелудочковых тахиаритмий при синдроме бради-тахикардии. Они включают контроль частоты сердечных сокращений, «overdrive» подавление предсердных экстрасистол и подавление компенсаторных пауз и циклов «короткий – длинный - короткий».

Разработана мультифокальная предсердная стимуляция для предотвращения рецидивов аритмий у пациентов со значительным замедлением внутри- и межпредсердной проводимости. Мультифокальную стимуляцию предсердий разделяют на биатриальную (изолированная стимуляция правого и левого предсердий) и бифокальную стимуляцию правого предсердия из двух точек.

По данным некоторых исследований изолированная

Репозиторий ГрГМУ

монофокальная стимуляции межпредсердной перегородки, по сравнению с традиционной областью стимуляции, такой как верхняя треть правого предсердия или его ушко, ассоциировалась со значительным снижением общего времени активации предсердий и значительно снизила переход ФП в хроническую форму (24% против 47% в течение года наблюдения).

По данным рандомизированного исследования AAIR и DDDR стимуляций у больных с синдромом слабости синусового узла в течение 2,9 лет, пациенты с двухкамерной стимуляцией могут иметь искусственно большую частоту ФП из-за присутствия стимуляции желудочка, даже при наличии превентивных механизмов, по сравнению с предсердной стимуляцией.

По данным Sgarbossa E.B. et al., VVIR стимуляция является одним из независимых факторов развития хронической формы ФП при синдроме слабости синусового узла.

Таким образом, предсердная стимуляция с превентивными алгоритмами является наиболее эффективной в предупреждении ФП и ее осложнений у больных с бради-тахи-синдромом.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ УХОДА ЗА ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Шпак Р.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – ст. преподаватель Н.Е. Хильмончик

Сестринский процесс несёт новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от неё не только наличия хорошей техники подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, умения работать с ним как с личностью, а не как с нозологической единицей.

Постоянный контакт с пациентом делает медсестру

Репозиторий ГрГМУ

психиатрического профиля основным звеном между больным и внешним миром. Задача медсестры состоит в выяснении его беспокойств и помощи в устранении его недуга. Нередко исход заболевания зависит от сложившихся взаимоотношений медсестры и больного. Сестринский процесс предусматривает достижение определённых целей в оказании помощи лицам с психическими отклонениями и условно можно выделить 5 этапов.

Первый этап включает в себя сбор анамнеза, физическое обследование, лабораторные данные. Медицинская сестра собирает информацию о пациенте, исследуя все сферы его жизни, и определяет потребность в уходе. Важным аспектом в работе медицинской сестры психиатрического профиля является наблюдение. Общаясь, медсестра обращает внимание на поведение пациента (естественное или наигранное), выражение его лица, интонацию, позу, а также психопатологические расстройства восприятия, мышления, эмоций, сознания, памяти, интеллекта. Сбор информации позволит определить может ли пациент функционировать как независимый человек или он нуждается в посторонней помощи.

На втором этапе определяют проблемы пациента. Различают существующие проблемы, которые пациент переживает в настоящее время (тревога, страх, боль) и потенциальные, которые могут возникнуть при неправильном лечении либо уходе. Важной задачей этого этапа является формулировка сестринского диагноза, который нацелен на выявление ответных реакций организма на заболевание и может быть записан как боль, слабость, беспокойство, тревога, нарушение сна и требующий вмешательства медсестры.

На третьем этапе медсестра составляет план сестринского вмешательства, учитывая индивидуальные особенности пациента. Он представляет собой подробное перечисление действий медицинской сестры, необходимых для осуществления сестринского ухода. Медицинская сестра должна четко представлять себе, личность

Репозиторий ГрГМУ

пациента, его окружение (семья, родственники) и какие цели и задачи она ставит перед собой, чтобы помочь пациенту адаптироваться к новым для него условиям в связи с болезнью.

Четвёртый этап – реализация плана действий. Основной его целью является обеспечение соответствующего ухода согласно составленному плану для удовлетворения потребностей пациента и его быстрейшего выздоровления. Осуществляется он с помощью независимых сестринских вмешательств, когда медсестра предпринимает действия по собственной инициативе (обучение навыкам самоухода и др.), зависимых (предписания врача) и взаимозависимых (совместная деятельность медсестры с другими специалистами, например психологом).

5 этап – оценка результатов ухода. Он заключается в определении эффективности проведенной работы самой медсестрой, пациентом и его родственниками. При анализе результатов ухода оценивается психический, соматический и социальный статус больного и при необходимости пересматривает план сестринских мероприятий с учетом отзыва пациента о полученной помощи.

Таким образом, при работе с психическими больными важна постоянная бдительность, выдержка, терпение, находчивость, чуткое, ласковое отношение и строго индивидуальный подход к больным со стороны медицинской сестры.

ВОЗМОЖНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Шпак Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д.м.н., доцент В.А. Снежицкий

Фибрилляция предсердий (ФП) - одна из наиболее распространенных аритмий. Частота встречаемости ее среди взрослого

Репозиторий ГрГМУ

населения составляет 0,5-2%, а среди лиц пожилого и старческого возраста достигает 10-15%.

Вызываемые ФП нарушения гемодинамики, тромбоэмболические осложнения часто являются причиной госпитализации, инвалидизации и цереброваскулярной “внезапной смерти”. По данным нескольких эпидемиологических исследований частота ишемического инсульта среди больных с неревматическим мерцанием предсердий (МП) составляет в среднем 5% в год, что в 2-7 раз больше, чем среди лиц без мерцательной аритмии (МА).

Риск инсульта у больных с МА связан с сопутствующими заболеваниями и состояниями, а также зависит от формы ФП.

Наряду с антиаритмическими препаратами при МА с целью профилактики тромбоэмболических осложнений показана антитромботическая терапия с учетом клинических и эхокардиографических факторов риска.

Результаты шести рандомизированных плацебо-контролируемых исследований (AFASAK, SPAF, BAATAF, CAFA, SPINAF, EAFT) продемонстрировали достаточно высокую эффективность антикоагулянтов непрямого действия, особенно варфарина, в первичной и вторичной профилактике инсульта у пациентов с МА при наличии факторов риска тромбоэмболий. Применение варфарина у больных с хронической МА позволило снизить риск развития инсульта в среднем на 61%.

Пациентам с МА в возрасте до 60 лет и без факторов риска тромбоэмболий показано назначение антитромбоцитарного препарата – аспирина в низких дозах. Результаты шести рандомизированных плацебо-контролируемых исследований (AFASAK-1, SPAF-1, LASAF, EAFT, ESPS-II, UK-TIA) показали, что применение аспирина позволяет снизить риск развития инсульта в среднем на 22%.

Из антикоагулянтов прямого действия представляет интерес ксимелагатран, который по результатам нескольких

Репозиторий ГрГМУ

рандомизированных исследований в рамках программы SPORTIF не уступает варфарину по способности предупреждать развитие инсульта при ФП.

Среди непрямых ингибиторов тромбина наиболее хорошо изучены эффективность и безопасность низкомолекулярных (НМГ) гепаринов, которые назначают больным с пароксизмальной МА с целью профилактики тромбоэмболических осложнений до и после кардиоверсии в течение 3-4 недель. Существуют данные и о более длительном (до 6 мес.) применении НМГ у больных с хронической МА для снижения риска инсульта.

В последнее время широко изучается эффективность новых парентеральных антикоагулянтов фондапаринукса и идрапаринукса, а также рекомбинантного человеческого растворимого тромбомодулина, получившего название ART-123 в профилактике как венозных, так и артериальных тромбоэмболий.

Таким образом, в настоящее время продолжается поиск антитромботических препаратов, способных составить альтернативу варфарину и аспирину в качестве средств для профилактики инсульта и др. тромбоэмболических осложнений у больных с пароксизмальным и хроническим МП.

НОВЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ ДЕКАГИДРОХИНОЛИНА ПРИ ОСТРОЙ НИКОТИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Штабинская Т.Т., Пирогова А.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент П.Б. Станкевич

Одним из классов химических соединений, обладающих выраженной биологической активностью, являются производные декагидрохинолина. В структурном отношении они близки к

Репозиторий ГрГМУ

общеизвестным лекарственным веществам изохинолинового ряда – папаверину, дротаверину, мебеверину. У различных производных декагидрохинолина выявлены множественные (центральные и периферические) нейротропные эффекты, противоаритмическая и спазмолитическая активность [1], [2], [4], [5].

На протяжении последних двадцати лет сотрудниками кафедры (с участием студентов) изучалась токсикологическая и фармакологическая активность новых соединений этого класса, синтезированных в Институте химических наук АН Республики Казахстан. Целью данного исследования является выявление новых сторон их нейротропного действия. В данном сообщении приводятся результаты исследований Н-холинотропной активности трёх новых соединений с лабораторными шифрами ФАВ-18, ФАВ-19 и ФАВ-20.

Методы исследования. Опыты проводили на мышах с использованием классического метода оценки центрального токсического действия никотина [3]. Соединения вводили под кожу в дозе 1/5 $ЛД_{50}$ за 30 мин. до внутрибрюшинного введения никотина (10 мг/кг). Регистрировали латентный период никотиновой интоксикации в сек., силу судорог в баллах, продолжительность судорожного периода в сек., продолжительность интоксикации в мин.

Результаты исследования. Экспериментами установлено, что все препараты в различной степени снижают показатели токсического действия никотина. Из них статистически значимо: удлиняют латентный период – ФАВ-19 (в 1,8 раза); снижают силу судорог – ФАВ-18, ФАВ-19 и ФАВ-20 (соответственно – на 53%, 72% и 68%); сокращают продолжительность судорог – ФАВ-19 и ФАВ-20 (соответственно – в 2,6 и 2,2 раза) и продолжительность никотиновой интоксикации – ФАВ-19 (в 1,5 раза); ФАВ-20 (в 2,7 раза). Из трёх изучаемых препаратов менее эффективным является ФАВ -18 (уменьшает только силу судорог).

Полученные результаты свидетельствуют об Н-антихолинергическом действии изучаемых препаратов, что

Репозиторий ГрГМУ

подтверждает литературные данные о блокаде никотиновых рецепторов алкалоидом асцидии лепадином В, являющимся производным декагидрохинолина [5]. Вышеизложенное может служить основанием для дальнейшего целенаправленного изучения ФАВ-19 и ФАВ-20, как перспективных препаратов при паркинсонизме, спастичности и др. патологиях с чрезмерной активацией Н-холинергических процессов.

Литература:

1.Кузьмицкий Б.Б., Ахрем А.А., Ухова Л.И. и др. // Изв. АН БССР. Сер. хим. – 1979. – № 3.-С.82-85.

2.Пралиев К.Д., Фищук Е.В., Рожнов В.Б. и др. // Хим. фармац. журнал 1989. – № 8.- С. 931-935.

3.Damaj M.I., Glassco W., Dukat M. et al. // JPET. – 1999. – Vol. 291. P. 1284-1291.

4.Kozlovski V.I., Vdovichenko V.P., Chlopicki S. et al. // Pol. J. Pharmacol. – 2004. – Vol. 56. – P. 767 – 774.

5.Tsuneki H., You Y., Toyooka N. et al. // Biol. Pharm. Bull.- 2005. – Vol. 28 (4). P. 611-614.

АУДИОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ ДО И ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

Штык С.В., Михеев К.А

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель - д.м.н., профессор О.Г.Хоров

Отосклероз - заболевание, характеризующееся патологическим разрастанием ткани костного лабиринта уха, приводящее к прогрессирующему снижению слуха и инвалидизации людей по слуху. Преимущественно заболевание выявляется в трудоспособном возрасте у женщин. Лечение пациентов осуществляется с помощью микрохирургической операции на структурах стремени.

Репозиторий ГрГМУ

Цель работы: оценить аудиометрические данные до и после стапедопластики.

Материал исследования составили больные отосклерозом, а именно, истории болезни 40 пациентов, которым в ЛОР-клинике ГрГМУ в период с 2002 по 2006 год выполнялась стапедопластика при отосклерозе.

Для исследования пациентов применялись клинические, специальные оториноларингологические, аудиометрические методики, включая определение остроты слуха исследованием шёпотной и разговорной речи, тональную аудиометрию, тимпанометрию, исследование стапедиального рефлекса, пробу с костным телефоном. Операция выполнялась путём внутриушного доступа под операционным микроскопом микрохирургческой техникой. Использовалась реконструкция стремени с помощью тефлонового протеза в виде кольца с ножкой. Последняя помещалась в отверстие основания стремени. Оценивались результаты лечения после операции не менее чем через 1 месяц после операции.

Мы изучили состояние слуха путём оценки среднего порога восприятия чистых тонов на частотах (125, 250, 500, 1000, 2000, 4000, 8000 Гц) по воздушной и костной проводимости. Для хуже слышащего уха порог восприятия по воздушной проводимости составил 46.86 Дб, для лучше слышащего уха 28.1Дб. Пороги костной проводимости были для хуже слышащего уха 15Дб, для лучше слышащего 7.94Дб.

Всем больным произведена стапедопластика на хуже слышащем ухе. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

Средний порог восприятия звуков на тех же частотах через 1 месяц составил 21.1 Дб по воздушной проводимости и 6.4Дб по костной проводимости, т. е. костно-воздушный разрыв стал равным 13.7Дб, что соответствует критерию положительного исхода операции. В работе проведен анализ по частотам. Анализ частотного диапазона показал, что улучшение слуха наблюдается преимущественно в диапазоне

Репозиторий ГрГМУ

средних и низких частот. В высокочастотном диапазоне также отмечается улучшение слуха, т.е. уменьшение порогов восприятия звуков, но это происходит реже. Прирост слуха не наблюдался у 2 больных, причем у одной пациентки в результате острого отита в отдалённом периоде после операции произошла потеря слуха. Кривые костной проводимости за исключением этой пациентки 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.

Таким образом, 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.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖИТЕЛЯМИ г.ГРОДНО, ПЕРЕНЕСШИМИ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Штык С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель — к. м. н., доцент С. Д. Кулеш

Мозговой инсульт является одной из ведущих причин смерти и инвалидности во всем мире. Сведения по структуре и характеристике исходов данного заболевания в Республике Беларусь до настоящего времени не получены. Целью настоящей работы было изучить исходы мозгового инсульта у жителей г. Гродно, перенесших заболевание в 2001 г. (по данным регистра).

Данные об исходах инсульта были получены при обследовании больных, проходивших курс стационарной реабилитации, а также при анализе медицинской документации поликлиник. В сроки 3 и 12 месяцев, 5 лет от начала заболевания оценивались выживаемость,

Репозиторий ГрГМУ

степень ограничения жизнедеятельности (функциональный дефект по модифицированной шкале Рэнкина и наличие группы инвалидности), а также возникновение повторных инсультов.

В 2001 г. в г. Гродно 878 человек перенесли мозговой инсульт, 269 пациентов умерло в течение острого периода, 28-дневная летальность составила 30,6%. Из 609 выживших больных данные об исходах были доступны в 539 случаев (88,5%). Из этого количества 32 больных (5,9%) умерло в течение 2—3 месяца от начала заболевания, и 50 больных (9,3%) умерло в течение 4—12 месяца от начала заболевания. 46 больных (8,5%) в течение года перенесли повторный мозговой инсульт.

Через 3 месяца от начала заболевания среди 507 выживших больных 272 (53,6%) не имели группы инвалидности (ГИ), у 197 больных (38,9%) ГИ не изменилась, 6 больных (1,2%) повысили ГИ. Первичный выход на инвалидность в эти сроки отмечался у 32 больных (6,3%). Средний балл по модифицированной шкале Рэнкина в данной подгруппе больных составлял 3,09 (95% доверительные интервалы 3,01—3,18).

Через 12 месяцев от начала заболевания среди 457 выживших больных 158 (34,6%) не имели ГИ, у 184 больных (40,3%) ГИ не изменилась, 22 больных (4,8%) повысили ГИ. Первичный выход на инвалидность в эти сроки отмечался у 92 больных (20,1%). Средний балл по модифицированной шкале Рэнкина в данной подгруппе больных составлял 2,69 (95% доверительные интервалы 2,60—2,78).

В течение 25 года от начала инсульта из 457 пациентов данные об исходах были доступны в 421 случаях (92,1%). 99 пациентов (23,5%) перенесли повторный инсульт, 171 больной умер от различных причин, летальность за этот период составила 40,6%. Среди 250 больных, переживших 5 лет от начала заболевания, 72 (28,8%) не имели ГИ, у 174 больных (69,6%) ГИ не изменилась, 2 больных (0,8%) повысили ГИ. Первичный выход на инвалидность в эти сроки отмечался у 1 больного (0,4%). Средний балл по модифицированной шкале Рэнкина в данной

Репозиторий ГрГМУ

подгруппе больных составлял 2,75 (95% доверительные интервалы 2,59—2,91).

Таким образом, отдаленные исходы мозгового инсульта у жителей г. Гродно характеризовались высокой летальностью (15,2% в течение года от начала заболевания, 40,6% в течение 25 года от начала заболевания), высокой частотой повторных инсультов (8,5% в течение года, 23,5% в течение 25 лет). Уровень ограничения жизнедеятельности у выживших больных увеличивался в умеренной степени (74,9% больных через 12 месяцев от начала инсульта не имели ГИ или сохранили прежнюю ГИ).

УРОВЕНЬ НИТРАТОВ И НИТРИТОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У СТУДЕНТОВ С ГИПОТОНИЕЙ

Штык С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтика внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Т.П. Пронько

В основе артериальной гипотонии лежит нарушение функции высших вегетативных центров вазомоторной регуляции. До сих пор нет единого мнения о патогенезе нарушений тонуса сосудов при НЦД, имеются известные трудности в ее диагностике. В настоящее время общеизвестно, что эндотелий сосудов играет решающую роль в моделировании сосудистого тонуса, синтезируя сосудорасширяющие и сосудосуживающие вещества, основным из которых является оксид азота (NO). NO чрезвычайно лабильная молекула с коротким временем жизни (6-10 сек.), инактивируется гемоглобином эритроцитов и супероксиданионами. Конечными продуктами обмена NO являются нитраты и нитриты. Одним из маркеров уровня синтеза NO в клинических условиях является содержание конечных продуктов метаболизма NO нитратов и нитритов в плазме крови. Однако характер изменений синтеза NO при гипотонии изучен недостаточно.

Репозиторий ГрГМУ

Целью работы явилось изучение особенностей синтеза NO при артериальной гипотонии.

Материалы и методы. Обследовано 29 студенток медуниверситета в возрасте от 19 до 24 лет, средний возраст 21,3±0,4 года. В зависимости от уровня артериального давления (АД) они были поделены на 2 группы: с гипотонией – 16 человек, с нормальным АД – 13 человек. Уровень АД определяли путем проведения суточного мониторирования АД при помощи суточного монитора АД МнСДП-2.

О продукции NO судили по уровню нитратов/нитритов в плазме крови. Определение суммарного содержания нитратов и нитритов в плазме крови проводили методом Грисса (Schmidt M.H. et al, 1995). Конверсию нитратов в нитриты производили гранулированным кадмием.

Обработку полученных данных проводили по общепринятым критериям вариационной статистики с использованием пакета программ STATISTICA 5.0.

Результаты: по данным суточного мониторирования АД в первой группе среднее систолическое АД днем составило 98,72±1,05мм рт.ст., среднее систолическое АД ночью – 87,63±1,47 мм рт.ст., среднее диастолическое АД днем – 59,01±1,17 мм рт.ст., среднее диастолическое АД ночью – 52,09±1,36 мм рт.ст. Во второй группе среднее систолическое АД днем составило 123,41±2,21 мм рт.ст., среднее систолическое АД ночью – 111,56±2,63 мм рт.ст., среднее диастолическое АД днем –76,52±1,30 мм рт.ст., среднее диастолическое АД ночью – 64,56±1,42 мм рт.ст.

Содержание нитратов и нитритов в плазме крови в целом у студентов обеих групп составило 34,74±0,81 мкмоль/л. В группе с нормальным АД уровень нитратов и нитритов плазме крови составил 32,28±1,56 мкмоль/л. В группе лиц с гипотонией этот показатель был 36,21±0,69 мкмоль/л, что выше, по сравнению с нормотониками на 10% ($P<0,05$). У лиц с гипотонией колебания данного показателя были в

Репозиторий ГрГМУ

пределах от 31,80 до 42,30 мкмоль/л, а у лиц с нормальным АД – от 26,04 до 37,20 мкмоль/л.

Таким образом, при гипотонии уровень нитратов и нитритов плазме крови достоверно выше, по сравнению с лицами с нормальным АД. Это изменение в метаболизме NO может быть одним из механизмов, посредством которого у лиц с гипотонией развивается клиника данного состояния.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ОСЛОЖНИВШИХСЯ ОЖОГОВЫМ ШОКОМ

Шундрик В.С., Стацкевич С.И., Буйницкая А.С., Салкевич Е.Я.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель - к.м.н., доцент К.М.Иодковский

Несмотря на известные успехи детской камбустиологии, достигнутые в последнее время, проблема лечения детей с ожогами сохраняет свою актуальность. В последние годы отмечается рост ожогового травматизма, в детском возрасте 18% травматических повреждений приходится на термическую травму. Основными проблемами комплексного лечения ожоговой болезни и одновременно главными направлениями разработок в области изучения патогенеза и методов лечения, больных с термической травмой были и остаются ожоговый шок, борьба с инфекцией и ускорение эпителизации ожоговых ран.

Цель работы: проанализировать весь процесс лечения детей с ожогами в условиях Гродненской детской областной клинической больницы (УЗ «ГДОКБ»).

Материалы и методы: всего нами было проанализировано 163 истории болезни детей поступивших в реанимационное отделение УЗ «ГДОКБ» с диагнозом термический ожог, осложнившийся ожоговым

Репозиторий ГрГМУ

шоком в период с 2000 г. по 2006 г.

Распределение больных по возрасту, было следующим: от 1 мес. до 1 года – 39 детей (24%), от 1 года до 3 лет 99 детей (60,7%), старше 3 лет – 25 детей (15,3%). По этиологии получения ожога: кипятком -151 ребёнок (92,6%), пламенем -10 детей (6,2%), контактные ожоги 2 ребёнка (1,2%), по степени тяжести ожогового шока: 1 степени -70 детей (43%), 2 степени 31 ребёнок (19%), 3 степени 2 детей (1,2%). 57 детей (35%) поступили из районов области в стадии токсемии и 3 детей (1,8%) в стадии септикотоксемии. Противошоковые мероприятия этим больным проводились в реанимационных отделениях центральных районных больниц.

Открытое ведение больных с ожогами было у 54 детей (33,2%), под повязкой у 16 больных (9,8%), смешанное у 93 детей (57%). Аутодермопластика была произведена 48 больным (29,4% от числа поступивших в реанимационное отделение), из них один раз 27 детям (56,2%), дважды 14 (29,2%), три раза и более 7 больным (14,6% от общего числа прооперированных).

Распределение ожогов по тяжести согласно American burns association (Американской ожоговой ассоциации) ожоги легкой степени тяжести составили 16%, средней степени тяжести 53,3%, тяжелой степени 30,7%.

При ожогах тяжелой степени в стадии ожоговой токсемии, с высокими показателями ЛИИ для дезинтоксикации проводились гемосорбции 42 больным (25,8%), из них один раз 16 детям (9,8%), многократно 26 больным (16%).

В результате проводимого лечения в условиях УЗ «ГДОКБ» с полным выздоровлением в период с 2000 по 2006 годы выписаны 146 детей (89,6%), в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение 12 детей (7,4%). В связи с обширными ожогами, более 30% поверхности тела, 2 детей переведены в лечебные учреждения республиканского уровня. Выписались по настоянию родителей, не

Репозиторий ГрГМУ

закончив лечения, 2 ребенка с ожогами средней степени тяжести.

Умер 1 ребенок в возрасте 2 лет с диагнозом: термический ожог пламенем головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей площадью 65% в стадии ожоговой септикопиемии.

Таким образом, по возрастной структуре основная доля ожогов приходится на возраст от 1 до 3 лет, по механизму получения травмы преобладает ожог кипятком, что обусловлено этапами развития ребенка (первые шаги, несовершенная координация движений и моторики, любознательность). Наиболее оптимальным, по нашим данным, является открытый и смешанный способ лечения ожогов у детей как обеспечивающие низкую летальность.

ВЫБОР КОНСЕРВАТИВНОГО ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Щеберяко Е. Н., Скоробогатых А. Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра урологии, анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.И. Юшко

Введение: До сих пор в литературе [1,2] доминирует мнение, что хирургическая коррекция первичного обструктивного мегауретера (ПОМУ) является наиболее оптимальным способом лечения данного порока развития. В то же время нет четких показаний к тому или иному виду оперативного лечения, и существует большой процент развития ранних и поздних послеоперационных осложнений. С другой стороны, в течение последнего десятилетия в зарубежной литературе [3,4] постоянно дискутируется вопрос об эффективности консервативной терапии ПОМУ.

Цель исследования: выработать эффективную тактику лечения ПОМУ у детей.

Материалы: В период с 1981 по 2005 год под наблюдением находилось 84 детей. Одностороннее поражение отмечалось в 63,1%

Репозиторий ГрГМУ

случаев (чаще левостороннее). Всего было 115 патологических мочеточников. План обследования включал: экскреторную урографию (ЭУ), микционную цистографию, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, цистоскопию, клинико-биохимичекие исследования. Хронический пиелонефрит был выявлен у 100% больных, хроничекий гранулярный цистит у 8,3%. Разделение детей с ПОМУ по степеням проводили по данным УЗИ и ЭУ с учетом дилятации чашечно-лоханочной системы и мочеточников: I степень - 18 больных (21,5%), II степень - 14 (16,7%), III степень – 39 (46,4%), IV – 12 (14,2%), V – 1 (1,2%). Консервативное лечение включало в себя: антибактериальную терапию пиелонефрита со сменой уросептиков каждые 7-10 дней до стойкой клинико-лабораторной ремиссии с последующей фитотерапией, соблюдение режима регулярных мочеиспусканий каждые 1,5-3 часа, занятия лечебной физкультурой, лечение запоров.

Результаты лечения: были хорошими у 36 (42,8%) больных, удовлетворительными - у 35 (41,7%), неудовлетворительными - у 13 (15,5%).Консервативное лечение было наиболее эффективно при низких степенях ПОМУ (I и II). Полное исчезновение ПОМУ отмечалось у 12 (14%) детей, при этом возраст детей не превышал 3 лет. 13 детей с неудовлетворительным результатом были прооперированы (уретеронеоцистоанастомоз) в сроки от 12 до 24 месяцев от начала лечения. В послеоперационном периоде хорошие результаты составили 76,9% случаев.

Заключение: Эффективность консервативного лечения зависела от исходной степени ПОМУ и возраста ребенка. При ПОМУ I и II степени эффективно консервативное лечение. При III степени проводится консервативное лечение, при его неэффективности проводится оперативное лечение. При IV и V степени консервативное лечение не эффективно, поэтому применяется оперативное лечение. Показания для оперативного лечения базируются на результатах специальных исследований, основными критериями являются динамика дилятации

Репозиторий ГрГМУ

чашечно-лоханочной системы и хронического пиелонефрита, сохранность функции почек.

Литература:

1. Довлатян А. А. Оперативное лечение нервно-мышечной дисплазии мочеточника. // Урология. – 2005. - №3. – С. 38-43.

2. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии. // М.: Медицина. – 1998. – т. 2. – 356 с.

3. Arena F., Baldari S., Proietto F., et al. Conservative treatment in primary neonatal megaureter. // European J. Pediatric surgery. - 1998. - Vol. 6. - P. 347-351.

4. Dawn L., McLellan, Alan B. Retik, et al. Rate and predictors of spontaneous resolution of prenatally diagnosed primary nonrefluxing megaureter. // The Journal of Urology. – 2002. – Vol. 168. - P. 2177-2180.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Юргель Е.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Кафедра акушерства и гинекологии

Научные руководители – к.м.н., доцент М.И. Богуцкий;

к.м.н., доцент Т.Ю. Егорова

Наличие гепатобилиарной патологии и возникновение синдрома желтухи во время беременности всегда рассматривалось как тревожный признак серьёзного неблагополучия, угрожающего здоровью женщины и плода [1, 2].

Цель исследования. Изучение характера патологии гепатобилиарной системы у беременных и её влияние на течение беременности и родов.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 72 беременные в возрасте от 19 до 43 лет, средний возраст которых

Репозиторий ГрГМУ

составил 27,3 года. У 27 женщин данная беременность была первой, у 18 – второй, у 14 – третьей, четвертой – у 5, пятой – у 4 и 3 – шестой. Анамнестически изучены исходы предыдущих беременностей. Обследование включало сбор жалоб, объективный осмотр, исследование крови на содержание билирубина и его фракций, активность АлАТ и АсАТ, УЗИ плода, УЗИ печени и желчевыводящих путей матери. Наблюдение за течением беременности и сроком наступления родов, особенности родовой деятельности, определяли состояние детей при рождении. Вирусная этиология заболевания подтверждалась исследованием сыворотки крови методом ИФА на HBsAg, анти-HBcIgM, анти-HCV и анти-HAV IgM.

Полученные результаты. Среди обследованных 72 женщин у 52 предыдущие беременности завершились срочными родами. В анамнезе было 9 самопроизвольных абортов, 11 – медицинских абортов, 25 – регуляций менструального цикла и 3 не развивающиеся беременности у женщин исследуемой группы.

В период данной беременности острый гепатит А (ОГА) диагностирован у 7 женщин, острый гепатит В (ОГВ) – у 1, хронический гепатит В (ХГВ) – у 11, хронический гепатит С (ХГС) – у 31, гепатит микст (В+С) – у 1, хронический гепатит невирусной этиологии (ХГ) – у 8. В 13 случаях диагностирован холестаз беременных (ХБ). ОГА в 4-х случаях протекал в легкой форме, в 3-х среднетяжелой. Активность ХГВ и ХГС у всех была низкой.

Гестоз имел место у 12 беременных (ОГА – 3, ХГВ – 2, ХГС – 1, ХГ – 1, ХБ – 5). Преждевременные роды наблюдались в 5 случаях (ОГА – 1, ХГ – 2, ХБ – 2).

Нарастание признаков холестаза беременных и внутриутробной гипоксии плода потребовали родоразрешения путём операции кесарева сечения у 2 женщин в сроки 258 и 271 день, и в 1 случае при наличии ЖКБ с механической желтухой в сроке 249 дней.

Слабость родовой деятельности имела место у 5 (ХГС – 4, ХБ – 1),

Репозиторий ГрГМУ

несвоевременное излитие околоплодных вод в 32 случаях (ОГА - 3, ХГВ - 5, ХГС - 16, ХГ-3, ХБ – 5).

Пренатальная гипотрофия плода наблюдалась в 5 случаях (ХГС-3, ХГ – 1, ХБ – 1). Маловесные к сроку гестации плоды в 4-х (ОГА – 1, ХГС – 2, ХБ – 1).

Таким образом, характер гепатобилиарной патологии у беременных был достаточно разнообразным и четко прослеживалось отягощающее её влияние на течение беременности и родов, что требует тщательного наблюдения как инфекционистами, так и акушер-гинекологами. Благодаря своевременному родоразрешению пациенток с заболеваниями гепатобилиарной системы не было случаев перинатальных потерь.

Литература:

1.Фарбер Н.А., Мартынов К.А., Гуртовой Б.Л. Вирусные гепатиты у беременных. – М.: Медицина, 1990. – 208 с.

2.Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 860 с.

НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Юрина Е.В., Мордасевич И.В., Насевич Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ю.М. Киселевский

Работ по нормальной анатомии голеностопного сустава у плодов и новорожденных очень мало. Даже в специальных анатомических руководствах строение данного соединения описано весьма скромно. Гораздо чаще описание анатомической картины сустава можно встретить при различных патологических состояниях, например, таких как врожденная косолапость, когда в процесс вовлекаются структурные элементы голеностопного сустава.

Репозиторий ГрГМУ

Целью нашей работы стало изучение формирования нормального артротипа голеностопного сустава у плодов и умерших новорожденных детей.

Объектом для исследования послужили препараты нижних конечностей, взятых от плодов и новорожденных без видимых пороков развития, умерших от асфиксии и родовой травмы – 20 препаратов. Методы исследования - макромикроскопическое препарирование, морфометрия.

В образовании голеностопного сустава принимают участие большеберцовая и малоберцовая кости, а также блок таранной кости. Последний у новорожденных имеет форму неправильной трапеции, передний размер суставной поверхности блока больше заднего. Высота блока тоже неодинакова: по наружной поверхности она несколько больше, чем по внутренней. Длина и толщина латеральной лодыжки больше, чем медиальной. Зато по ширине последняя несколько превосходит латеральную лодыжку. Блок таранной кости и обе лодыжки у плодов и новорожденных еще хрящевые, хотя в блоке уже имеется ядро окостенения. Капсула голеностопного сустава достаточно тонкая, в пределах 1 мм. Наружные связки сустава еще не полностью оформлены, представлены нежными фиброзными пучками, в большинстве случаев выделяются из капсулы посредством препарирования. Самой развитой в суставе является медиальная (дельтовидная) связка. Степень ее выраженности колеблется от фиксируемого утолщения медиального участка суставной капсулы и до выделения четких отдельных пучков к пяточной, таранной и ладьевидной костям. Из латеральной группы связок самой выраженной и относительно прочной является задняя таранно-малоберцовая связка. Аналогичная передняя связка по своему развитию уступает задней связке. Пяточно-малоберцовая связка выражена слабо и представляет собой уплощенный неширокий тяж.

Вывод. Результаты анатомического исследования голеностопного

Репозиторий ГрГМУ

сустава у плодов и новорожденных позволили нам описать его нормальный артротип, характеризующийся полным и правильным развитием всех анатомических элементов сустава, предназначенных для выполнения адекватной голеностопному суставу функции.

К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Юрина Е.В., Антонович В.Ю., Ярмущик А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент К.А. Эйсмонт

В основе острого панкреатита (ОП) лежит остро развивающийся воспалительный процесс, сопровождающийся развитием некробиотических процессов (аутолиз) в ткани поджелудочной железы (ПЖЖ). Воспалительный процесс может быть асептическим или к нему присоединяется бактериальная флора. Заболевание это наблюдается обычно в среднем возрасте (30-60 лет). ОП, как правило, встречается у тучных людей, начинается приступом сильнейших болей в животе, возникающих остро и внезапно, часто после погрешности в диете.

Несмотря на успехи современной медицины, проблема панкреатита является до настоящего времени актуальной. Число больных ОП составляет 4-9 % среди больных с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости [Брехов Е.И. и др., 1998].

Развитие учения об этиологии и патогенезе панкреатитов можно рассматривать в историческом аспекте. По данным Чаплинского В.В. и др. (1972) еще в конце XIX века выдвинута проточно-ферментативная теория патогенеза ОП. Сущность этой теории в том, что ОП возникает из-за затруднения оттока желчи и сока ПЖЖ в двенадцатиперстную кишку (ДПК). Возникающая из-за этого гипертензия способствует затеканию желчи и содержимого ДПК («рефлюкс») в протоки железы с

Репозиторий ГрГМУ

соответствующими последствиями. Так, Opie в 1901 г. предложил теорию «общего канала», согласно которой развитие ОП объясняется затеканием желчи в панкреатический проток. Автор наблюдал в клинической практике летальный случай от острого геморрагического панкреатита у больного, у которого камень закрыл выход из ампулы фатерова соска. Это привело к затеканию желчи в проток ПЖЖ из общего желчного протока.

Этиопатогенетическая связь ОП с обтурацией фатерова сосочка получила экспериментальное подтверждение. Vangensteen (1931) и Lium Maddock (1948) в опытах перевязывали главный проток железы у кошек и стимулировали секрецию желчи пилокарпином и секретином. Значение протоковой гипертензии в патогенезе ОП выявляется при введении в проток железы 60-70 мл 0,85% раствора NaCl под давлением. В этой связи следует сказать о наблюдениях, где замечено, что ОП может развиться в конце беременности, вследствие повышения давления в полости живота. По данным Polya (1912) ОП геморрагический может возникнуть при введении в железу как трипсина, так и веществ, активирующих трипсиноген.

В исследованиях установлено, что трипсин может действовать как первичный пусковой механизм, а не является главной причиной самопереваривания. По данным Абасова И.Т., (1964), Брайцева В.Я. (1966) и др. в крови находится фермент - трипсин и антифермент – трасилол, который является ингибитором трипсина. Ингибитор разрушается энтерокиназой. В связи с этим возникло предположение, что энтерокиназа активирует трипсин, не непосредственно воздействуя на фермент, а нейтрализуя действие ингибитора.

По мнению авторитетного польского хирурга, автора учебника «Chirurgia dla studetow medycyny» (1996) профессора Fibaka Jana причиной ОП в 50 % случаев является злоупотребление алкоголем, в 30% - желчно-каменная болезнь (ЖКБ), в остальных 20% другие причины (травмы ПЖЖ, операции на железе, вирусы, частое

Репозиторий ГрГМУ

употребление некоторых лекарств и др.). Нет сомнений, что злоупотребление алкоголем часто приводит к развитию ОП. Однако механизм поражения ПЖЖ остается неясным. Можно предположить, что спирт, попадая в желудок, вызывает усиленное отделение свободной HCl, которая, проходя в больших количествах в ДПК, вызывает следующие эффекты. Во-первых, способствует развитию отека слизистой кишки и спазм сфинктера Одди до полного закрытия фатерова соска, во-вторых, стимулирует образование секретина, который возбуждает секрецию ПЖЖ.

Наблюдениями Видука П.И. (1978) установлено, что спустя 1-2 суток после травмы ПЖЖ у больных была выражена диастаземия и липаземия, что свидетельствует о развитии ОП. Обычно при тупой травме в железе разрушения больше, чем при колото-резаных ранах. В этой связи для профилактики ОП при травмах необходимо снижать функциональную активность железы до операции и стимулировать регенераторные процессы в последующем [Черток Л.И., Протасевич Л. И., 1990]. Для этого важно нормализовать содержание альбуминов в сыворотке крови, ибо дефицит последних является пусковым механизмом развития панкреатита [Шотт А.В. и соавт., 1981].

Общепризнано, что важным моментом в патогенезе ОП есть самопереваривание железы. И значительное повышение уровня амилазы в крови свидетельствует об остром воспалении железы. По данным Сувальской Л.А. (1978) ОП протекает в виде 3-х форм: а) отечная, б) геморрагическая, в) некротическая.

Исследования Бойко Ю.Г. и соавт. (1990) показали, что в патогенезе ОП ведущее значение имеют липазная и протеазная ферментная аутоагрессия и панкреатогенная токсемия. При этом активированные сопряженные системы крови – калликреин-кининовая, тромбиновая и плазминовая становятся основной причиной местных (в ПЖЖ) и генерализованных расстройств микроциркуляции. Последние, в свою очередь, усиливают процессы некробиоза и ускоряют развитие

Репозиторий ГрГМУ

панкреонекроза. С другой стороны панкреатогенная эндотоксемия вызывает структурные повреждения органов и расстройства их функции. По мнению Бойко Ю.Г. ОП является полиэтиологическим заболеванием, т.е. как результат поражения целой системы органов: желчных путей, печени, желудка, кишечника. Особенно важную роль играет нарушение координации нервно-рефлекторной деятельности ПЖЖ и желчевыводящих путей. Усугубляют такие расстройства грубые нарушения пищевого режима, злоупотребление алкоголем, ЖКБ, дискинезии ДПК и желчных путей, различные оперативные вмешательства и др.

С этими данными согласуются исследования Юпатова С.И., Колтонюка В.М., Позняка В.Н. и др. (1990), которые считают, что понять взаимосвязь заболеваний ПЖЖ и желчевыводящих путей можно с позиций эмбриогенеза. И печень с желчным пузырем и ПЖЖ формируются из эмбриональных закладок стенки ДПК. Поэтому авторы считают, что ОП является не только возможным осложнением ЖКБ, хронического холецистита, а заболеванием, развивающимся параллельно им.

Следует еще раз подчеркнуть, что при ОП наряду с местными изменениями в железе возникают общие тяжелые нарушения в организме. Это обусловлено активированными ферментами ПЖЖ, которые попадая в кровоток, вызывают эти изменения. Снижение ОЦК достигает 50-60%, что ведет к сосудистой, печеночной, почечной недостаточности [Филин В.И. и соавт., 1978]. Это подтверждают данные Иванова А.В. и др. (1978), где у 124 больных ОП отмечено, что изучаемые показатели (СОЭ, фибриноген, С-реактивный белок) имеют явную тенденцию к повышению по мере увеличения сроков заболевания.

Тонким показателем воспаления в ПЖЖ является изменение активности щелочной фосфатазы нейтрофилов. Этот критерий имеет также значение для оценки резистентности организма при ОП [Иванов

Репозиторий ГрГМУ

А.В. и др., 1978].

На основании вышеизложенного можно сделать следующее заключение:

1.совершенствование методов научных исследований позволит углублять наши знания о механизмах развития и течения ОП;

2.учитывая сложность патогенеза ОП, клиническая практика требует многокомпонентной терапии данного заболевания.

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ

Юровский П.Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель – д.м.н., профессор И.А.Карпов

Целью настоящего исследования была расшифровка структуры заболеваний при классической лихорадке неясного генеза (ЛНГ) в периоды 1993 - 1994гг. и 2003-2004гг. Для этого было проанализировано 33 истории болезни больных, госпитализированных в 1993-94 гг. в Минскую городскую инфекционную клиническую больницу с диагнозом “ЛНГ” (1-ая группа), и 52 истории болезни пациентов, поступавших в 2003-04 гг. с диагнозом “ЛНГ” (2-ая группа). У всех больных длительность лихорадочного периода составила более 3 недель, и отмечались 4-хкратные (или более) подъемы температуры тела до 38°С и выше.

Пациенты в зависимости от возраста были разделены на 4 подгруппы: I подгруппа - 18-30 лет, II подгруппа -31-50 лет, III подгруппа - 51 -64 года, IV подгруппа - старше 65 лет. Основной удельный вес в структуре заболеваний I подгруппы пациентов как 1-ой, так и 2-ой группы составили “классические” инфекции, в то время как в старших возрастных подгруппах доля инфекций уменьшалась.

По продолжительности лихорадку разделили на подострую (до 6 недель) и хроническую (более 6 недель). В 2003-2004 гг. отмечалось

Репозиторий ГрГМУ

снижение числа больных с подострой лихорадкой и нарастание в структуре госпитализированных с ЛНГ числа больных с длительными (более 6 недель) лихорадочными заболеваниями, о чем свидетельствует также увеличение средней продолжительности лихорадочного периода с 5,33±0,70 недель в 1993-1994 гг. до 8,64±3,3 недель в 2003-2004гг.

Выводы:

1. В структуре ЛНГ удельный вес инфекций был и остается значительным в различные временные периоды (около 50%).

2. Нозологическая структура ЛНГ за периоды 1993 – 1994 гг. и 2003 -2004 гг. изменилась незначительно.

3. Причиной лихорадочного состояния у лиц молодого возраста (до 30 лет) чаще всего служат инфекционные агенты, в то время как в старших возрастных группах доля инфекций уменьшается со значительным увеличением онкологической патологии.

4. В настоящее время отмечается снижение числа больных с подострой лихорадкой (до 6 недель) и нарастание в структуре госпитализированных с ЛНГ числа больных с длительными (более 6 недель) лихорадочными заболеваниями, что, вероятно, можно объяснить изменением иммунореактивности больных, а также большей частотой встречаемости ВИЧ-инфекции среди больных с ЛНГ и сложностью онкологического поиска на догоспитальном этапе.

Литература:

1.Белобородов В.Б. Лихорадка неясного генеза. //Клиническая микробиология и антимикробная терапия. – №2. (17) – 2000.

2.Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза в клинике внутренних болезней. М., 1997.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА

Юруц И.В., Болтрукевич И.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Репозиторий ГрГМУ

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
Научный руководитель – к.м.н. доцент И.П. Богданович

Повреждения проксимального отдела бедренной кости относятся к наиболее частой и распространенной патологии опорно-двигательной системы и по своей медицинской и социальной значимости представляют одну из важнейших проблем травматологии и ортопедии.

Преобладание медиальных переломов у лиц пожилого и старческого возраста привело к тому, что большинство работ посвящено изучению проблем лечения данной патологии у лиц указанных возрастов, тем не менее, лица молодого и трудоспособного возраста среди пациентов с медиальными переломами составляют от 25 до 33,2 %.

Целесообразность хирургического лечения пациентов с медиальными переломами общепризнанна, а металлоостеосинтез является доминирующим методом.

Целью нашего исследования явилось провести анализ оперативного лечения медиальных переломов бедра. В клинике травматологии и ортопедии ГрГМУ с 2004 года по 2006 год было прооперировано 70 пациентов в возрасте от 27 до 62 лет (мужчин – 52, женщин – 18) с различной локализацией переломов (трансцервикальные – 47, базоцервикальные – 8, субкапитальные – 10 и медиальные – 5). Остеосинтез выполнялся: у 49 пациентов винтами, у 10 – углообразной пластиной, у 5 – было выполнено однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава, реконструктивный металлокостнопластический остеосинтез (РМКО) был выполнен у 5 пациентов и у 1 – металлокостнопластический остеосинтез (МКО)

Нами проведен анализ отдаленных результатов (до 36 месяцев после вмешательства) у всех пациентов. Отрицательные результаты (асептический некроз головки бедра, формирование ложных суставов и несросшихся переломов) наблюдалось при всех способах оперативного

Репозиторий ГрГМУ

лечения, кроме эндопротезирования, и были обусловлены рядом причин, таких как ранняя осевая нагрузка при несоблюдении рекомендованного режима, нарушение кровообращения, характер переломов (оскольчатые и вертикальные, с трудно устранимым смещением и повторными репозициями).

При оценке результатов нами учитывалась скорость и полноценность консолидации (рентгенологические данные), восстановление опорности конечности, наличие хромоты, возврат к профессии у пациентов трудоспособного возраста.

Таким образом, ни один из предложенных способов остеосинтеза не имеет преимуществ. Для выбора оптимального способа оперативного вмешательства необходимо иметь четкое представление об остаточном кровоснабжении головки бедра. Так как методика определения жизнеспособности головки является дорогостоящей и в большинстве случаев недоступна, остеосинтез при медиальных переломах бедра может быть осуществлен у лиц молодого возраста до 50 лет и при переломах с близкой горизонтальной линией излома.

По прочности фиксации остеосинтез двумя – тремя винтами не уступает другим конструкциям, но является менее травматичным, что позволяет отдать предпочтение этому способу при наличии ЭОПа (электронно - оптического преобразователя) позволяющего добиться анатомического сопоставления отломков при репозиции перелома.

ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Якимович О.Н.

Гродненский государственный медицинский институт, Беларусь

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И. Гельберга

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.И.Жмакин

Методика выявления дисбактериоза среди аэробных кишечных микроорганизмов основана на случайном отборе колоний, что делает

Репозиторий ГрГМУ

ее слабо чувствительной в выявлении условно-патогенных энтеробактерий, схожих по своим культуральным свойствам, снижая одновременно объективность количественного критерия оценки дисбактериоза.

Мы предлагаем изучать все колонии, выросшие при засеве на питательную среду фекалий в разведении 10^{-6}, где, по существующим нормам, доля кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью не должна снижаться менее 90%. На наш взгляд, такой подход, хоть он и более трудоемкий, позволяет оценивать нарушения микробиоценоза кишечника более адекватно.

С использованием этого метода обследовано 20 субъективно здоровых людей в возрасте 18-22 лет. Разведение фекалий, посев и идентификацию микроорганизмов выполняли с помощью стандартных микробиологических методик. Содержание E.coli колебалось от 4 до 100% и составляло в среднем 77,0±5,6%. Учитывая крайнюю гетерогенность полученных результатов, у всех обследованных был собран углубленный анамнез, включающий сведения и о функционировании желудочно-кишечного тракта и о перенесенных в прошлом заболеваниях желудка или кишечника.

У людей без всяких признаков функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта (10 человек) количество нормальной E.coli в фекалиях составляло 98,9±4,0%, со слабо выраженными признаками (6 человек) – 84,3±2,2%, с выраженными признаками дисфункции кишечника (4 человека) – только 31,5±9,4% ($P < 0,05$). У лиц, перенесших в прошлом хронический гастрит (8 человек) этот показатель составлял 66,6±11,7%, в то время как у тех, которым этот диагноз никогда вы выставлялся (12 человек) – 84,0±5,5%.

Таким образом, при более детальном изучении микробиоценоза кишечника признаки дисбактериоза выявлены нами у 8 из 20 обследованных здоровых людей, причем его выраженность

Репозиторий ГрГМУ

коррелировала и с косвенными признаками функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, и, хотя и в меньшей степени, с наличием в анамнезе хронического гастрита. Это позволяет сделать предположение, что, во-первых, дисбактериоз кишечника среди субъективно здоровых лиц распространен значительно шире, чем это принято считать, во-вторых, в результате хронического гастрита формируется дисбактериоз кишечника, который в дальнейшем может способствовать развитию здесь патологического процесса.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ КОЖНОЙ РАНЫ У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Якимович Д.Ф., Ушкевич А.Л., Бедин П.Г., Заруба А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

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

По-прежнему остается актуальным вопрос о моделировании экспериментальной кожной раны. Для этого предложен ряд устройств, изготавливаемых из специальных пластмассовых материалов, в виде округлой, либо прямоугольной формы, препятствующие прорастанию предлежащей кожи на рецептивное ложе. Известно устройство, для изготовления которого в качестве заготовок использовали бывшие в употреблении одноразовые шприцы. Для установки устройства на расстоянии 3 – 4 мм от верхнего края основания находятся 6 пар отверстий для проведения нитей, которыми подшивают внешний край разреза к устройству. Однако создание отверстий и проведение 6 нитей сопровождается достаточно значительной затратой времени.

Цель исследования – создание усовершенствованного устройства для моделирования экспериментальной кожной раны у лабораторных животных, для изготовления которого в качестве заготовок использовали бывшие в употреблении одноразовые шприцы объемом

Репозиторий ГрГМУ

20 мл., причем способ фиксации устройства к кожному разрезу значительно упрощает и сокращает время операции.

Поставленная задача решается путем создания предлагаемого устройства для моделирования экспериментальной кожной раны следующим образом – в верхней части цилиндра шприца для одноразовых инъекций объемом 20 мл пересекали с моделированием двух пологих вырезок по форме спины крысы.

Устройство состоит из основания в виде укороченного цилиндра диаметром 21 мм., имеющее в верхней части 2 выступа с закругленными краями, а в нижней части - пологие вырезки по форме спины крысы. По верхнему краю основания цилиндра находятся 4 пары прорезей для проведения нитей. Их расположение позволяет предотвратить прорастание прилегающей кожи на раневую поверхность, минимизировать такой фактор в заживлении раны как контракция.

Устройство используют следующим образом. Под эфирным наркозом после удаления шерсти (выщипывание с последующим выбриванием) и обработки 70%-ным спиртом передней трети спины крысы делают разрез округлой формы диаметром 16-18 мм. Отсепарировывают кожный лоскут в латеральном направлении на 6-8 мм. Затем основание устройства устанавливают в образовавшуюся раневую поверхность. Внешний край разреза прикрепляют к устройству посредством предварительно проведенных нитей через 4 пары прорезей, выполненных в верхней части цилиндра в виде подвешивающих и герметизирующих швов. Ввиду хорошей растяжимости кожи натяжения ее при этом не отмечается. Затем создают раневую поверхность путем удаления полнослойного кожного лоскута вместе с подкожной мышцей до подкожно-жировой клетчатки, оставшегося внутри устройства. Закрывают основание крышечкой и закрепляют ее к фабрично изготовляемым выступам с закругленными краями с помощью резинки.

Репозиторий ГрГМУ

Таким образом, предлагаемое устройство позволяет создавать экспериментальную кожную рану у лабораторных крыс. В качестве заготовок использовались бывшие в употреблении одноразовые шприцы объемом 20мл; причем для сокращения времени установки на расстоянии 3-4 мм от верхнего края укороченного цилиндра с помощью скальпеля выполняли 4 пары прорезей глубиной до 4 мм., промежуток между прорезями составлял 3 мм., между парами – 9 мм., при этом уменьшение числа нитей (до 4-х) не влияло на качество фиксации устройства.

АНАТОМИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Янушко Д.И., Мурадян А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

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

Изучение анатомической изменчивости артерий верхней конечности с учетом гено- и фенотипа позволяет взглянуть на вопросы вариабельности с позиций каузально-следственного подхода, что в свою очередь дает 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 верхней конечности.

Чтобы иметь полную картину границ изменчивости артерий верхней конечности в норме и при патологическом генотипе, необходимо кроме двух критериев – нарушение структуры и (или) функции (по В.Н. Шевкуненко) иметь и третий – генетический (Усоев С. С., Ковалевич К.М., 1991).

Цель исследования - изучить изменчивость плечевой артерии и

Репозиторий ГрГМУ

вариантов отхождения ее ветвей 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.

Плечевая артерия исследована на 38 препаратах (правых и левых) верхней конечности у 19 плодов и новорожденных (18 препаратов с НМВПР и 20- контрольная группа) обоего пола методом макро-микропрепарирования с последующей морфометрией наружного диаметра магистральных артерий и их ветвей. Последние исследованы на предмет вариантов их отхождения. Результаты подвержены статистической обработке (Statistica 6,0).

Выявлены следующие статистически достоверные особенности анатомического строения плечевой артерии и ее ветвей при НМВПР в сравнении с контрольной группой.

Плечевая артерия на 5 препаратах (27,5%, $p<0,05$) представлена 2 стволами, поверхностной и глубокой. От глубокого ствола отходили все основные ветви плечевой артерии.

Нормальное разделение плечевой артерии на лучевую и локтевую артерии отмечено во всех случаях наличия одного ствола плечевой артерии (13 препаратов 71,5% , $p<0,001$).

Верхняя и нижняя локтевая коллатеральные артерии на 3 препаратах (16,5%, $p<0,001$) не выявлены.

Наружный диаметр плечевой артерии и ее основных ветвей (табл.) статистически достоверно не отличается от контрольной группы ($p>0,05$)

Таблица - Наружный диаметр ($X\pm S_x$) плечевой артерии и ее ветвей (в см)

Репозиторий ГрГМУ

Название	НМВПР		Контроль	
	Пр.	Лев.	Пр.	Лев.
1. Плечевая артерия вначале	0,18 ±0,04	0,19 ±0,03	0,22 ±0,03	0,23 ±0,03
2. Плечевая артерия вконце	0,18 ±0,04	0,16 ±0,04	0,19 ±0,03	0,19 ±0,03
3. Глубокая артерия плеча	0,11 ±0,02	0,1±0,03	0,14 ±0,03	0,13 ±0,03
4. Верхняя локтевая коллатеральная артерия	0,08 ±0,02	0,08 ±0,02	0,1±0,02	0,1±0,01
5.Нижняя локтевая коллатеральная артерия	0,07 ±0,01	0,09 ±0,01	0,08 ±0,03	0,07 ±0,01

Таким образом, при НМВПР отмечаются варианты отхождения ветвей плечевой артерии, возникающие в результате персистирования эмбрионального периода развития плечевой артерии, а именно наличие поверхностной и глубокой плечевых артерий. По-видимому, причина таких нарушений - патологический генотип при НМПР.

СОСТОЯНИЕ ГИСТО-ГЕМАТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ОРГАНИЗМА ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Ярмущик А.В., Герасимчик Е.В., Юрина Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент К.А. Эйсмонт

Состояние гисто-гематического барьера (ГГБ) организма является интегральным фактором, от которого зависят микроциркуляция, трофика, местная реактивность и резистентность тканей, а также общая резистентность организма. Ученые настойчиво ищут методы

Репозиторий ГрГМУ

управления проницаемостью микрососудов и эндотелия в частности. Воздействие на эндотелий различными средствами, способными изменять проницаемость ГГБ, сулит хорошие перспективы для клинической практики [Нестеров А.И., 1929; Лобанок М.М., Лукша С.С., 1992; Сидоренко Г.И., 2000; Максимович Н.Е., 2004]. Ранее нами установлено изменение проницаемости ГГБ у молодых людей в зависимости от пола и сезона, а также у больных сепсисом [Эйсмонт К. А.., и др. 2006].

В работе поставлена цель - изучить состояние ГГБ у больных панкреатитом. Учитывая ферментативную теорию патогенеза панкреатита [Шотт А.В. с соавт., 1981 и др.], когда кровь наводняется биологически активными веществами, ГГБ при этом заболевании должен быть нарушен. Но в доступной литературе не встречено работ, где бы этот факт был установлен и объективно оценен. Мы поставили цель оценить этот феномен не только качественно, но и в количественном выражении. Интерес представляло также установить коррелятивную зависимость между состоянием барьера, а с другой стороны другими показателями реактивности организма и тяжестью болезни.

Состояние ГГБ нами исследовалось у 14 больных острым панкреатитом (ОП). Контрольную группу составили 11 больных с острым холециститом (ОХ). Проницаемость и резистентность сосудов микроциркуляторного русла оценивались с помощью пробы А.И. Нестерова [Нестеров А.И., 1929; Сухоцкая Г.М. и др.2001]. Проба оценивается 4-мя степенями в зависимости от количества и размера кровоизлияний. При 3-ей степени возникает сплошное кровоизлияние. 0-1 ст. - ГГБ в норме, при 2 и 3-ей ст. - проницаемость микрососудов повышена, а резистентность снижена.

Установлено, что ГГБ у больных с ОП в большинстве случаев нарушен (у 8 из 14 больных). Причем в 50% случаев проба была 3-ей ст. В то же время при ОХ почти у всех больных ГГБ в норме, за

Репозиторий ГрГМУ

исключением одного мужчины 34 лет. Интересно, что среди больных с ОП мужчины составили около 80%, а с ОХ - 64%. Прослежена также коррелятивная зависимость между состоянием ГГБ и реактивностью организма в целом. Состояние организма тяжелых больных оценивается, как известно, интегральным показателем Apache II. Последний определяется с помощью компьютера при учете свыше 12 параметров функций организма (сознание, температура, дыхание, показатели гемодинамики, крови, КОС и др.).

В наших исследованиях при 1 ст. пробы А.И. Нестерова (норма) данный показатель составлял в среднем 9,5 единицы, при 2 и 3 ст. соответственно 12 и 23 единицы. У больных с ОХ состояние ГГБ по пробе 1 ст., а показатель Apache II равен 10 ед. Таким образом:

1. При остром панкреатите, как правило, ГГБ нарушен, что свидетельствует о серьезных общих нарушениях в организме.

2. Активность процессов в ГГБ зависит от формы, степени тяжести, периода течения болезни, ибо у 6 больных из 14 показатель не был нарушен. В процессе лечения у ряда больных замечена нормализация ГГБ.

3. Состояние ГГБ и показателя Apache II в наших исследованиях показали, что панкреатит является более сложным и тяжелым заболеванием, чем холецистит.

4. Исследуя состояние ГГБ с помощью пробы А.И. Нестерова, можно судить о степени тяжести болезни, так как этот показатель полностью коррелирует с интегральным показателем Apache II.

РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ

Ярмущик А.В., Семенюк А.С., Гриц А.Н., Шестак О.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

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

Репозиторий ГрГМУ

Лечение больных с локальными глубокими ожогами (ЛГО) является важной медико-социальной проблемой, т.к. непосредственные и отдаленные результаты часто приводят к рубцовым деформациям и контрактурам, и, как следствие, до 40% обожженных нуждаются в последующей хирургической реабилитации. Даже при отсутствии клинически значимой «общей» реакции на ожоговую травму, необходим дифференцированный подход к выбору консервативного, либо оперативного метода лечения. Из известных способов удаления некроза наиболее эффективным является раннее его удаление. При условии одномоментного пластического закрытия раневого дефекта достигается снижение частоты инфекционных осложнений и летальности, улучшение функциональных результатов лечения, значительный экономический эффект. Несмотря на патогенетическое обоснование раннего хирургического лечения ЛГО, тактические подходы в лечении данного контингента больных в литературе освящены недостаточно и носят порой противоречивый характер.

Цель. Изучить результаты хирургического лечения больных ЛГО.

Материалы и методы. Произведен анализ 77 историй болезней у больных с ЛГО, находившихся на лечении в ожоговом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 1996 по 2005гг., в лечении которых использовано раннее хирургическое лечение. Этиология ожогов: термический фактор (пламя, горячая вода, контактная) - 65 (84,4%) пациентов, химические ожоги - 3 (3,9%) обожженных, электротравма - 6 (7,8%) пациентов, комбинированные травмы - 3 (3,9%) обожженных. Возраст больных варьировал от 7 до 87 лет, среди них 10 женщин (13%) и 67 мужчин (87%), общая площадь ожогов от 0,5% до 5%.

Результаты и обсуждение. Койко-дни до операции колебались от 0 до 9 суток. У всех больных выполнялись ранние некрэктомии с одномоментным закрытием ожоговых ран (аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, аллопластика, пластика местными

Репозиторий ГрГМУ

тканями, васкуляризированным лоскутом). В послеоперационном периоде процент приживления аутодермотрансплантатов составил 82,8%. К основным причинам неудач следует отнести нерадикальность некрэктомии, а также образование под трансплантатами гематом с последующей их отслойкой. Койко-дни после операции варьировали от 5 до 18 суток. Умерших не было. У больных, которых лечили традиционным методом – аутодермопластика на гранулирующие раны, время отторжения струпа составляло от 2 – 3 недель до 1,5 месяцев, что значительно увеличивало дооперационный период, интоксикацию организма, обуславливало высокую частоту конечных неудовлетворительных результатов.

Представленные результаты лечения больных с ЛГО свидетельствуют о преимуществах активной хирургической тактики, однако применение ее в повседневной клинической практике, как и раньше, ограничено. Это связано, во-первых, с поздней и несвоевременной госпитализацией больных, так как основанием для направления обожженного в стационар является достаточно часто не сам ожог, а развившиеся в результате неадекватного и продолжительного лечения его осложнения. Во-вторых, ввиду несовершенства способа ранней диагностики глубины ожога, когда известные методы по ряду причин не позволяют реально оценить степень глубины термического поражения, что является определяющим фактором в выборе того или иного метода лечения.

Вывод. Ранняя некрэктомия до развития признаков воспаления в ране с последующим аутопластическим закрытием у больных с ЛГО является эффективным и перспективным способом оперативного лечения обожженных, способствующая улучшению результатов аутодермопластики и сокращению сроков пребывания в стационаре.

РАННЯЯ НЕКРЭКТОМИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ

Репозиторий ГрГМУ

ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Ярмущик А.В., Семенюк А.С., Гриц А.Н., Шестак О.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

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

Лечение больных с обширными ожогами является одной из наиболее сложных проблем в хирургии и травматологии. Это обусловлено высокими показателями летальности, инвалидности среди пострадавших, высокой стоимостью лечения. Инфекция является одним из ведущих факторов, определяющих патогенез не только ожоговых ран, но и ожоговой болезни в целом. Значительная масса девитализированных тканей приводит к значительному росту микроорганизмов, которые гематогенным путем способствует развитию метастатических гнойных очагов во внутренних органах. Большое значение на развитие сепсиса влияют микробные токсины и продукты распада тканей. Таким образом, патогенетически обосновано раннее удаление ожогового струпа.

Цель. Изучить результаты раннего хирургического лечения больных ожоговой болезнью.

Материал и методы. Проведен анализ 10 историй болезни у больных ожоговой болезнью, находившихся на лечении в ожоговом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 1999 по 2005 г.г., в течение которых использовано раннее хирургическое лечение. Этиология ожогов - термический фактор (пламя, горячая вода, контактные ожоги). Возраст больных варьировал от 24 до 78 лет, среди них 8 мужчин и 2 женщины, общая площадь ожогов от 14% до 60%.

Результаты и обсуждение. Койко-дни до операции колебались от 0 до 7 суток. У всех больных выполнялись ранние некрэктомии с одномоментным закрытием ожоговых ран (аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом) площадью до 10%. Оставшиеся

Репозиторий ГрГМУ

ожоговые раны вели традиционно, у 4 больных выполнялась некрэктомия с последующим закрытием ожоговых ран аллотрансплантатами, заготовленными в Государственной службе медицинских и судебных экспертиз, отдел биотрансплантатов. Количество последующих операций по закрытию кожных дефектов составляло от 1 до 5, процент приживления аутодермотрансплантатов - 72,8%. Умер 1 пациент, у которого тяжелая ожоговая болезнь сопровождалась ожогом дыхательных путей. Койко-дни после операции варьировали от 21 до 105 дней.

Сущность раннего хирургического удаления ожогового струпа предполагает значительные преимущества перед традиционными методами ввиду возможности прерывания развития ожоговой болезни в стадии токсемии или начальной стадии септикотоксемии. Однако существуют причины, объективно препятствующие применению ранних некрэктомий: травматичность таких операций и значительная кровопотеря; поздняя госпитализация, неадекватное лечение на этапе выведения из ожогового шока; трудности при диагностике глубины термического поражения; необходимость полноценного анестезиолого-реанимационного пособия, включающего оптимальные методы анестезии, нахождение больных в условиях ОИТ и Р., достаточное количество запасов крови и белковых препаратов; отсутствие современных дермотрансплантатов для уменьшения кровопотери; необходимость банка аллогенной кожи и развитие клеточных технологий; и, наконец, вероятность неудачи, риск при использовании хирургических методов подготовки ран к дермопластике делает их для хирурга субъективно менее предпочтительными, чем и объясняется выбор традиционного лечения.

Вывод. Проведение в ранние сроки некрэктомии при ожоговой болезни патогенетически обосновано, однако имеет свои особенности, соблюдение которых определяет течение и исход заболевания у тяжелообожженных.

Репозиторий ГрГМУ

STRUCTURAL AND METABOLIC CHANGES IN RAT BRAIN HISTAMINERGIC NEURONS UNDER R-α- METHYL HISTAMINE ACTION

Saad Albaag

Grodno state medical university, Belarus

Department of histology, cytology and embryology

Supervisor - professor S.M.Zimatkin

Brain histamine-relising neurons are located exclusively in posterior hypothalamus, but their processes project to all brain regions and regulate activity of many other types of neurons. They act throgh the three types of histamine receptors. H3 receptors are exclusively presynaptically located and are negatively coupled to adenylate cyclase. They are outoreceptors and provide the outoinhibition of histaminergic neurons.

The aim of the study was to find the structural and metabolic changes in brain histaminergic neurons following the inhibition of their function by stimulation of H3 receptors. It is known that R-a-methyl histamine is a highly specific and effective agonist for H3-recptors and when it is injected in the lateral ventricle of the brain it inhibits the functional activity of histaminergic neurons in the brain , because of inhibition of synthesis , releasing , and metabolism of histamine in those neurons.

The investigation was carried out in 15 male wistar rats weightings 180-220 g. Under calipsol anesthesia an agonist for H3-recptors R-a-methyl histamine was injected in the third ventricle of the brain in a dose 0.5 mg/kg in 10 mcl of 0,9 % Nacl .3 hours later animals were sacrificed and samples of hypothalamus were frozen and store in liquid nitrogen. Criostate sections were treated by Nissl method and histochemically for determination of monoamine oxidase type B (MAO B), dehydrogenases of succinate, lactate, glucose-6-phosphate, NADH and NADPH and acid phosphatase. The size and shape of histaminergic neurons perikarions and activity of the enzymes in their cytoplasm were measured using the computer image analyses system (bioscan, N.T). The primary parameters were treated statistically,

Репозиторий ГрГМУ

using the computer program “Statistica”, 6.0.

It was found that R-α-methyl histamine induces the slight increasing and elongation of hypothalamus histaminergic neurons. In addition the activity of all studied enzymes (for the exception of acid phosphatase) in their cytoplasm significantly decreased. In indicates the grate disturbances and inhibition of histaminergic neurons metabolism, which is in a good accordance with data on inhibition of ther functional activity following stimulation of histamine H1 receptors by R-a-methyl histamine .

The conclusion: H3-histamine receptor agonist R-a-methyl histamine induces the significant inhibition of the general and specific metabolism of brain histaminergic neurons as well as changes of their perikarions shape.

Репозиторий ГрГМУ