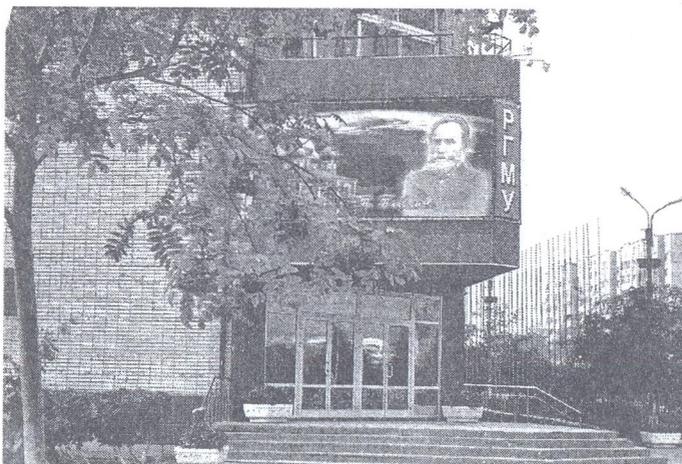




**МАТЕРИАЛЫ
ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
УНИВЕРСИТЕТА**



Рязань 2008

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
**РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА**
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию

**МАТЕРИАЛЫ
ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
УНИВЕРСИТЕТА**

Рязань, 2008

УДК 61(071)+61:378

Материалы ежегодной научной конференции университета / Общая ред. проф. М.М.Лапкина. – Рязань: РязГМУ, 2008. – 286 с.

ISBN 5-8423-0062-1

Основу сборника составляют материалы, представленные сотрудниками Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. В книге рассматриваются проблемы гормональной регуляции метаболизма, физиологии и патологии нервной системы и анализаторов. Раскрываются закономерности адаптации клеток, тканей, органов к действию различных факторов. Излагаются новые методы диагностики и лечения хирургических заболеваний, заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Приведена клинико-иммунологическая характеристика наиболее распространенных инфекционных заболеваний и заболеваний органов пищеварения. Представлены результаты разработки оптимальных технологий, обеспечивающих сохранение здоровья женщин, детей, подростков и студенческой молодёжи. Рассматриваются современные закономерности формирования здоровья и организации лечебно-профилактической помощи отдельным группам населения. Излагаются научные основы медицины труда, экологического благополучия населения и окружающей среды. В работах анализируются проблемы управления аптечной службой в рыночных условиях, изыскания новых способов изготовления лекарств. Приведены сведения о новых технологиях в современном медицинском образовании.

Сборник предназначен для научных работников, преподавателей медицинских вузов и колледжей, практических врачей.

Технический редактор А.В.Куприкова

ISBN 5-8423-0062-1

© ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, 2008

ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ МЕТАБОЛИЗМА В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

М.А.Фомина, Ю.А.Кузьмина, А.Л.Самохина
АНАЛИЗ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ
ВЕЩЕСТВ НИЗКОЙ И СРЕДНЕЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МАССЫ
В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ

Кафедра биологической химии с курсом клинической
лабораторной диагностики ФПДО

Вещества низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) - это класс среднемолекулярных продуктов протеолиза, который способен оказывать токсическое действие, их содержание в крови зависит от образования в организме и от состояния органов и систем, участвующих в их выделении и метаболизме. Определение ВНиСММ производится различными методами.

Методы ультрафильтрации через мембраны и гель-хроматографии на носителях достаточно длительны, трудоемки, требуют наличия специальной аппаратуры и реактивов, т.е. малопригодны для широкой клинической практики и совершенно непригодны для скрининговых исследований.

Определение МСМ по Н.И. Габрилян. Суть метода состоит в том, что производится фотометрия после осаждения крупномолекулярных белков 10% раствором трихлоруксусной кислоты.

Определение ВНиСММ по М.Я.Малаховой. Суть данного метода заключается в одновременном определении ВНиСММ в нескольких средах организма: плазме, на эритроцитах, и в моче.

1) Спектрограмма плазмы крови при длинах волн 238 и (или) 242 нм имеет сопряжение с осью абсцисс (нулевые значения экстинций). Начиная с 246 нм, имеет вид равномерно восходящей кривой, достигая максимальных значений экстинций при длине волны 282 нм, а затем нисходящей. Величина поглощения не превышает 0,3 ед. оптической плотности.

2) Профиль спектрограммы эритроцитов имеет максимум экстинций при длине волны 258 нм. Высота стояния максимума между $E = 0.6-0.7$.

3) Спектрограмма мочи имеет вид двугорбой кривой с двумя максимумами на длинах волн 234-238 нм и 274-282 нм. Макси-

мум поглощения - 0,6-0,7 ед. С целью увеличения информативности используют различные показатели и коэффициенты.

В настоящее время данный метод совершенствуется, например, Нестеров С.Л. и соавторы предложили новый показатель - относительная площадь под кривой, представляющая собой отношение абсолютной площади к концентрации креатинина в данной порции мочи с целью снять влияние суточного диуреза на показатель ВНиСММ.

Таким образом, наиболее диагностически значимым и удобным для применения в клинической практике является метод определения ВНиСММ по М.Я. Малаховой.

В.И.Свирина

ПРЕИМУЩЕСТВА АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ПОДСЧЕТА РЕТИКУЛОЦИТОВ

**Кафедра биологической химии с курсом клинической
лабораторной диагностики ФПДО**

Ретикулоциты - молодые эритроциты, в которых с помощью специальных суправитальных методов окрашивания выявляется зернисто-сетчатая субстанция (остатки рибосом и РНК). Рибосомы, присутствующие в нефиксированных препаратах, имеют свойство вступать в реакцию с определенными красителями, в результате чего формируются гранулы и нити (филаменты). Для окрашивания наиболее часто используются новый метиленовый синий, бриллиант-крезил голубой и азур Б. Из них предпочтителен новый метиленовый синий, дающий наиболее интенсивную окраску.

Процесс созревания ретикулоцитов в костном мозге продолжается 2-3 дня, в периферической крови - 24-29 ч. За этот период в ретикулоците синтезируется около 1/3 конечного содержания гемоглобина в эритроците. По мере созревания ретикулоцитов количество зернисто-сетчатой субстанции в них уменьшается. Скорость продукции ретикулоцитов и выхода их в периферическую кровь регулируется эритропоэтином. Количество ретикулоцитов, содержание в них РНК пропорционально активности эритропоэтина у больных с различными формами анемий. Таким образом, ретикулоциты являются отражением эритропоэтической активно-

сти косного мозга, высвобождения из клеток костного мозга большого числа юных клеток.

В настоящее время существует 2 метода выявления ретикулоцитов: подсчет ретикулоцитов при микроскопии специально окрашенных мазков (ручной метод); автоматический метод точной цитометрии и цитофлюорометрии.

Отечественные унифицированные методы ручного подсчета ретикулоцитов сводятся к определению относительного количества эритроцитов, содержащих зернисто-нитчатую субстанцию на 1000 эритроцитов при суправитальной окраске на стекле или в пробирке.

По данным литературы, анализ результатов межлабораторного контроля качества указывает на недостаточную точность ручных методов подсчета ретикулоцитов. Коэффициент вариации колеблется в диапазоне 25-50 %. Недостатками ручных методов являются: 1) индивидуальные особенности исследователя (разные врачи не в состоянии четко решить, является ли клетка ретикулоцитом); 2) трудность отличия от эритроцитов более зрелых ретикулоцитов, содержащих только несколько точек или слабовыраженные нити ретикулума; 3) наличие индивидуальных морфологических критериев обнаружения ретикулоцитов у каждого отдельного технолога. Результаты разных технологов хорошо коррелируют при величинах ретикулоцитов ниже 1 % ($r=0,94$), значительно хуже при 1-3 % ($r=0,35$), при 3-10 % несколько лучше ($r=0,73$). Учитывая данные недостатки необходимо, чтобы исследование ретикулоцитов проводилось одним и тем же специалистом, что невозможно осуществить при постоянной загруженности лабораторий.

Таким образом, недостаточная точность ручных методов подсчета ретикулоцитов не позволяет использовать их для динамического мониторинга у пациентов с низким уровнем ретикулоцитов, терапевтического мониторинга лекарственного ингибирования или стимуляции эритропоэза. Следовательно, ручной метод подсчета ретикулоцитов может рассматриваться как полуколичественный, с ограниченным клиническим применением при гипо- или гиперпластических анемиях с большой разницей результатов.

Современные гематологические анализаторы способны осуществлять полуавтоматический или автоматический подсчет ре-

тикулоцитов. Автоматизированные методы дают коэффициенты вариации ниже 6 %. Методы автоматизированного анализа основаны на модификациях суправитальной окраски, когда ретикулум идентифицируется и определяется количественно путем измерения абсорбции или рассеивания света.

Одним из главных достижений автоматизированных методов (особенно флуоресцентных) является способность давать воспроизводимое и точное измерение интенсивности окраски. Это очень важно, так как количество окрашенных РНК и ретикулума в цитоплазме довольно точно отражает уровень созревания ретикулоцита. При исследовании распределения ретикулоцитов по степени созревания возможны интерпретация результатов и их использование для определения изменений, связанных со специфической патологией или с эритропоэтической активностью КМ.

Методы автоматизированного подсчета ретикулоцитов обладают следующими преимуществами перед ручными методами: 1) лучшая точность, позволяющая обнаружить сниженную эритропоэтическую активность и четко мониторировать изменение количества ретикулоцитов; 2) возможность оценки степени созревания ретикулоцитов и относительного содержания незрелых ретикулоцитов, что позволяет выявить малые изменения эритропоэтической активности; 3) возможность подсчета индексов созревания, помогающих в классификации гематологических нарушений; 4) возможность определения ретикулоцитарных индексов, отражающих объем клеток, концентрацию гемоглобина и содержание гемоглобина в эритроцитах, которые могут быть использованы в качестве объективных индикаторов качественных изменений эритроцитов.

Таким образом, автоматизированный метод анализа ретикулоцитов с помощью гематологических анализаторов значительно превосходит по своей точности и воспроизводимости ручные методы, дает возможность определять дополнительные параметры, характеризующие объем ретикулоцитов и степень их созревания. Однако следует также отметить, что для автоматизированных методов исследования требуются дорогостоящее оборудование и высококвалифицированный персонал, что не всегда доступно в широкой медицинской практике.

В.И.Свирина, И.А.Прасолова
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАЛЬЧИКОВ ПРИЗЫВНОГО
ВОЗРАСТА

Кафедра биологической химии с курсом клинической
лабораторной диагностики ФПДО
МУЗ «Детская поликлиника № 5», г.Рязань

В медицинской практике для диагностики различных заболеваний наиболее широко применяется общеклинический анализ крови (ОАК), включающий определение количества гемоглобина, подсчет числа эритроцитов, лейкоцитов с дифференцированием лейкоцитарной формулы, СОЭ. В последние годы в практику здравоохранения стали внедрять гематологические анализаторы. Автоматический подсчет является более точным методом оценки количества клеток крови по сравнению с ручными методами. Гематологические анализаторы позволяют быстро проанализировать большое количество проб крови, сводят к минимуму технические ошибки.

Как показывает статистика, в последние годы отмечается рост заболеваемости подростков призывного возраста, о чем свидетельствует устойчивое снижение годности призывников к военной службе. По данным военкоматов г. Рязани по состоянию здоровья при освидетельствовании негодным признается каждый четвертый-пятый призывник. Обязательным для всех призывников является проведение ОАК, который позволяет выявить различные заболевания, наличие воспалительного процесса (в том числе и хронического), аллергические заболевания и др.

Целью настоящего исследования являлась оценка гематологических показателей у мальчиков призывного возраста по результатам, полученным с помощью гематологического анализатора.

Нами проведен ОАК у 158 мальчиков, не имеющих острой патологии, которые были разделены на две возрастные группы: I группа - 17 лет (51 человек - 32,3 %), II группа - 16 лет (107 человек - 67,7 %).

Исследование крови проводилось на автоматизированном гематологическом анализаторе МЕК-6400 J/К (Nihon Kohden, Япония), позволяющем определять 18 параметров, из которых нами были выбраны и оценивались наиболее информативные показатели.

На исследование забиралась капиллярная кровь с помощью микровет с ЭДТА на 200 мкл. В течение 30 минут проводилась экспозиция с последующим перемешиванием, и микровета с пробой крови помещалась в гематологический анализатор. В течение 1 минуты результат высвечивался на дисплее, считывался и вносился в бланки исследования. Полученные результаты сопоставлялись с референтными значениями.

Нами оценивались основные гематологические показатели призывников (гемоглобин, число эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, процент нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, СОЭ). В каждой группе рассчитывался средний показатель, который сравнивался с референтными значениями. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные гематологические показатели у подростков

Возраст	Кол-во человек	Показатели крови (M±m)							
		Hb г/л	эр. $\cdot 10^{12}/л$	тр. $\cdot 10^9/л$	лейк $\cdot 10^9/л$	нейтр. %	лимф. %	моноц. %	СОЭ мм/час
16 лет	n=107	155,2	5,0	262,4	6,9	60,5	36,30	3,1	3,8
		± 1,1	± 0,03	± 10,1	± 0,1	± 0,8	± 0,8	± 0,1	± 0,3
17 лет	n=51	150,9	4,8	278,1	7,2	62,9	33,3	3,5	4,8
		± 1,8	± 0,1	± 18,9	± 0,2	± 1,3	± 1,2	± 0,3	± 0,8

Согласно полученным данным, большинство средних показателей, полученных нами у подростков 2-х групп, укладываются в референтные пределы. Следует отметить, что средние показатели числа нейтрофилов находятся на верхней границе нормы или чуть превышают норму (референтные пределы в возрасте 16-17 лет - 45-61 %).

Оценивая результаты каждого подростка, у части призывников были выявлены отклонения от нормальных величин. Отклонения были обнаружены у следующего числа обследованных подростков (табл. 2).

Таблица 2

Частота отклонения показателей крови от референтных пределов

Возраст	Кол-во	Частота отклонений показателей (%)							
		Нв	эр.	тр.	лейк.	нейт.	лимф.	Моноц.	СОЭ
16 лет	n=107	24,3 %	6,5 %	21,6 %	22,4 %	43,0 %	28,0 %	0 %	8,4 %
17 лет	n=51	7,8 %	3,9 %	27,5 %	31,4 %	52,9 %	43,1 %	0 %	13,7 %

Наибольшая частота отклонений от нормы величины Нв и числа эритроцитов выявлена во II группе (24,3 % и 6,5 %). Число тромбоцитов и лейкоцитов изменено более чем у 20 % в каждой группе (21,6-27,5 % и 22,4-31,4 % соответственно). Процент нейтрофилов выходит за пределы нормы более чем у 40 % обследованных, а лимфоцитов у 28,0-43,1 %. Процент моноцитов соответствует нормальным. СОЭ изменено в 8,4-13,7 % случаев. Выявленные отклонения в большинстве случаев отмечаются в сторону повышения показателя.

Таким образом, среди обследованных нами подростков не имеют изменений гематологических показателей 49,5 % - во II группе и 41,2 % в I группе. У остальных выявляются различные изменения со стороны крови, что свидетельствует о наличии у них патологии.

Е.А.Рязанова

К ВОПРОСУ О НОМЕНКЛАТУРЕ КАЛЬПАИНОВ

Кафедра биологической химии с курсом клинической лабораторной диагностики

Первоначально термин "кальпаин" использовали для обозначения только двух типов кальпаинов: μ - и m -кальпаинов, которые отличаются микромолярными (для μ -кальпаина) и миллимолярными (для m -кальпаина) концентрациями Ca^{2+} , необходимыми для их активации.

μ - и m -кальпаины представляют собой гетеродимеры, состоящие из большой и малой субъединиц, которые имеют молекуляр-

ные массы близкие к 80 и 28 кДа, соответственно.

Большая субъединица (80 кДа) обладает ферментативной активностью, поэтому в настоящее время термин "кальпаин" также используется для обозначения этой субъединицы (кальпаин 1 для μ -кальпаина и кальпаин 2 для m -кальпаина, соответственно) и ее гомологов. Термины "кальпаин I" и "кальпаин II", которые ранее применяли для обозначения μ - и m -кальпаинов не рекомендуются к употреблению. Малая субъединица (28 кДа) μ - и m -кальпаинов называется также кальпаином 4 или CSS1 (сокращение от "calpain small subunit 1").

Дальнейшие исследования сформировали представления о семействе кальпаинов и кальпаин-подобных ферментах у различных организмов, что в значительной степени усложняет номенклатуру кальпаинов.

Все известные кальпаины разделяют на 2 класса: типичные и атипичные кальпаины в зависимости от наличия в их структуре кальмодулин-подобного домена.

Типичные кальпаины называют также классическими или обычными. К типичным кальпаинам относятся 9 кальпаинов млекопитающих (μ -кальпаин, m -кальпаин, кальпаины 3, 8, 9, 11, 12, 13, 14) и 3 кальпаина дрозофилы, которые содержат 4 домена в структуре, в том числе Ca^{2+} -связывающий домен.

Атипичные кальпаины (кальпаины 5, 6, 7, 10 и 15 млекопитающих, а также кальпаины других организмов: дрозофилы, плоского червя, ракообразных, нематоды, грибов, растений и др.) не содержат кальмодулин-подобный домен, их разделяют на 6 групп на основании гомологии их последовательности.

Некоторые кальпаины млекопитающих являются тканеспецифичными. Они экспрессируются главным образом в определенных тканях: кальпаин 3а в скелетных мышцах, кальпаин 8 в гладких мышцах, кальпаин 6 в плаценте, кальпаин 9 в пищеварительном тракте. Более широкая тканевая экспрессия характерна для кальпаинов 5, 7, 10, 13 и 15.

У человека и других млекопитающих идентифицированы 14 генов (*Capn1* - *Capn15*) в структуре ДНК, кодирующих белки, принадлежащие к семейству кальпаинов. При наименовании этих белков им присваивают номер от 1 до 15 в соответствии с номерами кодирующих генов: кальпаин 1, кальпаин 2 и т.д.

Изоформы кальпаинов, образовавшиеся путем альтернативного сплайсинга, предложено обозначать дополнительно с помощью букв. Например, кальпаин 10-атипичный кальпаин млекопитающих, экспрессируется повсеместно в виде 8 различных сплайс-вариантов, которые называются кальпаин 10а, кальпаин 10b и т.д.

Типичные кальпаины дрозофилы обозначают как CALPA, CALPB, CALPC. Название CALPA' использовали для наименования сплайс-варианта CALPA с отсутствующим кальмодулин-подобным доменом, но после идентификации ряда изоформ кальпаинов беспозвоночных более удобно также использовать буквенные обозначения для продуктов альтернативного сплайсинга беспозвоночных: CALPAa, CALPAb и т.д.

В отношении кальпаинов других организмов пока отсутствует четкая номенклатура. Решение проблемы осложняется недостаточной информацией о каталитических свойствах большинства кальпаин-подобных белков у различных организмов, гены которых идентифицированы, но белки не выделены из тканей и не изучены. Только кальпаин дрозофилы (94 кДа) и кальпаин плоского червя *Schistosoma mansoni*, паразитирующего в портальной системе печени человека, выделены в белковой форме и протеолитически активны в отсутствие малой субъединицы (28 кДа).

Неясно функционируют ли другие белки семейства кальпаинов (кроме μ - и m -кальпаинов, и возможно, кальпаина 9) в виде димеров или одной полипептидной цепи. Если кальпаины функционально активны в мономерной форме, то для них будет сохраняться название типа "кальпаин 3", "кальпаин 4" и т.д. Установление факта функционирования кальпаинов в виде димерных белковых молекул с участием определенного "кофактора", аналогичного 28 кДа субъединице μ - и m -кальпаинов, будет сопровождаться изменением названия кальпаинов.

Многие вопросы наименования кальпаинов ракообразных, плоского червя, нематоды, грибов, растений и др. организмов остаются нерешенными. Дальнейшая разработка рациональной системы номенклатуры кальпаинов определяется успехами по выделению белков "новых" кальпаинов, большинство из которых идентифицировано только в виде последовательностей ДНК, в каталитически активной форме и степенью изученности их свойств.

Д.Г.Узбекова, И.И.Первова, А.А.Карасева
ПРОФЕССОР А.А. НИКУЛИН: К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии ФПДО

В августе 2008 г. исполнилось 85 лет со дня рождения и 62 года научной, педагогической и организаторской деятельности известного фармаколога, заведующего кафедрой фармакологии Рязанского медицинского института имени академика И.П. Павлова, доктора медицинских наук, профессора Анатолия Александровича Никулина.

А.А. Никулин родился 21 августа 1923 г. в Саратове. В 1946 г. с отличием окончил Саратовский медицинский институт, где и началась его научно-педагогическая деятельность. В 1949 г. – аспирантуру при кафедре фармакологии под руководством профессора К.А. Шмелева и защитил кандидатскую диссертацию на тему "О сравнительном действии сосудодвигательных веществ на просвет сосудов некоторых органов лягушки в зависимости от активной реакции среды и тонуса сосудистой стенки", которая в дальнейшем стала оригинальным направлением в сосудистой фармакологии и экспериментальной ангиологии.

В 1950 г. А.А. Никулин создал и в течение 3 лет возглавлял кафедру фармакологии медицинского и ветеринарного факультетов Монгольского Университета, заложил основы научных исследований по лечебному применению местной флоры, много сделал для организации высшего и среднего медицинского образования в МНР.

Дальнейшая научная, организаторская и педагогическая деятельность А.А. Никулина неразрывно связана с Рязанским медицинским институтом, где он сначала в качестве доцента, а затем заведующего кафедрой фармакологии (с сентября 1959 г. по декабрь 1990 г.) развернул широкую работу по изучению действия вазоактивных средств на сердечно-сосудистую систему. Никулин руководил кафедрой более 30 лет, развивал в своих исследованиях и в работах учеников биохимическое направление в фармакологии, молекулярный подход в изучении различных аспектов действия лекарственных средств. Ученый внес существенный вклад в сосудистую фармакологию, изучение лекарственной ре-

гуляции сосудистого тонуса в условиях измененной реактивности организма при воздействии, различных факторов внутренней и внешней среды, а также исследование возможностей фармакологической коррекции метаболических нарушений в тканях кровеносных сосудов различного функционального назначения при экспериментальной патологии сердечно-сосудистой системы.

Он установил закономерности нарушений реактивности сосудистой системы при воздействии на организм рентгеновского облучения; впервые опытным путем воспроизвел комбинированное поражение системы кровообращения — атеросклероз и ионизирующее излучение, что представляет большой профессиональный и клинический интерес. Результаты этих исследований были обобщены в докторской диссертации «Реактивность сосудистой системы организма после воздействия лучами Рентгена» (1966). Эти оригинальные исследования позволили сделать выводы о причинах неадекватного действия вазоактивных соединений при сочетанной патологии сердечно-сосудистой системы.

Большое внимание уделялось изучению баланса катехоламинов (адреналина, норадреналина) и электролитов, а также особенностям углеводно-энергетического обмена в стенке кровеносных сосудов различного функционального назначения при патологии сердечно-сосудистой системы, печени и почек. Разработаны пути фармакологической регуляции обменных нарушений в тканях кровеносных сосудов с помощью вазоактивных средств, средств метаболической терапии. Предложены для внедрения в практику методические рекомендации «Метаболическая терапия обменных нарушений тканей сосудистой стенки при гипертензивных состояниях»

Проф. А.А. Никулиным разработаны и предложены для внедрения ряд оригинальных биологически активных препаратов, обладающих выраженной способностью стимулировать процессы регенерации, а также препараты на основе животных и растительных масел (спермацетового - "Спедиан", облепихового, шиповникового, масла подорожника), активно исследовались различные продукты пчеловодства (маточное молочко - "Апилак", воск, мед, цветочная пыльца и ее фракции).

Проф. А.А.Никулин и сотрудники кафедры фармакологии издали ряд монографий, выпустили несколько монотематических

сборников («Апилак», 1976; «Кровеносные сосуды», 1981; «Спермацетовое масло и регенерация», 1981; «Биология и фармакология опухолевого процесса», 1974; «Спермацетовое масло», 1974; «Сосудистая стенка», 1977; «Фармакология кровеносных сосудов», 1981). Большое внимание А.А. Никулин уделял учебно-методической работе на кафедре, где были разработаны и изданы учебники и учебные пособия, опубликованы статьи о системе самостоятельного обучения студентов.

Исключительная трудоспособность, одержимость в работе, организаторский талант и научный авторитет проф. А.А. Никулина привлекают молодых исследователей. Воспитывая в своих учениках преданность науке, он стремится сосредоточить их внимание на решении фундаментальных и главным образом практических проблем. Ученый активно привлекал для решения наиболее важных задач фармакологии и практической медицины представителей смежных областей — химиков, физиков, морфологов, клиницистов.

За 33 года работы на кафедре профессор А.А. Никулин создал школу фармакологов России, его ученики руководят кафедрами как в России, так и СНГ. Под научным руководством А.А. Никулина подготовлено, защищено 8 докторских и 39 кандидатских диссертаций.

Работу на кафедре, начиная с 1954 г., А.А. Никулин совмещал с работой в администрации института: был заместителем декана, деканом лечебного факультета, проректором по учебной работе. С августа 1961 по ноябрь 1983 г. являлся ректором Рязанского медицинского института. За время руководства институтом была создана материально-техническая база, построены новые корпуса, библиотека, виварий, общежития, открыты санитарно-гигиенический и фармацевтический факультеты. Недаром студенты между собой медгородок называют Никулин-град. В честь профессора названа одна из улиц города Рязани.

А.А. Никулина отличали исключительное трудолюбие, энергия, жизнерадостность, отзывчивость.

Ученики Анатолия Александровича, все, кто его знал, всегда будут помнить этого прекрасного человека, отзывчивого руководителя. Светлая память об Анатолии Александровиче Никулине сохранится в сердцах всех, кому доводилось работать с ним и

близко его знать.

ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И АНАЛИЗАТОРОВ

М.М.Лапкин, Т.М.Григоренко, Р.А.Зорин, Е.А.Трутнева
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
ЧЕЛОВЕКА И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЕГО ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ*

Кафедра нормальной физиологии с курсом физики

В соответствии с положениями системного подхода (Анохин П.К., 1935-1974; Судаков К.В., 1984, 2002, 2007) пространственно-временная организация целенаправленного поведения человека формируется на основе взаимодействия всех его составляющих для достижения полезных приспособительных результатов. Важная роль в формировании характера поведения принадлежит свойствам нервной системы (психодинамическими свойствам, степенью латерализации функций и др.) (Теплов Б.М., Небылицын В.Д., 1963; Русалов В.М., 1979; Хомская Е.Д., 1997; Фокин В.Ф., 2003). В этой связи возникает вопрос о возможных взаимосвязях между психо-динамическими свойствами и признаками мозговой асимметрии при реализации результативного поведения.

Исследование проведено на 200 добровольцах обоего пола в возрасте от 18 до 20 лет. Личностные психодинамические характеристики испытуемых оценивали тестами EPI (Eysenck H., 1967), OT (Strelau Y., 1965), JAS (Jenkins C., 1976), MAS (Teylor J., 1953). Исследование мотивационной составляющей поведения проводилась тестом В.К.Гербачевского (1982). Латерализацию функций оценивали общепринятыми методами (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981). Наряду с этим исследование индивидуальных особенностей ЦНС проводилось с использованием программно-аппаратного комплекса «Ритмотест» и при помощи компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ) по стандартной схеме и с использованием когнитивной пробы (тест количественных отношений, включающий в себя сравнение испытуемым двух величин через третий компонент). На протяжении всего эксперимента проводилась

* Работа выполняется при финансовой поддержки РГНФ (грант № 08-06-00353а).

оценка состояния адаптационных резервов организма испытуемых методами математического анализа ритма сердца (Баевский Р.М. и др., 1984, 2001). При анализе ЭЭГ оценивали основные амплитудные и спектральные ее характеристики, показатели функции когерентности ЭЭГ испытуемых в исходном состоянии и при выполнении нагрузочных проб (гипервентиляция, проба с открыванием и закрыванием глаз и теста количественных отношений). Кроме того, проводится выявление корреляционных связей между особенностями нейрофизиологической организацией мозга и профилем латерализации функций испытуемых.

Первичная обработка результатов динамических рядов кардиоциклов методом кластерного анализа продемонстрировала, что при сходных результатах деятельности выделяются две основные модели вегетативного обеспечения целенаправленного поведения, которые условно можно назвать «энергозатратной» и «энергосберегающей». Этот факт в целом совпадает с результатами, полученными в нашей лаборатории ранее (М.М.Лапкин, 1994, 1999, 2007; Ю.Ю.Бяловский, 1996 и др.). Однако не вполне ясна роль отдельных свойств центральной нервной системы в реализации указанных поведенческих тактик.

Мы предполагаем, что в изучаемых группах с различными поведенческими тактиками возможно существуют различия по ряду характеристик ЦНС: функциональной асимметрии мозга, базисным психофизиологическим свойствам, организации биоэлектрических процессов и мотивационной составляющей деятельности.

В.Д.Прошляков, М.М.Лапкин, А.Ю.Лутонин, А.В.Иванов
О ПРОБЛЕМЕ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
Кафедра физического воспитания и здоровья
Кафедра нормальной физиологии с курсом физики

Культура – это то, что отличается от природного, то есть результат труда человека. О физической культуре часто судят по результатам физической подготовленности человека.

Возникает вопрос. Кто обладает высшей физической культурой – мастер спорта или его тренер, который по физической подго-

товленности значительно уступает своему ученику? Мы считаем – тренер. Физическую культуру можно только наращивать и обязательно в единстве теории с практикой. Известно, что в практике возникают проблемы, которые решаются теоретически, а затем поверяются практикой. Так работают творчески мыслящие тренеры и преподаватели.

Мы обращаем внимание на определение понятия «физическая культура», потому что люди часто не различают понятия «физическая культура» и «физическая подготовка».

Мы называем физической культурой умение управлять физическим состоянием человека. Физическая подготовленность человека в основном зависит от физической культуры того, кто управляет процессом физической подготовки.

Многие авторы научных работ отмечают низкую физическую подготовленность студентов первого курса. Вопрос физической культуры студентов изучен недостаточно. Все студенты не знают показателей своего физического состояния, не интересуются методами его оценки. Даже после неоднократных измерений показателей в процессе занятий на кафедре физического воспитания запоминают их единицы. Большинство не помнят свои результаты физической подготовленности. Набор упражнений для физической самоподготовки носит беспорядочный характер.

Наши многолетние наблюдения и обследование студентов 6 курса лечебного и медико-профилактического факультетов говорят о том, что большая часть выпускников указанных факультетов слабо или почти совсем не владеют основами оздоровительной физической культуры.

Используя в учебном процессе по дисциплине «Лечебная физкультура и врачебный контроль» аппаратно-программный комплекс «Варикард» до дозированной нагрузки (с 2002 года по июнь 2008 года было обследовано 873 девушки и 365 юношей), мы получили довольно печальные результаты (табл. 1, 2).

При анализе полученных результатов учитывались данные только тех студентов 6 курса, которые не имеют хронических заболеваний и считают себя практически здоровыми.

Как видно из таблицы 1, только 40,7% девушек из 873 и 36,6% юношей из 365 человек имеют физиологическую норму ПАРС. Дозированную физическую нагрузку выполняли не все из 1238

обследованных шестикурсников, а только 542 человека.

Таблица 1

Структура ПАРС у студентов 6 курса в покое (%)

Показатель активности регуляторных систем (ПАРС)	Девушки (n=873)	Юноши (n=365)
Физиологическая норма (1-3)	40,7	36,3
Донозологические состояния (4-5)	41,2	37,1
Проморбидные состояния (6-7)	16,7	22,3
Срыв адаптации (8-10)	1,4	4,4

Таблица 2

Структура ПАРС у студентов 6 курса в покое и после дозированной нагрузки (%)

ПАРС	Девушки (n=362)		Юноши (n=180)	
	В покое	После нагруз.	В покое	После нагруз.
Физиологическая норма (1-3)	41,2	6,9	34,4	10,0
Донозологические состояния (4-5)	39,5	23,5	37,2	23,3
Проморбидные состояния (6-7)	18,2	42,5	23,9	36,7
Срыв адаптации (8-10)	1,1	27,1	4,4	30,0

В таблице 2 указано, что всего лишь после 5-минутной нагрузки на велоэргометре количество студентов с физиологической нормой ПАРС уменьшилось в 6 раз среди девушек и в 3,5 раза среди юношей, а число лиц с нарушениями механизмов адаптации при физической нагрузке резко возросло.

Проведенные исследования показывают, что традиционная методика обучения студентов медицинского вуза не отвечает современным требованиям и принципам Болонского процесса образования.

Основным элементом новой модели образования студентов ме-

дицинских факультетов по физической культуре, на наш взгляд, должен стать проблемно-ориентированный профессионализм, предполагающий подготовленность выпускника к жизни и профессиональной деятельности.

В западных странах врача сейчас рассматривают не только как профессионала, оказывающего конкретную медицинскую помощь пациентам при заболевании, но и как лицо, обеспечивающее сохранение и укрепление здоровья населения.

Таким образом, для повышения качества образования студентов, соответствующего требованиям европейского уровня образования, на кафедре физического воспитания необходимо:

1. Наличие современного электронного оборудования.
2. Разработка новых технологий обучения студентов, обеспечивающих их компетентность в вопросах использования средств физической подготовки для укрепления здоровья населения.

Л.М.Кушнер, В.Д.Прошляков

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТУДЕНТОК 1-2 КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ МОТИВАЦИИ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ*

Кафедра физического воспитания и здоровья

На сегодняшний день одной из актуальных проблем является высокая частота нарушений опорно-двигательного аппарата у молодежи. Цель работы - поиск показателей здоровья студенток 1-2 курсов медицинского университета, знание которых самими студентками позволяет повысить мотивацию к регулярным самостоятельным занятиям физической культурой.

В феврале 2008 г. нами было обследовано 25 студенток младших курсов лечебного, стоматологического, медико-профилактического факультетов. У 40% обследуемых наблюдались незначительные искривления позвоночника во фронтальной плоскости. При этом только 20% жаловались на боли в грудном и поясничном отделе позвоночника, 3% студенток имеют неправильную форму ног и стопы, 4% имеют избыток жировой массы тела.

* Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант РГНФ № 08-06-00353а)

В марте этого года был проведен опрос тех же 25 студенток 1-2 курсов, целью которого было изучить их отношение к своей внешности, состоянию здоровья и физической культуре.

Результаты опроса показали, лишь 60% с удовольствием занимаются физической культурой и спортом. Из них 40% посещают фитнес клубы и спортивные секции и 20% занимаются самостоятельно дома. Физическую нагрузку девушки воспринимают как средство для улучшения формы тела, снятия напряжения после учебного дня, для повышения самооценки. 40% не любят занятия физической культурой и посещают их для получения зачета.

После проведенного опроса мы определили у этих же студенток физическую работоспособность по тесту PWC170 методом степэргометрии и с помощью 12-минутного теста К.Купера. Были получены следующие результаты: у девушек с удовольствием занимающихся спортом физическая работоспособность на 11% выше, чем у нетренированных.

После проведенной морфо-функциональной оценки состояния каждой студентки с ней проводилась короткая беседа, в которой обсуждались выявленные отклонения опорно-двигательного аппарата и физической работоспособности и пути их устранения. Студенткам объяснялись функциональное назначение позвоночного столба и средства физической культуры (упражнения), с помощью которых необходимо регулярно проводить коррекцию опорно-двигательного аппарата.

Далее на учебных занятиях разучивались и многократно повторялись те необходимые индивидуальные, а также и групповые, упражнения, которые рекомендовались к выполнению их в домашних условиях.

На занятиях по физическому воспитанию у студенток младших курсов использовался комплекс оздоровительных упражнений для суставов и позвоночника по методике В.М.Гомозова, а также немало специальных, например, для укрепления мышц брюшного пресса, груди, улучшения осанки. Эти упражнения позволяют в какой-то степени исправлять недостатки фигуры, позволяют лучше владеть своим телом. Выполнять их можно в любое удобное время: вместе с комплексом утренней зарядки, во время обеденного перерыва, во время воскресной прогулки за городом.

В мае мы повторно обследовали 25 студенток младших курсов и убедились в эффективности применяемого оздоровительного комплекса. У 90% обследованных студенток наблюдалось улучшение состояния опорно-двигательного аппарата, увеличилась физическая работоспособность и число самостоятельно занимающихся физическими упражнениями.

М.А.Колесникова, Е.В.Лапшова, О.А.Потоцкая
ВЛИЯНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ЗРИТЕЛЬНЫЕ
ФУНКЦИИ И ГЕМОДИНАМИКУ ГЛАЗ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ
ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ
Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Глаукома является одной из актуальных проблем офтальмологии. Это обусловлено сложностью ее патогенеза, многообразием клинических форм, трудностью ранней диагностики, лечения и серьезностью прогноза. Согласно современным представлениям о первичной открытоугольной глаукоме (ПОУГ), главным симптомом ее является наличие глаукомной оптической нейропатии (ГОН). Несмотря на мультифакторность развития ПОУГ, в настоящее время на первый план выступает сосудистая теория, которая рассматривает ГОН как результат недостаточного кровоснабжения головки зрительного нерва. Этим объясняется необходимость использования при ПОУГ комбинированного консервативного лечения, включающего наряду с адекватной гипотензивной терапией применение сосудистых и нейропротекторных препаратов.

Цель исследования: оценить влияние консервативной терапии на состояние зрительных функций и гемодинамики глаз при ПОУГ.

Обследовано 14 пациентов (27 глаз) в возрасте от 53 до 84 лет (средний возраст 67,6), среди них 9 мужчин и 5 женщин с ПОУГ на разных стадиях заболевания. Из 27 глаз: с начальной стадией заболевания – 5 глаз, с развитой – 11 глаз, с далекозашедшей – 9 глаз и с терминальной стадией – 2 глаза. ВГД у всех больных было компенсировано посредством местной гипотензивной терапии или (и) ранее проведенной антиглаукомной операцией. Пациенты получали дедистрофическое консервативное лечение курсом 12 дней в клинике глазных болезней РязГМУ, включающее сосудо-

расширяющие, метаболические, нейропротекторные препараты, физиолечение. Всем больным наряду со стандартным офтальмологическим обследованием определялись гемодинамические показатели увеального кровотока методом реоофтальмографии (РОГ) с помощью аппаратно-программного реографического комплекса «Мицар-РЕО-201» (г. Санкт-Петербург, Россия) и реоофтальмологического датчика в модификации И.К. Чибирене (1971). Исследовались следующие параметры: амплитуда артериальной компоненты реографической волны, пульсовой объем по Кедрову, реографический коэффициент по Янтчу. Зрительные функции и показатели РОГ оценивались до и после лечения.

При реоофтальмологическом обследовании до лечения у большинства больных ПОУГ (22 глаза, 81,5%) выявлено снижение увеального кровотока по отношению к нормальным показателям, наиболее выраженное (более 50%) в развитой и далекозашедшей стадиях глаукомы. В 5 глазах (18,5%) – гемодинамические параметры были в норме.

При оценке остроты зрения и полей зрения после консервативной терапии наибольшее их увеличение наблюдалось в глазах с начальной и развитой стадиями (16 глаз, 59,3%) и незначительное улучшение (6 глаз, 22,2%) или отсутствие такого (5 глаз, 18,5%) – при III и IV стадиях ПОУГ.

Проведенные повторные реоофтальмографические исследования после курса лечения показали улучшение параметров увеального кровотока в зависимости от стадии глаукомы. Увеличение их на 30% и более выявлено в глазах с начальной и развитой стадиями (15 глаз, 55,6%) и незначительное увеличение до 30% – при далекозашедшей и терминальной стадиях ПОУГ (10 глаз, 37%).

Таким образом, после курса лечения у больных с ПОУГ выявлено улучшение гемодинамических показателей внутриглазного кровотока наиболее выраженное в начальной и развитой стадиях, что способствует повышению зрительных функций, стабилизации глаукомного процесса и подтверждает необходимость применения комбинированной консервативной терапии.

М.А.Колесникова, Е.В.Лапшова, Н.С.Сафонова
СОСТОЯНИЕ УВЕАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОСТРОЙ ПЕРЕДНЕЙ
ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ
Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Сосудистая патология глаз является одной из ведущих причин слепоты и инвалидности по зрению у людей различных возрастных групп. В последние годы отмечается рост числа ишемических заболеваний глаз, среди которых одной из важных проблем офтальмологии остается острая передняя ишемическая нейропатия.

Цель исследования: оценить состояние увеального кровотока при острой передней ишемической нейропатии (ОПИН).

Обследовано 12 больных (12 глаз) с ОПИН в возрасте от 40 до 80 лет, среди них 7 женщин и 5 мужчин. Острота зрения составила от счёта пальцев у лица до 0,4, при проведении периметрии диагностированы центральные и парацентральные скотомы, секторообразные выпадения поля зрения, преимущественно в нижней половине. Изменения на глазном дне заключались в наличии бледного ишемического отека ДЗН и парапапиллярной зоны, нередко с небольшими штрихообразными кровоизлияниями.

Помимо стандартных офтальмологических методов обследования всем пациентам проводилось реоофтальмографическое исследование (РОГ) с помощью аппаратного-програмного реографического комплекса «Мицар-РЕО-201» (г. Санкт-Петербург, Россия) и реоофтальмологического датчика в модификации И.К. Чибирене (1971). Этот метод позволяет графически регистрировать изменения кровенаполнения на основании изменения сопротивления ткани, при прохождении через неё переменного электрического тока высокой частоты. Реограмма отражает фазы сужения и расширения сосудов, скорость кровотока и пульсовые изменения в сосудистой системе глаза. С помощью РОГ оценивается кровенаполнение главным образом в зоне задних длинных цилиарных артерий, так как электроды располагаются перилимбально в области цилиарного тела, но при этом нельзя исключить участие хороидального кровообращения в связи с большим количеством анастомозов между задними длинными и короткими цилиарными артериями, питающими передние отделы зрительного нерва и наружные слои сетчатки.

Определялись следующие гемодинамические показатели реоофтальмологической кривой: амплитуда артериальной компоненты реографической волны; длительность восходящей части РОГ, т.е. период полного раскрытия сосуда, состоящий из двух параметров – время быстрого и медленного кровенаполнения; коэффициент асимметрии глаз; пульсовый объем по Кедрову; реографический коэффициент по Янтчу.

При оценке результатов РОГ исследования у большинства больных наблюдались изменения показателей относительно нормы.

В 83% случаев диагностировано уменьшение амплитуды артериальной компоненты реографической волны, причём у половины пациентов определялось снижение данного показателя на 50% и более, что говорит о недостаточном кровенаполнении в увеальном тракте глаз.

При оценке длительности восходящей части РОГ в 92% случаев наблюдалось увеличение показателей быстрого и медленного кровенаполнения, что свидетельствует о замедлении полного раскрытия хориоидальных сосудов вследствие ригидности их стенки. В 8% случаев эти параметры оставались в пределах нормы.

Снижение пульсового объёма по Кедрову и реографического коэффициента по Янтчу, по которым можно судить об ухудшении увеального кровотока, диагностировано у всех обследуемых больных. Однако уменьшение этих гемодинамических показателей носило различный характер. У большинства пациентов (7 глаз, 58,3%) наблюдалось выраженное снижение пульсового объёма и реографического коэффициента – более 50% по сравнению с нормальными значениями, умеренное снижение этих параметров от 30 до 50% определялось в 25% случаев (3 глаза), незначительное снижение до 30% – в 15,7% (2 глаза).

При реоофтальмологическом исследовании практически у всех больных выявлено умеренное или значительное увеличение коэффициента межочулярной асимметрии.

Выводы:

1. При острой передней ишемической нейропатии наблюдается изменение гемодинамических параметров увеального тракта в сторону их уменьшения, что лишний раз подтверждает участие хориоидального кровотока в развитии ОПИН.

2. Реоофтальмография позволяет оценить состояние увеального

кровотока, определить показания к назначению сосудистой терапии и может служить методом контроля её эффективности.

Н.В.Шатрова, А.В.Филимонова, В.В.Минаев

**К ВОПРОСУ ОБ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ОБЛУЧЕНИЯ
ИОНИЗИРУЮЩИМИ ИЗЛУЧЕНИЯМИ**

**Кафедра организации медицинского обеспечения
в чрезвычайных ситуациях (медицина катастроф)**

Отдаленные эффекты облучения связаны с острым или хроническим (в малых дозах – менее 0,5 Зв) воздействием ионизирующего излучения. Многообразные и на десятилетия растянутые последствия радиационной травмы были изучены по наблюдениям за пострадавшими от атомных бомбардировок двух японских городов Хиросимы и Нагасаки на исходе Второй мировой войны. К числу отдаленных последствий эффектов облучения отнесены рост частоты заболеваемости острыми лейкозами, другими злокачественными новообразованиями (в первую очередь раком желудка, молочной железы, щитовидной железы), появление генетических или мутационных дефектов, эмбриотоксических воздействий (гибель эмбриона, тератогенез, умственная отсталость, канцерогенез), нарушение репродуктивной функции. Однако, по данным наблюдения за пострадавшими в Японии, наиболее ранним из отдаленных пострадиационных заболеваний был пик развития катаракт – через 2 года после облучения. Катаракты возникали в течение нескольких лет, затем их число перестало увеличиваться. Тяжелые случаи радиационной катаракты появляются в пределах первого года, даже 10 месяцев, умеренные и легкие – позднее. Помимо отчетливой дозозависимости, влияние на развитие поражения хрусталика глаза оказывает возраст пострадавшего в момент облучения.

Сочетанное воздействие ионизирующих излучений испытали жители районов, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС, а также ликвидаторы последствий этой аварии. По данным радиационного мониторинга населения Чернобыльской зоны (2000 г.) частота первичной заболеваемости катарактой в 1994 г. в республике Беларусь у ликвидаторов составила 420 на 100 тыс.человек и в 3 раза превысила среднюю по стране (146 на

100 тыс. человек). Наши наблюдения подтверждают подобное явление. Заболеваемость катарактой у ликвидаторов, обращавшихся за офтальмологической помощью в Рязанскую областную консультационную поликлинику больницы им. Семашко в период с 2002 по 2007 гг., является более высокой и ранней по сравнению со средней по населению. Так, у данной группы обследуемых, пришедших на прием к офтальмологу впервые (18 мужчин, средний возраст $51,4 \pm 0,82$ лет, средняя поглощенная доза ионизирующего излучения $6,71 \pm 0,89$ рад), клинические признаки различной степени помутнения хрусталика выявлены в 77,8% случаев (в сопоставимой группе контроля – в 45,6% случаев). Известно, что страдающее катарактой население в среднем составляет более старшую возрастную группу. Исследования украинских авторов (А.М.Рубан, 2000) показали, что в возрасте до 40 лет имеется положительная возможная корреляционная связь между дозой внешнего облучения и степенью помутнения хрусталика. После 40 лет возрастной фактор оказывает большее влияние, чем доза облучения. Среднегодовой темп возрастания новых случаев катаракты у ликвидаторов 19,7%, из которых катаракт 2-4 стадии 2,15%.

Изучению подлежит также возникновение макулодистрофий как отдаленных последствий облучения. В частности, выявлено существенное учащение возникновения данной патологии у «чернобыльцев», а дегенеративным изменениям в макулярной области предшествуют хориофиброз и хориосклероз, сужение артерий сетчатки, а также уплотнение задней капсулы хрусталика и факосклероз. Несмотря на многочисленность известных последствий облучения, вопрос о механизме радиобиологических эффектов остается еще не до конца изученным.

А.В.Мерин

**ВИКТИМОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕН МУЖЧИН
БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ
Кафедра психиатрии**

Изучению алкогольных браков посвящено огромное количество работ. Однако виктимологические аспекты подобных отношений зачастую остаются за рамками исследований. И если, в

ряде исследований, повышенная виктимность самих больных алкогольной зависимостью преподносится как неоспоримый факт, то «жертвенное» поведение жен мужчин больных алкоголизмом (ЖМБА), чаще всего не рассматривается в аспекте рискованно-виктимного поведения. В данном контексте нам представилось любопытным рассмотреть различные паттерны, отражающие рискованно-виктимные формы поведения, обнаруженные при работе с ЖМБА.

С этой целью нами были изучены репрезентативная группа ЖМБА в возрасте 30-45 лет, со средним сроком семейной жизни $13,95 \pm 0,92$, и соответствующая контрольная группа жен из неалкогольных браков.

ЖМБА характеризует достоверное накопление вариантов рискованно-виктимного поведения: несчастных случаев - 32,3% у ЖМБА и 6,45% в контрольной группе ($p < 0,01$); травматической патологии – 38,7% и 12,9% соответственно ($p < 0,02$); актов физического насилия – 32,26% и 9,67% соответственно ($p < 0,05$) (как со стороны мужа, так и нет); сексуального насилия – 22,58% и 6,45% соответственно ($p < 0,05$) (попытки изнасилования и изнасилования).

Рискованно-виктимные паттерны поведения в достоверно большей степени выявлялись в определенном срезе ЖМБА, при значительной представленности указанных феноменов в группе вообще. Для этой подгруппы ЖМБА рискованно-виктимное поведение, на наш взгляд, является приоритетным направлением реализации собственных аутоагрессивных импульсов. Проживание в «алкогольном» браке зачастую подразумевает для ЖМБА парадоксальную жертвенность, готовность терпеть издевательства и побои со стороны мужа, что психоаналитически можно характеризовать как активную акцепцию агрессии «на себя». По нашим данным, виктимность и рискованность поведения характеризовали ЖМБА и до вступления в «алкогольные» брачные отношения.

Таким образом, можно констатировать, что дух необходимости страдания и виктимные установки в достаточной степени характеризует ЖМБА. Вероятно, что в ряде случаев добрачная виктимная predisпозиция толкает потенциальных ЖМБА на поиск таких брачных отношений, где их жертвенность будет востребована, и где ответственность за подобные тенденции будет бессознательно

делегирована пьющему мужу-тирану, что позволит избежать собственной фрустрации по поводу необходимости осознания имеющейся самодеструктивности. Указанные особенности целесообразно учитывать при терапии алкогольной зависимости, как в рамках семейного подхода, так и при использовании иной терапевтической парадигмы.

Т.А.Чернобавская, А.В.Мерин

**ФЕНОМЕН АУТОАГРЕССИИ У ЖЕНЩИН, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ
АЛКОГОЛЕМ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ**

Кафедра психиатрии

Аутоагрессивное поведение - это действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. Это вариант агрессивного поведения, при котором субъект и объект агрессии совпадают. Агрессия и аутоагрессия имеют единые патогенетические механизмы. В настоящее время под аутоагрессией понимают более широкий спектр явлений, а именно любые действия, направленные на причинение себе вреда в физической, психосоциальной или духовной области; отказ от активной жизнедеятельности, от своих гражданских обязанностей, долга, нежелание решать личностные и социальные вопросы; намеренная (осознаваемая или неосознаваемая) активность, направленная на причинение себе вреда в физической, психической, социальной и духовной сферах, проявляющаяся на идеаторном, аффективном и поведенческом уровнях.

Феномен аутоагрессии подразумевает специфическую (патологическую) форму поведения человека, носящую характер результирующей активности, обусловленной психологической, биологической (психической) и социальной дезадаптацией; возникающую преимущественно в экстремальной ситуации (состоянии) и направленную на изменение этой ситуации путём причинения ущерба своему психическому или физическому здоровью. Однако до сих пор, практически не изученной остается аутоагрессивная составляющая хронического алкоголизма у женщин.

Статистика свидетельствует об увеличении числа женщин, больных алкоголизмом. В 80-е годы соотношение мужчин и женщин, больных алкоголизмом, было 9-10:1, в 2000 году оно соста-

вило 5:1. В 2000 году в России число больных алкоголизмом женщин, состоящих под диспансерным наблюдением, было 341 тысяча, что составило 443,5 на 100 тысяч женского населения. Характерной чертой женского алкоголизма является тот факт, что пациентки редко ищут помощи. Так, среди пациентов, получающих лечение по поводу алкоголизма, женщины составляют всего 25 %. Следует отметить, что соотношение злоупотребляющих алкоголем женщин и мужчин в Европе и США, по официальным данным, приближается к 1:2, хотя еще в недавнем прошлом это соотношение составляло 1:12 и менее. По официальным данным на 2005 г., подобное соотношение женщин и мужчин в России составляет 1:5. Сложившаяся ситуация может объясняться тем, что страдающие алкоголизмом женщины не обращаются за необходимым лечением и не попадают в статистическую отчетность. Основным объяснением этого феномена может являться резкое неприятие обществом женского алкоголизма, что зачастую вызывает у пациенток чувство стыда, глубокой вины и объясняет скрытное злоупотребление алкоголем в одиночестве. В связи с этим у них в 6 раз чаще, чем у мужчин, отмечается аутоагрессивное поведение. При этом страдающие алкогольной зависимостью женщины часто оказываются в ситуации семейного неблагополучия вследствие злоупотребления алкоголем, тогда как большинство мужчин, больных хроническим алкоголизмом, находятся в браке.

Существенной характеристикой женского алкоголизма является большая уязвимость в отношении токсических эффектов алкоголя, т.е. акцепция соматического неблагополучия. Во многих исследованиях содержится подтверждение более высокой подверженности женщин соматическим осложнениям алкоголизма, являющимся непосредственными проявлениями токсических эффектов алкоголя, например, циррозу печени или сердечно-сосудистым заболеваниям (гипертоническая болезнь, кардиомиопатия). Морфологические изменения в мозге, по-видимому, также чаще встречаются у женщин. Алкогольный абстинентный синдром у женщин чаще сочетается с суицидальными попытками (8,7%), у них также чаще отмечаются депрессивные расстройства (у 98,1%).

В свете всего выше сказанного становится очевидным, что аутоагрессивное поведение женщин, страдающих алкогольной зави-

симостью, имеет свои особенности и отличается от такового у мужчин, больных хроническим алкоголизмом. Кроме того, особенности структуры аутоагрессии, по-видимому, оказывают влияние на течение хронического алкоголизма у женщин, обуславливая иную клиническую картину заболевания. В связи с этим алгоритмы психокоррекционной работы с женщинами, страдающими алкогольной зависимостью с выраженной аутоагрессией, должны отличаться от таковой у мужчин. Особенности клинической картины заболевания у женщин, а также иная, в отличие от мужчин, аутоагрессивная составляющая хронического алкоголизма, требуют более глубокого изучения с целью создания клинко-феноменологической характеристики аутоагрессивного поведения женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

А.В.Мерин

**ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕН ИЗ
АЛКОГОЛЬНЫХ БРАКОВ**

Кафедра психиатрии

Изучению особенностей формирования и функционирования алкогольных семей посвящено много работ. Это связано, в первую очередь, с распространенностью алкогольной болезни, а также с наличием значительных проблем в сомато-психической сфере у созависимых лиц, в частности, у жен мужчин, страдающих алкоголизмом, что создает существенную медико-социальную проблему для любого государства.

С этих позиций нами изучена аутоагрессивная «нагруженность» жен в подобных браках с целью ее последующей коррекции. Для исследования были взяты репрезентативная выборка жен пьющих мужчин в возрасте 30-45 лет, не имеющих признаков алкогольной зависимости, а также контрольные группы.

При анализе аутоагрессивного статуса жен мужчин больных алкоголизмом (МБА) обнаружены следующие закономерности. Жены МБА представляют более аутоагрессивную группу в сравнении со следующими группами: молодыми незамужними женщинами и женами мужчин не больных алкоголизмом (МНБА). Наиболее полярной женам МБА является группа жен МНБА.

Рассматривая представленность суицидальных форм ауто-

агрессии (парасуициды и актуальные суицидальные мысли), «женские» группы можно расположить в следующем континууме (по убывающей): жены МБА → молодые незамужние женщины → жены МНБА. Подчеркнем, что наличие суицидальной попытки в анамнезе у женщин имеет важное прогностическое и профилактическое значение в плане повторения попытки. Из способов реализации парасуицида жены МБА в 83,3% случаев предпочли прием высоких доз медикаментов, что отражает общепопуляционные особенности женских парасуицидов вообще. При этом жены МБА по «предпочитаемому» способу самоубийства диаметрально отличаются от женщин, страдающих алкоголизмом, предпочитающих самоповешение, вероятно, как более надежный способ ухода из жизни.

Преимущественными направлениями реализации аутоагрессивных тенденций у жен МБА, отличающими их как от жен МНБА, так и молодых незамужних женщин, являются аутоагрессия, направленная на соматическую сферу (накопление большого количества соматических заболеваний у одного человека, их частые обострения, наличие легких и сложных оперативных вмешательств; $p < 0,05$), наличие множества анамнестических и клинических предикторов аутодеструкции (одиночества, вины, стыда, безысходности, эпизодов потери смысла жизни, суицида или парасуицида у родственников, опыта тесного общения с будущим самоубийцей; $p < 0,05$), в несколько меньшей степени - аутоагрессия, опосредованная через рискованное поведение - несчастные случаи, подверженность насилию, травматическая патология; $p < 0,05$. Отметим, что найденные клинические предикторы, характеризующие жен МБА, такие как безысходность и одиночество относятся к наиболее прогностически важным в суицидологической практике. Представляет интерес и найденное «бихевиоральное» звено (анамнестическая отягощенность суицидами родственников), формирующее суицидальные стереотипы решения жизненных коллизий. Кроме этого жен МБА достоверно отличает подверженность сексуальному насилию в анамнезе (изнасилования и попытки изнасилования): у жен МБА – 22,58%, у жен МНБА – 6,45% ($p < 0,05$).

Изолированные отличия супругов МБА от жен МНБА представлены более широким спектром (включая вышеперечисленные) и

касаются суицидальных типов реагирования - суицидальные попытки в анамнезе ($p < 0,05$), актуальности суицидальных мыслей ($p < 0,01$), а также наличия у жен МБА аутоагрессии в сфере психики - присутствие признаков алкогольной зависимости у 12,9% жен МБА ($p < 0,05$); курение ($p < 0,05$). Необходимо подчеркнуть характерность некоторых явно мазохистических «мифов», присущих женам МБА. Одним из них является идея необходимости страдания в браке, как вариант «русской (американской и т.д.) женской доли», иллюстрацией чего служит пословица «Бьет, значит – любит». Сообразно этому, для жен МБА патогномичными признаками являются различные варианты реинкарнационных идей, часто сочетаемые с православными установками на всепрощение и долготерпение. В большинстве случаев реинкарнация рассматривается как вариант положительной расплаты за алкогольный брак «на том свете», так как «на этом свете» женщина за что-то наказана (на вопрос: «За что?», обычно следовал поток наивных интеллектуализаций). Другим вариантом служит ретроспективный («рационально» объясняющий) комплекс «хронического женского несчастья»: некрасивая, неудачная, несчастливая → вышла замуж за алкоголика → стало еще хуже (такая судьба) и т.д. Одна пациентка обосновала свое бедственное положение пословицей: «От добра добра не ищут»! Примером своеобразного ментального конструкта жен МБА служит и идея о необходимости постоянной заботы и контроля за пьющим мужем (чаще в ущерб себе), так как без этого супруг обязательно погибнет.

Таким образом: жены МБА представляют более аутоагрессивную группу в сравнении со следующими группами: молодыми незамужними женщинами и женами МНБА. Наиболее отличается от жен МБА группа жен МНБА; все имеющиеся проявления личностной аутоагрессивности у супруг МБА преимущественно объясняются имеющимися внутриличностными аутодеструктивными образованиями, их нельзя объяснить влиянием возрастных особенностей и случайным возникновением, большинство из них имеют сквозной характер; рассматривая представленность суицидальных форм аутоагрессии, «женские» группы можно расположить в следующем континууме: жены МБА → молодые незамужние женщины → жены МНБА.

Е.А.Шитов, И.А.Федотов

**ОСОБЕННОСТИ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ ПРИ
СОМНАМБУЛИЧЕСКИХ СТАДИЯХ ГИПНОТИЧЕСКОГО ТРАНСА**

Кафедра психиатрии

С начала научного изучения гипноза прошло уже более 150 лет, однако общепризнанного объяснения многие аспекты гипнотического транс так и не получили. Одним из наименее изученных и наиболее спорных гипнотических феноменов является возрастная регрессия, под которой понимают переориентацию личностного перцептуального эквилибриума в условиях внушенных пространственно-временных установок [3]. При этом в моторике, мышлении и восприятии отмечаются отдельные черты, характерные для внушенного возраста. Основной вопрос, требующий ответа для понимания сущности нейрофизиологических механизмов возрастной регрессии: «Происходит ли при этом возврат к более ранним этапам нервно-психического развития или же наблюдаемая феноменология является вызванной суггестией неосознанной симуляцией?» Результаты предыдущих исследований данной проблемы, имеющей фундаментальное значение в отношении решения вопроса о природе гипнотических явлений и функционировании мозга в состояниях измененного сознания, неоднозначны и противоречивы [2, 4].

Цель работы: изучить особенности пространственного восприятия при гипнотической возрастной регрессии. Развитие пространственных представлений имеет четкую хронологическую последовательность, потому детальное изучение данного аспекта открывает путь к пониманию фундаментальных механизмов регрессии.

В качестве метода изучения применялась эклектическая нейропсихологическая «батарея», отдельные тестовые задания которой апробированы на большой выборки людей и потому имеют четкие указания на особенности выполнения данных тестов в каждом конкретном возрасте [1]. В серии экспериментов участвовали две высокогипнабельные студентки 21 и 22 лет.

Для изучения оптико-пространственной деятельности и зрительного синтеза испытуемым, находящимся в состоянии гипнотической возрастной регрессии до возраста 6-7 лет, предлагалось

выполнить следующие тесты: 1) слепых часов, 2) «нарисуй дом», 3) копированию куба и 4) копирование фигур Рея-Остеррица и Тейлора. В качестве контроля данные тесты выполнялись и в состоянии ясного сознания без регресса. Результаты всех экспериментов демонстрируют, что выполнение тестов соответствует целевому возрасту регресса. Однако было отмечено, что при интерпретации результатов всегда необходимо учитывать индивидуальные особенности психического развития испытуемого и возможность спонтанного изменения глубины транса. В контрольных исследованиях результаты были характерными для реального возраста, что подтвердило первоначальные предположения.

Выводы.

1. Пространственное восприятие при гипнотической возрастной регрессии соответствует целевому возрасту регресса.

2. Интерпретация результатов психологических тестов требует персонализированного подхода, учитывающего индивидуальные особенности хронологии психического развития.

3. При выполнении сложных заданий сомнамбул вынужден подключать элементы сознания, тем самым спонтанно уменьшая глубину транса. Это демонстрирует возможность критического отношения человека к происходящим с ним в состоянии транса событиям.

4. При индукции регрессивных состояний необходимо контролировать отсутствие связывающих с настоящим факторов, и в первую очередь проводить дезидентификацию голоса гипнотизера. Иначе в результате интрапсихического конфликта мы наблюдаем симуляцию регресса. Неучтение данного важного факта, а так же отсутствие внимания к возможности изменения глубины транса и ригидный неперсонализированный подход объясняют разноречивость результатов предыдущих исследований.

Литература

1. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / А.В.Семенович. – М., АСАДЕМА, 2000. – 206 с.
2. Barber Т.Х. Hypnotic age regression: A critical review / Т.Х. Barber // Psychosomatic Medicine. – 1962. - Vol. 24, №3. - P. 286-299.
3. Kline M.V. Hypnotic retrogression: A neuropsychological theory of

age regression and progression / M.V. Kline // J. of Clinical and Experimental Hypnosis. – 2005. - Vol. 1. - P. 21-28.

4. Orne M.T. The mechanisms of hypnotic age regression: An experimental study / M.T. Orne // J. Abnorm. Soc Psychol. – 1951. - № 46. – P. 213.

Н.В.Яичникова, Н.Б.Волкова, Н.В.Федулаева
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БЕРЕМЕННЫХ
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

В современной медицинской литературе значительное место отводится изучению экстрагенитальной патологии у женщин в гестационном периоде. Обсуждаются вопросы течения беременности и акушерской тактики при различных заболеваниях сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной и других систем организма (Шехтман М.М., Расуль-Заде Ю.Г., 1997; Шехтман М.М., Бурдули Г.М., 2002).

Известно, что после черепно-мозговой травмы (ЧМТ), в процессе адаптации, происходит перестройка различных функций организма, которые обеспечивают его приспособление к физическим, эмоциональным и другим нагрузкам. Последствия ЧМТ в обязательном порядке приводят к нарушению гомеостаза. А гормональные сдвиги во время беременности формируют особый фон, на котором даже незначительные изменения ЦНС могут привести к нарушению нейроэндокринной регуляции, что может негативно влиять как на основное заболевание, так и на течение беременности (Златкис Л.С., 1968; Гусев В.А. [и др.], 1994). При беременности в организме женщины проявляются изменения центральной и периферической гемодинамики с нарушением сосудистого тонуса по типу гипо- или гипертензии (Персианинов А.С., Демидов В.Н., 1977; Бенедиктов И.И., Шардин С.А., Бенедиктов Д.И., 1983; Ванина Л.В., 1991). Некоторые авторы считают, что очень часто, именно посттравматическая дисфункция нервной системы во время беременности становится причиной срыва компенсаторно-приспособительных механизмов.

Цель исследования - выявить частоту экстрагенитальной патологии у беременных с последствиями черепно-мозговой травмы

(ПЧМТ).

Нами последовательно и преемственно наблюдались 100 беременных в возрасте от 18 до 39 лет, которые в анамнезе имели ЧМТ различной степени тяжести. Характер полученной ЧМТ был различным: сотрясение головного мозга - у 62, ушиб головного мозга - у 32, после операции по поводу субдуральной гематомы - у 6. По возрасту, беременные распределились следующим образом: до 20 лет - 11, 21 - 25 лет - 40, 26 - 30 лет - 28, 31 - 35 лет - 15, 36- и старше - 6.

Диагноз ставился на основании: анамнестических сведений, результатов клинического неврологического обследования, заключений и консультаций специалистов - офтальмолога, при необходимости оториноларинголога и эндокринолога, данных дополнительных методов обследования - компьютерной томографии, ядерно-магнитнорезонансной томографии головного мозга, краниографии, спондилографии, ЭХО-энцефалографии, электроэнцефалографии и реоэнцефалографии.

Контрольную группу составили 50 здоровых беременных женщин, у которых не было в анамнезе ЧМТ, и которые не лечились у невролога по поводу какого-либо заболевания. По возрасту, беременные в контрольной группе «А» распределились следующим образом: до 20 лет - 11, 21 - 25 лет - 24, 26 - 30 лет - 14, 31 - 35 лет - 1. К моменту наступления беременности и родов женщины в контрольной группе распределились следующим образом: первобеременных было - 16, повторнобеременных - 34; первородящих в контрольной группе было 18, повторнородящих - 32.

В результате нашего исследования экстрагенитальная патология хронического характера была подразделена в несколько групп: 1) заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) - гипертоническая болезнь, гипотония, порки сердца; 2) заболевания эндокринной системы (заболевания щитовидной железы); 3) заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) - хронический гастрит, колит; 4) заболевания мочеполовой системы (МПС) - цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит; 5) аллергические заболевания - аллергический ринит, бронхит, бронхиальная астма или одномоментные аллергические реакции в анамнезе - на пищевые продукты, на лекарственные средства, на аллергены животного и растительного происхождения.

У беременных с ПЧМТ отмечалась следующая частота сопутствующих заболеваний: заболевания ССС - у 48% пациенток (гипертоническая болезнь – 20%, гипотония – 27%, пороки сердца – 1%); заболевания щитовидной железы – у 17% женщин; заболевания ЖКТ - у 11% (хронический гастрит – 9%, колит – 2%); патология МПС - у 19% беременных (цистит – 2%, пиелонефрит – 4%, гломерулонефрит – 1%); а аллергические заболевания – у 44% (аллергический ринит, бронхит, бронхиальная астма - 19%, одномоментные аллергические реакции в анамнезе - 25%).

В то время как у беременных контрольной группы частота экстрагенитальной патологии была представлена в следующей виде: заболевания ССС – у 24% беременных (гипертоническая болезнь – 10%, гипотония – 14%, пороки сердца – 0%); заболевания щитовидной железы – 8%; заболевания ЖКТ - 6% женщин (хронический гастрит – 4%, колит – 2%); патология МПС у 7% (цистит – 2%, пиелонефрит – 2%, гломерулонефрит – 0 %); аллергические заболевания – у 10% (аллерг. ринит, бронхит, бронхиальная астма- 6%, одномоментные аллерг. реакции в анамнезе - 4%).

Согласно нашим наблюдениям, у беременных с последствиями ЧМТ, по сравнению с беременными в контрольной группе отмечается преобладание соматических заболеваний (заболевания ССС, ЖКТ, МПС, эндокринной системы и др.). Таким образом, беременность является фактором, провоцирующим обострение уже имеющихся сопутствующих соматических заболеваний. А, в условиях патологии центральной нервной системы при ЧМТ, как правило, нарушается интегративная функция неспецифических систем мозга, которые участвуют в поддержании гомеостатических реакций организма (Горелин И.Б., 1981). То есть, наличие сопутствующей соматической патологии может способствовать более тяжёлому течению посттравматического периода. Поэтому в современной медицине проблема экстрагенитальной патологии у женщин в гестационном периоде продолжает сохранять свою актуальность (Ветров В.В., 2001). Так как хроническое патологическое заболевание провоцирует различные осложнения беременности, родов, послеродового периода и приводит к увеличению различной перинатальной патологии.

Лечение сопутствующей патологии у беременных с последствиями ЧМТ необходимо проводить комплексно с участием как

акушера и невролога, так и узких специалистов терапевтического профиля (кардиолога, нефролога, гастроэнтеролога, уролога, пульмонолога, аллерголога, эндокринолога). На основании клинического диагноза и общего состояния с учётом срока беременности и неврологического статуса, необходимо вырабатывать индивидуальную лечебную и акушерскую тактику (Бенедиктов И.И., Шардин С.А., Бенедиктов Д.И., 1983).

Е.А.Крылова, И.А.Плетнева, Г.А.Леонов
РЕНТГЕНОВСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ
В ДЕНСИТОМЕТРИИ КОСТЕЙ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Компьютерная рентгеновская томография (КТ) – современный метод исследования, при котором используются рентгеновские лучи. КТ позволяет получить снимок определенного поперечного среза человеческого тела, где можно увидеть структуры, не визуализируемые на обычных рентгенограммах. Метод основан на компьютерной обработке множественных рентгеновских изображений поперечного слоя, выполненных под разными углами. По стандартным программам компьютер перерабатывает полученную информацию и рассчитывает внутреннюю структуру объекта. Процессор компьютера обрабатывает цифровую информацию, создавая на экране дисплея реконструированное изображение, с которого врач проводит необходимое исследование.

Компьютерный томограф способен зафиксировать разницу в плотности тканей всего в 0,5%, в отличие от рентгеновского стандартного исследования, где определяется остеопороз, при потере костной массы более 20%-30%. Компьютерные томографы четвертого поколения обеспечивают короткое время сканирования – всего 1-2 сек., поэтому лучевая нагрузка за типовое исследование в среднем составляет 2-3 мЗв при допустимой дозе облучения для населения 5 мЗв в год. Благодаря высокой информативности и относительной безопасности КТ получила огромное распространение во всех областях медицины.

Противопоказаниями к проведению КТ исследования являются: беременность, тяжелое состояние, неадекватность поведения

обследуемого, выраженный болевой синдром, дети до 12 лет.

Одной из программ компьютерного томографа, с помощью которой возможна количественная оценка плотности костной ткани, является такая известная патология как остеопороз.

Остеопороз – заболевание, обусловленное уменьшением костной массы и нарушением структуры костной ткани, сопровождающееся снижением механической прочности костей и увеличением частоты переломов, болями в костях, деформациями скелета. Ранее основным методом исследования данной патологии являлась рентгенография костей. Денситометрия – рентгенологический метод измерения минеральной плотности костей – была впервые внедрена в медицину в 40-х гг. XX в. Рентгеноденситометрия применялась для определения минеральной степени насыщенности костной ткани в виде эталонной денситометрии. Но этот метод информативен при потере костной массы более 20-30%, что не могло отвечать требованиям ранней диагностики.

В настоящее время, для объективного динамического исследования за состоянием костей при остеопорозе, используется метод количественной компьютерной томографии (ККТ) с помощью программы «OSTEO». Данный метод дает пространственное изображение кортикальной и губчатой кости, определяет содержание кальция гидроксиапатита в костях с учетом возраста в мг/мл. Окончательный результат исследования может быть показан в виде графиков, на которых отражены верхние и нижние границы нормы и уровень кальция гидроксиапатита исследуемого. Таким образом, КТ-денситометрия позволяет количественно оценить плотность костной ткани, и диагностирует потерю даже 2-5% костной массы.

Нами проанализированы рентгенограммы 15 больных, которым была произведена денситометрия костей с подозрением на остеопороз при различных заболеваниях (сахарный диабет, тиреотоксикоз, миеломная болезнь, лейкоз). С помощью устройства для определения оптической плотности рентгенограммы производили измерение плотности определенной точки на рентгенограмме, затем эти данные сравнивали с эталонным ступенчатым денситометром и нормой.

Однако оценка плотности кости была субъективной и остеопороз был замечен при понижении плотности кости не менее 20%.

При анализе РКТ- денситометрии 4 больных (все женщины) – были определены изменения содержания кальция (гидроксиапатита) в мг/мл по программе «OSTEO»на аппарате «SIEMENS SOMАТОМ EMOTION-6» (ОКБ).

Больные были в возрасте от 53 до 66 лет и РКТ-денситометрия была произведена по поводу жалоб больных на боли в костях, а также с учетом возрастных изменений (постменопаузальных).

С помощью специальной программы производилось измерение плотности костей (тел позвонков L1-L3), что фиксировалось и сравнивалось с эталоном, расположенным на уровне измерения под телом больного. Результат измерения фиксировался в цифровом (mgCa – HA/ml) и графическом изображении, а также сравнивался с возрастной нормой.

Полученные данные у больных позволили говорить не только о нарушениях плотности кости, выраженной в 3-15%, но и о трабекулярном и кортикальном содержании кальция в костях.

На примере программы «OSTEO», мы убедились в высокой информативности, точности метода, удобстве его выполнения как для врача, так и для пациента, что является крайне необходимым для своевременного выявления остеопороза костей, постановке диагноза на стадиях, когда еще возможно оказание профилактической помощи и предупреждения развития не только тяжелых форм и осложнений данной патологии, но и заболевания в целом. Перспективным является контрольное исследования костей после лечения остеопороза.

КТ – метод новый, развивающийся, открывающий большие перспективы в диагностике патологии всех органов и систем организма человека, а КТ-денситометрия открывает новые возможности данного метода.

С.С.Казакова, П.Д.Хазов

АНАЛИЗ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И МР-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ ИНСУЛЬТОВ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОГО БАССЕЙНА
Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики

В последнее время инсульты рассматриваются с позиций кровоснабжения соответствующих отделов головного мозга. Заслуживают внимания клиничко-неврологические и МР-томографические

особенности инсультов в вертебробазиллярной системе артерий, питающих ствол мозга, мозжечок и задние отделы полушарий.

В данной работе исключены наблюдения, связанные с нарушением кровоснабжения задних отделов полушарий. Рассматриваются только инсульты области ствола головного мозга и мозжечка, встречающиеся относительно редко и являющиеся наименее изученными. Протекают тяжело, часто приводят к смерти и тяжелой инвалидности. Залогом их успешного лечения является ранняя и точная диагностика: в последние десятилетия значительно расширился арсенал лекарственных средств и оперативных вмешательств.

Проанализированы данные клинико-неврологического и МР-томографического обследования 123 больных с вертебробазиллярными инсультами. Среди них было 68 мужчин и 55 женщин в возрасте от 43 до 80 лет. Стволовые инсульты имели место у 53 больных, мозжечка – у 70. Ишемический тип поражения диагностирован у 91 пациента, геморрагический – у 32.

Всем пациентам проведено общеклиническое, неврологическое, эхоэнцефалографическое обследование и выполнена МР-томография на аппарате ТОМІKON – S50 (0,5 Тл) и Magnetom (1,5 Тл) в T1- и T2-взвешенных изображениях (T1-ВИ и T2-ВИ). Использовались стандартные срезы в сагиттальной, аксиальной и фронтальной плоскостях.

При поступлении 102 пациента были в полном сознании, 10 – в состоянии оглушения, 3 – сопора. 8 больных находились в коме. Установлено, что 99 пациентов страдали атеросклерозом в сочетании с гипертонической болезнью, 8 – сахарным диабетом, 8 - в прошлом перенесли церебральные инсульты различной локализации.

При неврологическом исследовании у пациентов как со стволовыми инсультами, так и с инсультами мозжечка наблюдалась в известной степени сходная неврологическая симптоматика: менингеальный синдром, в основном легкий и умеренный (27), нарушение речи (59), признаки атаксии (60) и нистагм (44). Изменения в двигательной сфере имели место в основном у пациентов со стволовыми инсультами в виде парезов (26) и гемиплегий (1), у каждого шестого обследованного выявлен бульбарный синдром.

Стволовые инсульты наблюдались у 53 больных, из них у 45 пациентов выявлен ишемический тип поражения, у 8 – геморрагиче-

ский. По локализации патологического процесса больные распределились следующим образом: мост – 35, таламус – 12, продолговатый мозг – 1, средний мозг – 1, инсульты двух и более отделов ствола головного мозга – 4. Чаще поражалась левая половина ствола головного мозга (29), обе половины у – 3 пациентов.

Инсульты мозжечка диагностированы у 70 пациентов, из них ишемических – 47, геморрагических – 23. Очаги поражения локализовались: в правой гемисфере мозжечка (27), в левой (22), с обеих сторон (3), в правом полушарии и черве (10), в левом полушарии и черве (8).

МРТ-картина вертебробазилярных инсультов, прежде всего, зависит от патогенетического типа поражения и стадии заболевания. Ишемические инсульты в острой стадии (0-5 суток) более четко определялись на T2-ВИ как очаги повышенной интенсивности сигнала с неровными, «размытыми» контурами. На T1-ВИ интенсивность сигнала в области поражения имела тенденцию к понижению.

Подострые инфаркты (6-21 суток) на T2-ВИ определялись как участки повышенного сигнала с относительно ровными контурами. На T1-ВИ сигнал понижен. В стадии организации (свыше 21 суток) при положительной динамике зона поражения уменьшалась в размерах, приобретала четкие контуры и на T2-ВИ выглядела как область с повышенной интенсивностью сигнала, на T1-ВИ – с низкой интенсивностью сигнала.

При геморрагических инсультах контрастность изображения гематом определялась наличием продуктов окисления гемоглобина (оксигемоглобина, деоксигемоглобина, метгемоглобина, гемосидерина) и их парамагнитными свойствами: интенсивность сигнала со временем постепенно увеличивалась, поскольку гемоглобин в процессе превращения в метгемоглобин приобретал парамагнитные свойства.

При завершении преобразования метгемоглобина в гемосидерин, интенсивность сигнала становилась низкой. В остром периоде (первые сутки) зоны поражения определялись на T2-ВИ в виде очагов пониженного сигнала на фоне отека вещества головного мозга. Последний характеризуется повышенными значениями T2-ВИ. На T1-ВИ с первых суток начинают определяться гиперинтенсивные участки по периферии, площадь которых увеличивает-

ся с течением времени. Гематомы в подострой стадии (3-14 суток) на T2-ВИ и на T1-ВИ обуславливали зоны с повышенной интенсивностью сигнала, обычно окруженные ободком гипоинтенсивности, который постепенно увеличивался от периферии к центру, в связи с чем кровоизлияния в стадии организации выглядели гипоинтенсивными на T1-ВИ и T2-ВИ.

Таким образом, клинико-неврологическая и МРТ-семиотика ВБИ имеет свои особенности и зависит от патогенетического типа инсульта, локализации очага поражения, стадии процесса, что следует учитывать в диагностике, лечении и прогнозе заболевания.

С.С.Казакова, П.Д.Хазов

МРТ-АНАТОМИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОГО
БАССЕЙНА

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики

В настоящее время «золотым стандартом» исследования анатомических структур головного мозга является магнитно-резонансная томография (МРТ). Если МРТ-анатомия полушарных отделов головного мозга хорошо освещена в литературе, сведения по МРТ-анатомии стволово-мозжечкового отдела практически отсутствуют.

С целью изучения МРТ стволо-мозжечкового отдела головного мозга изучены анатомические данные 52 пациентов в возрасте от 25 до 70 лет без патологических изменений.

Обследование проводилось на МР-томографе Magnetom (индукция поля – 1,5 Тл) в режимах T1 и T2 в сагиттальной, аксиальной и фронтальной проекциях. Данные МР-томографии сопоставлены с анатомической картиной в срединносагиттальном, поперечном и фронтальном разрезах.

Мозговой ствол в МР-томографическом изображении представляется булавовидным образованием неоднородной структуры. Отчетливо определяется вся желудочковая система мозга в виде щелевидных образований.

Продолговатый мозг имеет форму усеченного конуса и располагается между варолиевым мостом и спинным мозгом, в который переходит без резких границ в виде утолщения (мозговой луковицы). На месте перехода в спинной мозг имеется изгиб (за-

тылочный). Нижняя граница продолговатого мозга соответствует верхнему краю I шейного позвонка. Длина его составляет 2,5-3см, передне-задний размер – 12-15мм, поперечный – 10-12мм. Своей передней (вентральной) поверхностью располагается на скате основания черепа, простираясь до большого затылочного отверстия; задняя поверхность – участвует в образовании передней стенки четвертого желудочка.

Варолиев мост на МР-томограммах представляется округлым образованием в виде вала. В нем различают основную часть и дорсальную. Основная – залегает на основании черепа, дорсальная – участвует в образовании передних отделов дна ромбовидной ямки. Верхний отдел варолиева моста называется перешейком ромбовидного мозга. Спереди мост граничит с ножками мозга, сзади – с продолговатым мозгом. По бокам этот валик суживается и переходит в ножки мозжечка, заканчивающиеся в его коре.

Средний мозг - располагается каудальнее таламуса. Полостью среднего мозга является силвиев водопровод, соединяющий полость третьего желудочка с полостью четвертого желудочка. В состав среднего мозга входят ножки мозга и четверохолмие. Ножки выходят из варолиева моста в виде двух массивных тяжей и направляются в соответствующие полушария. Пространство между ножками закрыто продырявленной пластинкой. Над ножками мозга располагаются четыре бугорка – четверохолмие.

Таламус относится к промежуточному мозгу. На МР-томограммах определяется в виде овального образования, расположенного горизонтально. Полостью его является третий желудочек. Медиальная поверхность таламуса свободно выступает в полость третьего желудочка, являясь его боковой стенкой. Верхняя поверхность зрительного бугра лежит свободно, образуя участок нижней стенки центральной части бокового желудочка.

Мозжечок на МР-томограммах определяется под затылочными долями полушарий большого мозга и выполняет почти всю заднюю черепную ямку. Участвует в образовании крыши (задней стенки) IV желудочка. Боковые части его представлены двумя полушариями (правым и левым), между ними располагается узкая часть – червь мозжечка. Неглубокие борозды делят полушария и червь на дольки. Поперечник мозжечка значительно больше его передне-заднего размера (9-10 и 3-4см соответственно).

Мозжечок отделен от большого мозга глубокой поперечной щелью, в которую вклинивается отросток твердой мозговой оболочки (палатка мозжечка). Правое и левое полушария мозжечка отделяются двумя вырезками (передней и задней), расположенными на переднем и заднем крае, образуя углы. В черве мозжечка различают верхнюю часть – верхний червь и нижнюю часть – нижний червь, отделенные от больших полушарий бороздками.

По данным МРТ представляется возможным отдифференцировать серое вещество от белого. Серое вещество, располагаясь в поверхностном слое, образует кору мозжечка, а скопления серого вещества в глубине его – центральное ядро. Белое вещество (мозговое тело) мозжечка залегает в толще мозжечка и при посредстве 3-х пар ножек связывает серое вещество мозжечка с головным и спинным мозгом: нижние – идут от продолговатого мозга к мозжечку, средние – от мозжечка к мосту и верхние – от мозжечка к крыше среднего мозга.

Поверхности полушарий и червь мозжечка разделяются щелями на листки. Группы извилин образуют отдельные дольки, которые объединяются в доли (верхнюю, заднюю и нижнюю). Ядра мозжечка, представляющие скопления серого вещества в толще мозгового тела, на МР-томограммах не дифференцируются. У нижнего мозгового паруса располагается миндалина. Она соответствует язычку червя. Её короткие извилины следуют спереди назад.

Таким образом, большинство анатомических образований, определяемых на разрезах мозжечка, находят своё отображение и при МРТ. Анализ МР-томографических данных показал зависимость размеров мозжечка от возраста, пола и краниометрических показателей, что подтверждает сведения, приводимые в литературе.

МРТ является неинвазивным и высокоинформативным методом визуализации головного мозга. МРТ-картина мозжечка достаточно демонстративна и отображает основные анатомические структуры данного отдела головного мозга. Эти особенности должны учитываться в клинической практике и являться ориентиром при анализе патологических изменений в мозжечке.

**Г.А.Леонов, И.А.Королева, С.В.Пирязева, Т.Н.Поташова,
Е.А.Крылова**

**К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОПУХОЛЕЙ
СПИННОГО МОЗГА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики

Под опухолью спинного мозга понимают не только опухоли, развивающиеся в веществе спинного мозга, но и другие новообразования, встречающиеся в позвоночном канале, происходящие из корешков и оболочек спинного мозга, эпидуральной клетчатки и позвоночника. Если брать статистику нейрохирургических стационаров в России, то частота опухолей спинного мозга возрастает до 3-4% за счет улучшения диагностики и увеличения обращаемости в эти учреждения. Считается, что опухоли спинного мозга одинаково часто встречаются у мужчин и у женщин. Наиболее часто дебютирование этой патологии приходится на возрастной диапазон 30-40 лет (19-20%).

Нами проведен анализ статистических данных, полученных в результате изучения историй болезни пациентов нейрохирургического отделения ОКБ с 2003 по 2007 гг. За этот период поступило 43 пациента с опухолями спинного мозга, что составило 5,2 % от всех госпитализированных.

Среди поступивших 31 чел (72%) составили женщины, причем количество обратившихся женщин к 2007 г. увеличилось в 3 раза.

Как видно из таблицы 1, имеется волнообразная динамика количества заболевших; наибольшее число пациентов с опухолями спинного мозга было в возрастном диапазоне 41-60 лет (25), причем с тенденцией к увеличению в 2007 г.

Таблица 1

Распределение пациентов с опухолями спинного мозга
по возрасту и годам госпитализации

Возраст (годы)	2003	2004	2005	2006	2007	Всего
<30	-	-	1	-	-	1
30-40	2	3	1	2	2	10
41-60	2	6	4	4	9	25
>60	2	-	2	2	1	7

Итого	6	9	8	8	12	43
-------	---	---	---	---	----	----

Как видно из таблицы 2, наибольшее количество случаев приходилось на экстрамедуллярные опухоли: менингиому и невриному (соответственно 15 и 13), причем с тенденцией к увеличению неврином в последние 2 года.

Таблица 2

Распределение опухолей спинного мозга по нозологическим формам

Нозология	2003	2004	2005	2006	2007	Всего
менингиомы	2	4	5	2	2	15
невриномы	-	1	-	5	7	13
липомы	1	-	1	1	-	3
эпендимомы	-	1	-	-	1	2
прочие	2	-	1	-	-	3
не верифицирована	1	3	1	-	2	7
Итого	6	9	8	8	12	43

Как видно из таблицы 3, наиболее часто отмечалось поражение опухолевым процессом грудного отдела и конского хвоста (соответственно 16 и 12 человек), а дебютирование болезни чаще было в виде корешкового синдрома.

Таблица 3

Локализация опухолей спинного мозга

Локализация	2003	2004	2005	2006	2007	Всего
в/шейный отдел	-	1	2	1	1	5
шейное утолщение	-	-	-	1	1	2
грудной отдел	3	2	2	5	4	16
поясничное утолщение	-	1	1	-	-	2
конский хвост	2	3	2	-	5	12
различные комбинации	1	2	1	1	1	6
Итого	6	9	8	8	12	43

ЗАКОНОМЕРНОСТИ АДАПТАЦИИ КЛЕТОК, ТКАНЕЙ, ОРГАНОВ К ДЕЙСТВИЮ РАЗЛИЧНЫХ БИОЛОГИЧЕ- СКИХ, ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Р.К.Воронина, Р.Р.Шилин

ПРОИЗВОДНЫЕ УЛЬТИМОБРАНХИАЛЬНОГО ТЕЛА

Кафедра гистологии и биологии

К производным ультимобранхиального тела относится, во-первых, так называемая «вторая» система фолликулов с полиморфной выстилкой и неоднородным содержимым. Эти фолликулы обычно располагаются небольшими группами в центральных отделах доли железы; они чаще встречаются у мужчин, чем у женщин. На основании цитологических особенностей в ультимобранхиальных фолликулах выявлено несколько типов клеток, в том числе реснитчатые, базальные, слизистые и другие. Эти клетки обладают различиями по ультраструктурной организации и цитохимическим характеристикам. В выстилке таких фолликулов могут встречаться также типичные тироциты и С-клетки («смешанные фолликулы»).

В последние годы в щитовидной железе человека описан еще один компонент ультимобранхиального тела – солидные клеточные гнезда. Это компактные скопления эпителиальных клеток диаметром 80 – 110 мкм, окруженные базальной мембраной и отделенные от других структур прослойками соединительной ткани. Клетки гнезд – крупнее фолликулярных, полигональной, эллипсоидной или веретеновидной формы, с везикулярным ядром и хорошо выраженным ядрышком.

Предполагается, что солидные клеточные гнезда могут явиться источником С-клеток в щитовидной железе в постнатальном развитии. Действительно, в их составе выявляются отдельные С-клетки, а вокруг них концентрация С-клеток выше, чем в остальной паренхиме, что создает впечатление миграции дифференцирующихся С-клеток.

В патологических условиях ультимобранхиальные фолликулы и солидные клеточные гнезда могут стать источником ультимобранхиальных кист и, возможно, плоскоклеточного рака щито-

видной железы.

М.А.Рахманкина, О.И.Тузлукова
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В РЯЗАНИ И
РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2002-2006 ГГ.
Кафедра гистологии и биологии

Врожденные пороки развития (ВПР) являются причиной большого количества эмбриональных и плодовых смертей и выходят на первое место в структуре детской заболеваемости, инвалидности и смертности в развитых странах. За период с 2002 по 2006 год в Рязани и Рязанской области выявлена некоторая тенденция к снижению доли рождения детей с врожденными пороками развития. Так в 2002 количество новорожденных с пороками развития составило 1,57% от общего числа рожденных детей, в то время как в 2006 году этот показатель был 1,08%.

Чаще всего в 2002-2006 годах встречались структурные дефекты сердечно-сосудистой системы, которые составляют в среднем 1/3 от всех выявленных пороков развития и не имели тенденции к снижению. Популяционная частота данной аномалии колебалась от 1:175 до 1:256. Из пороков развития сердечно-сосудистой системы наиболее распространены пороки с шунтом слева-направо (20,8-25,8%). Пороки сердца без шунта встречаются в 6-11,8%, от общего числа ВПР. Пороки развития сердца с шунтом справа-налево встречаются крайне редко. Так только в 2002 и 2005 годах были рождены дети с тетрадой Фалло (1,7% и 0,8% соответственно).

В 2006 г выявлено снижение популяционной частоты пороков развития костно-мышечной (эмбриональные грыжи, синдактилия, полидактилия, дизмелия) до 1:753 по сравнению с предыдущими годами (1:284-675).

Из врожденных аномалий развития ЦНС (популяционная частота 1:404 - 675) преобладают пороки развития конечного мозга. Наименьшая частота этих аномалий была выявлена в 2003 году - 3,6%, в остальные годы этот показатель колебался от 5,4% в 2004 г до 7,8% в 2006г от общего числа ВПР. Доля пороков развития вентрикулярной системы и субарохноидального пространства колебалась от 1,7% в 2002 г. до 4,6% в 2006 г. Пороки развития спинного мозга и позвоночника составляли 3,2-6,8% от общего

количества ВПР.

На территории Рязанской области за период 2002-2006 годов отмечено постепенное снижение популяционной частоты пороков развития лица и шеи, таких как расщелины неба и губы с 1:401 до 1:815.

В 2006 году отмечено увеличение доли врожденных пороков желудочно-кишечного тракта до 8,7% от общего количества ВПР (популяционная частота 1: 889). В предыдущие годы этот показатель колебался от 3,1% до 6,3% (1:1136-2321).

Среди врожденной патологии мочевыделительной системы (популяционная частота 1:729-4725) наиболее распространены пороки развития почек доля которых в структуре ВПР колебался от 0,9% до 4,5%. В 2006 этот показатель составил 2,4%. В 2006 г увеличилась доля пороков развития уретры до 4,6% в 2006 в сравнении с 2002г (0,9%).

Наиболее частой формой хромосомной патологии является синдром Дауна. Самый низкий уровень данной патологии в Рязани и Рязанской области за период с 2002 по 2006 был выявлен в 2004 году- популяционная частота составила 1:4741, самый высокий в 2003 году – 1:945.

Такие хромосомные болезни как синдром Эдвардса были выявлены только в 2003 и 2005годах, а синдром Патау - в 2003 и 2004 годах. Популяционная частота синдромов в регионе в эти годы составила 1:4726-1:9284.

Таким образом, за 2002-2006 гг. наметилась тенденция к снижению ВПР за счет снижения пороков костно-мышечной системы и пороков лица и шеи. Наиболее распространенными являются пороки развития сердечно-сосудистой системы. Популяционная частота таких хромосомных болезней как синдромы Дауна, Эдвардса, Патау не превышает общероссийских показателей.

А.А.Буржинский, И.В.Лукина
ГИСТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗЫЧНЫХ
МИНДАЛИН В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ
Кафедра гистологии и биологии

В области корня языка человека в собственной пластинке слизистой оболочки расположены скопления лимфоидной ткани –

язычные миндалины, замыкающие так называемое кольцо Вальдейера-Пирогова – первый иммунный барьер на пути поступления воздуха и пищи. Центр корня почти свободен от лимфоидных фолликулов, концентрирующихся ближе к краям языка. Если считать это скопление лимфатических фолликулов лимфатической миндалиной, то в результате наличия пространства, не заполненного мешотчатыми железами таких миндалин в языке человека две.

Собственная пластинка слизистой содержит лимфоидную ткань двух видов:

1) Лимфатические фолликулы с крупными герминативными центрами, содержащие в основном В-лимфоциты.

2) Межфолликулярная диффузная лимфоидная ткань с посткапиллярными образует углубления - крипты. Просвет крипт содержит микробы, слущенные эпителиоциты, лимфоциты и зернистые лейкоциты.

Эпителий покрывает поверхность миндалины и вдаётся в собственную пластинку слизистой оболочки, образуя у взрослых 35-100, а у детей — 30-70 коротких и слабо ветвящихся крипт. На дне последних открываются протоки слизистых слюнных желез, концевые отделы которых расположены в подслизистой основе. Каждая крипта окружена лимфоидной тканью (диффузной и организованной в узелки), в совокупности с которой она образует структурно функциональную единицу миндалины — язычный фолликул, отграниченный от соседних тканевых образований тонкой соединительно-тканной капсулой. Язычные фолликулы на дорсальной поверхности языка имеют вид куполообразных выпячиваний с центрально расположенными отверстиями, через которые крипты сообщаются с полостью рта. Покровный эпителий, особенно в области крипт, инфильтрирован лимфоцитами, мигрирующими из узелков, макрофагами и плазматическими клетками, содержит дендритные антигенпредставляющие клетки, но лимфоцитарная инфильтрация эпителия здесь выражена слабее, чем в небной миндалине.

В области корня языка и в зоне язычных миндалин, залегают альвеолярные железы, количество которых варьирует в зависимости от возраста. Позади линии желобоватых сосочков слизистая оболочка языка продольно-складчатая. На вершинах складок

имеется множество отверстий устьев этих желез. Участки слизистой оболочки языка в местах залегания лимфоидной ткани впячиваются и образуют полости альвеолярных желез, величина полости и объем которых коррелируют со степенью развития лимфатических фолликулов. Устья протоков слизистых желез погружены в полость крипты, и открываясь на их стенках, выделяют секрет в полость последних. Здесь секрет, смешиваясь с лимфоцитами, поступает через отверстия мешочка на поверхность слизистой оболочки корня.

Стенки альвеол, находящихся в контакте с лимфатическими фолликулами, выстланы кубическим эпителием. Лимфатические фолликулы располагаются не только в углублениях альвеолярных желез, многие из них залегают непосредственно под слизистой оболочкой корня языка.

Эпителиальный железистый барьер миндалин в обоих направлениях легко проницаем для Т- и В-лимфоцитов, гранулоцитов, а также для макрофагов, что облегчает контакт иммунокомпетентных клеток с чужеродными антигенами и увеличивает результативность этого контакта.

Считается, что, как и другие органы иммуногенеза, язычные миндалины достигают наибольшего развития в детстве и подвергаются инволюции после полового созревания. В связи с этим следует заметить, что пик развития органов иммунной системы практически совпадает с периодом интенсивного роста человеческого тела. Так как любой рост сопряжен с усиленной клеточной пролиферацией, а последняя неизбежно сопровождается разнообразными генетическими повреждениями (мутациями), и, следовательно, появлением и увеличением концентрации чужеродных антигенов, то термин «инволюция» в подобной ситуации является, скорее всего, в высшей степени условным. Логичнее было бы рассуждать о физиологической гиперплазии (гипертрофии) лимфоидной ткани, сопряженной с периодами роста и дифференцировки тканей организма. Происходит, собственно, не «инволюция», а элиминация излишней лимфоидной ткани с оставлением именно такой ее массы, которая необходима. В подтверждение сказанному можно заметить, что удаление глоточных миндалин закономерно приводит к гиперплазии оставшейся части глоточного лимфоэпителиального кольца, в том числе и язычных мин-

далин.

О.А.Царёва, О.В.Бурмистрова
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНТЕРОБИОЗОМ В г. РЯЗАНИ И
РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2006 гг.
Кафедра гистологии и биологии

В городе Рязани и Рязанской области в 2005-2006 гг. заболеваемость энтеробиозом преобладает у детского населения, в городе Рязани заболеваемость в 2006 г. выросла как у детей, так и у взрослых.

В 2005 году в г.Рязани взрослых, заболевших энтеробиозом, было 64 человека, детей – 939 человек. В 2006 году взрослых, заболевших энтеробиозом, стало 108 человек, детей – 1722 человека. В Рязанской области заболеваемость энтеробиозом снизилась как у детей, так и у взрослых. Количество случаев среди взрослого населения в 2005 г. – 339, среди детского населения – 2901. В 2006 г. взрослых – 283, детей – 1886. Взрослое население было разбито на 3 группы обследуемых: декретированная (1), контактные в домашних очагах (2), амбулаторные и стационарные больные (3).

Как в Рязани, так и в Рязанской области в 2005-2006 гг. наибольшая заболеваемость наблюдалась в группе (2). На втором месте закрепились группа (3), а на третьем месте отмечалась группа (1).

В 2005 г. в Рязани было: (1) – 9 больных, (2) – 40 больных, (3) – 13 больных. В 2006 г. стало: (1) – 12 больных, (2) – 61 больных, (3) – 36 больных. В 2005 г. в Рязанской области: (1) – 37, (2) – 230, (3) – 72. В 2006 году: (1) – 77, (2) – 115, (3) – 91.

Детское население также было разбито на 3 группы: (4) – организованные дети дошкольного возраста, (5) – неорганизованные дети, (6) – учащиеся. Как в г. Рязани, так и в Рязанской области в 2005-2006 гг. основную долю заболевших составляет группа (6), на втором месте находится группа (4), третье место занимает группа (5).

В г. Рязани в 2005 г. количество случаев в группе (4) – 280, в группе (5) – 209, в группе (6) – 450. В 2006 г. в группе (4) – 472, в группе (5) – 451, в группе (6) – 799. В 2005 году в Рязанской области количество случаев в группе (4) – 721, в группе (5) – 780, в

группе (6) – 1400. В 2006 году в группе (4) – 537, в группе (5) – 452, в группе (6) – 897. В г. Рязани в 2006 г. выросла заболеваемость энтеробиозом по сравнению с 2005 г. по всем группам населения в отличие от Рязанской области, где наблюдалось снижение заболеваемости в 2006 г. по сравнению с 2005 г.

При проведении исследований использованы данные годовых отчетов Роспотребнадзора г. Рязани и Рязанской области.

Л.В.Логунова, Р.М.Бердиев
СОСУДЫ ВЬЕССЕНА–ТЕБЕЗИЯ

Кафедра нормальной и топографической анатомии

По современным представлениям, сосуды Вьессена-Тебезия – это активная сосудистая система миокарда, физиологическое значение которой заключается в циркуляции крови внутри мышц сердца. На основании эмбриологических данных эти сосуды являются производными интертрабекулярных пространств, обеспечивающих кровоснабжение миокарда на низших ступенях филогенеза.

Сосуды Вьессена-Тебезия обнаружены во всех отделах сердечной мышцы в разных возрастных группах. Устья их в неодинаковом количестве и разных размеров открываются в разных участках эндокарда четырех камер сердца. Наибольшее их число обнаружено в правом предсердии и желудочке, в левых отделах сердца их значительно меньше. По данным Ильинского С. П. сосуды Вьессена-Тебезия в предсердиях представлены в виде вен неодинакового калибра, а желудочковые сосуды имеют структуру синусоидов. Основным отличием этих сосудов от артерий и вен сердца является большой диаметр при сравнительно тонкой стенке, не содержащей мышечные волокна. Вены Тебезия предсердий отличаются от строения вен сердца ещё и тем, что их стенка содержит много эластичных волокон.

Физиологическая роль вен Тебезия заключается в оттоке крови из стенок сердца. Желудочковые синусоиды построены в виде своеобразных полостей, эндотелиальные клетки которых находятся непосредственно на мышечных волокнах миокарда. Отсутствие соединительной ткани между ними отличает синусоид от капилляра. Установлено, что синусоиды находятся в прямой свя-

зи с коронарными артериями и венами, а также способны анастомозировать между собой. Большинство сосудов Вьессена-Тебезия снабжены клапанами, препятствующими обратному току крови. Исследования Габченко А. К. показали, что сосуды, снабженные клапанами, открывающимися в сторону полости, выполняют преимущественно роль дренажа, пропуская кровь во время диастолы в полость сердца и находятся в стенках правого предсердия и желудочка. Сосуды с клапанами, открывающимися в сторону миокарда, встречаются преимущественно в левых камерах сердца. В условиях патологии происходит образование новых синусоидов, улучшающих кровоснабжение сердца при коронарной недостаточности.

Таким образом, сосуды Вьессена-Тебезия являются составной частью коронарной сосудистой системы. При понижении давления в склеротически измененных коронарных артериях сосуды Тебезия играют значительную компенсаторную роль в васкуляризации миокарда, а кровоток через эти сосуды в правые камеры сердца является важным компонентом коронарного дренажа. Они обеспечивают дренажную и трофическую функции, что имеет важное значение, особенно при патологии сердечно-сосудистой системы.

Н.В.Овчинникова, А.А.Хорохорин
КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПОЧКИ

Кафедра нормальной и топографической анатомии

Наша научная работа посвящена изучению кровоснабжения почек и зависимого от него вариантного сегментирования. Существует несколько методов изучения строения почек: доплерография, УЗИ, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография.

Кровоснабжение почек примерно в 20 раз превышает кровоснабжение любого другого органа. Оно осуществляется почечной артерией, отходящей в большинстве случаев от аорты одним стволом и делящейся в области ворот почки на переднюю большую ветвь, питающую более половины поверхности почки, меньшую, расположенную выше, и заднюю ветвь. Нередко встречаются различные варианты артериального кровоснабжения почек.

Деление почки на сегменты идет относительно ветвления по-

почечной артерии: 1) *segmentum superius* расположен на медиальной поверхности верхнего полюса почки; 2) *segmentum anterius superius* лежит на передней поверхности почки и включает в себя верхний полюс и часть центральной зоны; 3) *segmentum anterius inferius* также находится на передней поверхности и занимает нижнюю центральную часть почки; 4) *segmentum inferius* формирует нижний полюс почки как спереди, так и сзади; 5) *segmentum posterius* включает в себя зону от верхнего сегмента до нижнего по задней поверхности. Каждый сегмент кровоснабжается собственной ветвью почечной артерии.

С хирургической точки зрения очень важным является тот факт, что на задней поверхности почечной лоханки отсутствуют артериальные и венозные сосуды.

Кроме рассмотренного нами вариантного сегментирования на 5 сегментов, есть и другие варианты, которые не являются отклонениями от нормы. Сегментарное строение почки изучали многие исследователи.

За последние четыре десятилетия опубликовано большое количество статей, данные которых разноречивы. Некоторые отрицают возможность выделения сегментов в почке, считают, что они переменчивы, другие определяют в ней от 3 до 6 сегментов, дают им различные названия.

С.С. Михайлов, Ш.Р. Сабиров (1976) предлагают принимать за основу при структурном подразделении почки не кровеносные сосуды, а ее экскреторный аппарат, особенности, строения которого соответствуют внутрпочечной ангиоархитектонике. По данным этих авторов в почке чаще всего выделяется два сектора (соответственно двум большим чашкам), 7-9 сегментов (соответственно числу малых чашек) и в каждом сегменте – 2-3 субсегмента (по количеству сосков).

Таким образом, типичным вариантом почечной ангиоархитектоники является магистральный дистально-рассыпной тип деления ПА.

Итогом нашей научной работы стал отреставрированный препарат «Проекция почечных сегментов на поверхности почки». Результаты различных методов исследования могут быть полезными при изучении уронефрологических заболеваний почек.

И.В.Бахарев, В.Ю.Беркетова
ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА
 Кафедра нормальной и топографической анатомии

Вариабельность расположения слепой кишки и самого аппендикса являются одним из факторов, обуславливающих различную локализацию болей и многообразие вариантов клинической картины при развитии воспаления червеобразного отростка, а также трудности его обнаружения во время операции. Длина appendix vermiformis может варьировать от 2 до 20-25 см, в книге рекордов Гиннеса описан случай самого большого аппендикса, длиной 50 см. Толщина колеблется от 0,5 до 1 см.

Основание отростка располагается в месте схождения 3-х лент ободочной кишки: taeniae colli, taeniae libera, taeniae omentalis. Также, с практической точки зрения, важна проекция основания аппендикса на переднюю стенку живота. На границе между наружной средней третями линии, соединяющей правую верхнюю переднюю подвздошную ость и пупок – точка Мак-Бернея. Чаще же основание проецируется на границу между наружной и средними третями линии, соединяющей правую и левую верхнюю переднюю подвздошную ости – точка Ланца.

В связи с тем, что слепая кишка и аппендикс располагаются интраперитонеально и брыжейка отростка развита хорошо, наблюдается подвижность и различные варианты его расположения в брюшной полости:

1. Тазовое (нисходящее). Аппендикс опускается в малый таз, где граничит с маткой, мочевым пузырем, бывает вовлечен в грыжу. (40-50%).

2. Медиальное (внутреннее). Отросток располагается по ходу конечной части подвздошной кишки. (15-20%).

3. Латеральное (наружное) - в правом латеральном канале. (до 25%).

4. Восходящее (подпеченочное) – направляется верхушкой вверх, достигает подпеченочного пространства. (13-15%).

5. Ретроцекальное (заднее). Расположен позади слепой кишки. (9-25%).

У беременных, начиная с 4-5 месяца, отросток оттесняется уве-

личенной маткой вверх и кзади, иногда доходит до печени, после родов принимает нормальное расположение.

Изредка встречаются аномальные положения отростка, относящиеся скорее к уродствам. Например, аппендикс может отходить от восходящего отдела ободочной кишки, может быть удвоен как сам, так и слепая кишка, реже – отсутствует. Не стоит забывать и о возможном его расположении в левой половине живота, в случае обратного расположения внутренних органов – *situs viscerus inversus*.

Несмотря на значительное число исследований, посвященных диагностике и лечению аппендицита, строению и функции червеобразного отростка, диагностика этого заболевания бывает затруднена в связи с атипичным расположением аппендикса и индивидуальными особенностями организма.

Г.С.Лазутина, И.В.Жестков, Д.М.Кленова

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ СТОПЫ

Кафедра нормальной и топографической анатомии

Нами был отреставрирован один из музейных препаратов. Он хорошо демонстрирует связки и суставы стопы. Поэтому мы решили посвятить свой доклад функциональной анатомии стопы.

Стопа в жизни человека играет немаловажную роль. Стопы выдерживают всю тяжесть человеческого тела, обеспечивают плавность походки, пружинность, амортизируя сотрясение тела при ходьбе, беге, прыжках. Эта функция стоп осуществляется благодаря их своеобразному сводчатому строению, которое отсутствует у всех животных, включая человекообразных обезьян, что связано с прямохождением. Уменьшение площади опоры и увеличение нагрузки тела на костно-связочно-мышечный аппарат привело в филогенезе к оптимальному строению стопы человека. В стопе человека различают пять продольных сводов и один поперечный, продольные своды начинаются из одной точки пяточной кости и расходятся вперед по выпуклым вперед кверху радиусам, соответственно пяти лучам стопы. Важную роль в образовании внутреннего свода стопы играет *sustentaculum tali*. Самым длинным и самым высоким из продольных сводов является второй, продольные своды, в средней части соединенные в виде параболы.

лы, образуют поперечный свод стопы. Поперечный свод стопы удерживается поперечными связками подошвы и косо расположенными сухожилиями длинной малоберцовой, задней большеберцовой и приводящей мышцей большого пальца.

Продольный свод стопы наиболее хорошо выражен по ее внутреннему краю. По направлению к наружному краю степень выраженности свода уменьшается. Поперечный свод выражен в значительно меньшей степени, чем продольный. Он наиболее хорошо определяется при ненарушенной стопе в области головок плюсневых костей, где стопа имеет некоторую выпуклость сверху по дуге между I и V плюсневыми костями.

В нормальных условиях при опоре на стопу основная нагрузка приходится на пяточную кость, головку I плюсневой кости, которая поэтому значительно массивнее остальных, и на V плюсневую кость, вернее — на наружный край стопы.

Наиболее частой статической деформацией стоп является плоскостопие и наблюдается у 40-50 % взрослых людей. Различают продольное и поперечное плоскостопие. При уплощении свода стопы происходит изменение взаимоположения костей в суставах стопы. Связки резко напрягаются. Наибольшее натяжение связок приводит к появлению болей в местах их прикрепления, богатых нервными окончаниями. В частности на внутренней поверхности на внутренней поверхности I клиновидной и ладьевидных костей. Если в начальных стадиях развития плоскостопия отмечаются симптомы утомления мышц, то в дальнейшем присоединяются симптомы натяжения связок в виде резких болевых ощущений на вершине свода стопы.

Основной причиной развития статического плоскостопия является несоответствие нагрузке тела возможностям опорно-двигательного аппарата. Однако надо иметь в виду и факторы, способствующие развитию плоскостопия. К ним в первую очередь относится пользование тесной обувью. В тесной обуви свода стопы пассивно увеличены. Мышцы, поддерживающие свод стопы, не подвергаются нагрузке и постепенно атрофируются. Также развитию плоскостопия способствует ношение обуви на каблук выше 5 см.

Плоскостопие может быть следствием и других причин. При неправильно сросшихся переломах костей стопы или голени в

нижней трети развивается посттравматическое плоскостопие. После заболеваний или повреждений, приведших к параличу мышц, поддерживающих свод стопы, может развиваться паралитическое плоскостопие. Неправильное развитие плода может привести к врождённому плоскостопию. Эти формы плоскостопия встречаются значительно реже.

П.Г.Швальб, С.Р.Жеребятъева

О КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии

Особенности анатомического строения венозной системы нижних конечностей обуславливают спектр заболеваний и определяют возможности медикаментозного и хирургического лечения.

В нормальных условиях отток крови из нижних конечностей обеспечивают три взаимосвязанные и четко взаимодействующие системы: поверхностные вены, глубокие вены и соединяющие их коммуникантные вены (перфоранты). Основной отток крови (85-90%) осуществляется по глубокой венозной системе. Объем кровотока в поверхностных венах составляет не более 10-15%. Подкожные вены собирают кровь из эпифасциальных тканей, а затем по многочисленным перфорантам она поступает в глубокие магистралы. Нарушение нормального тока крови из системы поверхностных вен в глубокие, а затем в центростремительном направлении (в сторону сердца) лежит в основе всех заболеваний венозной системы нижних конечностей.

Перфорантные вены (коммуниканты) представляют собой тонкостенные венозные сосуды, соединяющие систему поверхностных и глубоких вен и обеспечивающие однонаправленный ток крови из поверхностных вен в глубокие. Это сосуды различного диаметра - от долей миллиметра до 2 мм, длиной до 15 см, чаще имеющие косой ход. Большинство из них содержат клапаны, расположенные надфасциально и ориентированные таким образом, что обеспечивают односторонний ток крови - из поверхностных вен в глубокие.

Наряду с коммуникантами, содержащими клапаны, имеются так называемые нейтральные, или бесклапанные, перфоранты,

расположенные преимущественно на стопе. Около 50% коммуникантных вен стопы не имеет клапанов, поэтому кровь от стопы может оттекать как из глубоких вен в поверхностные, так и наоборот, в зависимости от функциональной нагрузки и физиологических условий оттока.

Перфорантные вены подразделяют на прямые и не прямые.

Первые представляют собой сосуды, непосредственно соединяющие глубокую и поверхностную вены. Подавляющее большинство перфорантных вен отходит от притоков, а не от ствола большой подкожной вены. У 90% пациентов с варикозной болезнью наблюдается несостоятельность перфорантных вен Коккета, расположенных на медиальной поверхности голени в ее нижней трети. Они соединяют заднюю ветвь большой подкожной вены (вена Леонардо) с глубокими венами.

Непрямые перфоранты соединяют какую-либо подкожную вену с мышечной, которая, в свою очередь, прямо или опосредованно сообщается с глубокой веной. Непрямых перфорантов много; они обычно очень мелкие и расположены в основном в области мышечных массивов, в частности, в области камбаловидной мышцы. Эта крупнейшая мышца голени имеет топографическую связь с системой емкостных экстраорганных вен и прямую связь внутриорганных вен с поверхностной и глубокими сетями через не прямые коммуниканты. Внутримышечные вены имеют строго ориентированный и чрезвычайно развитый клапанный аппарат, который обеспечивает односторонний кровоток по направлению из подкожной вены через не прямой коммуникант во внутримышечную вену и затем в глубокую вену голени.

Действие мышечной помпы обеспечивает перемещение венозной крови из поверхностной системы в глубокую, и кроме того, дренирует микроциркуляторное русло.

При варикозной трансформации малой подкожной вены наиболее часто наблюдаются несостоятельные коммуникантные вены средней, нижней трети голени и в области латеральной лодыжки. При латеральной форме варикоза локализация перфорантных вен отличается большим разнообразием.

Перфоранты на бедре чаще имеют небольшие размеры и являются не прямыми, располагаясь в мышечных массивах медиальной поверхности.

Общее количество перфорантных вен превышает 100.

Наиболее постоянными и значимыми являются следующие прямые перфоранты:

- группа перфорантов Коккета на медиальной поверхности нижней трети голени (в сухожильной ее части);
- перфорант Бойда - на медиальной поверхности верхней трети голени;
- перфорант Додда - на медиальной поверхности нижней трети бедра (перед входом бедренной вены в гунтеров канал);
- перфорант Гунтера - на медиальной поверхности бедра сразу после выхода бедренной вены из гунтерова канала.

Ошибки тактического характера при оперативном вмешательстве на поверхностных и перфорантных венах обусловлены, главным образом, неправильным выбором хирургического доступа и неполным объемом оперативного вмешательства в этих областях. Основной причиной этих ошибок является недостаточно твердое знание анатомии венозной системы нижних конечностей.

**Г.П.Казанцева, А.А.Егоров, В.Б.Филимонов,
П.Н.Моников, У.Ю.Ульянкина**

**РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПОЧЕЧНОЙ
ЛОХАНКИ «ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ»**

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
ГУЗ «Рязанская областная клиническая больница»

Среди злокачественных новообразований мочеполового тракта на опухоли почечной лоханки приходится менее 1%. Связь развития рака данной локализации с воздействием некоторых факторов внешней среды известна более 100 лет. Впервые Rehn в 1895 г. заподозрил влияние анилиновых красителей на развитие рака у рабочих красильных фабрик. Кроме воздействия вышеуказанных агентов установлена причинная связь между развитием переходноклеточного рака и курением, употреблением некоторых анальгетиков, в частности, фенацетина.

Более 90% опухолей почечной лоханки представлены переходноклеточным раком. Плоскоклеточный рак почечной лоханки встречается значительно реже. Опухоль развивается в случаях

метаплазии переходного эпителия в многослойный плоский. Этому способствует хроническое воспаление почечных лоханок и чашечек, особенно при длительном пребывании в них камней. Такое сочетание отмечается в 48% общего числа случаев плоскоклеточного рака почечной лоханки. Перед операцией чаще ставится ошибочный диагноз (МКБ, сморщенная почка и эссенциальная гематурия). Характер патологии выявляется только после вскрытия лоханки.

Вашему вниманию представляется случай рака почечной лоханки у больной с подковообразной почкой и мочекаменной болезнью.

Больная – женщина 61 года поступила в урологическое отделение ОКБ 30.10.07 с диагнозом МКБ, коралловидный камень правой почки, терминальный гидронефроз справа.

Ультразвуковое исследование (УЗИ): Правая почка представлена в виде многокамерного жидкостного образования общим размером 200*140 мм. Содержит большой коралловидный камень до 9 см и несколько более мелких. Нижний полюс левой почки определяется по средней линии, интимно связан с правым – «Подковообразная почка».

Результаты рентгеновского обследования в целом совпали с результатами УЗИ: коралловидный камень правой почки, камень правого мочеточника, поясничная дистопия левой почки. Не функционирующая правая почка.

19 октября больной была проведена операция.

Под интубационным наркозом проведена люмботомия справа. При ревизии в забрюшинном пространстве определяется опухолевидное эластичное образование правой почки, 20*15 см, выраженный спаечный рубцовый перипроцесс. Нижние полюса почек сращены - «подковообразная почка». Перинефральные спайки рассечены. Мобилизована правая половина почки. Почка резецирована. Почечные сосуды и мочеточники лигированы, пересечены. При этом вскрыт просвет одной из полостей кистозно изменённой почки, из которой выделилось 0,5 л мочи с примесью гноя.

Патологоанатомическое исследование: Почка с околопочечной клетчаткой 180*10*8 см., лоханка вскрыта, полость её расширена, пуста, эпителий гиперемирован. Стенка имеет очаговые утолще-

ния в виде взбухающих бугристых образований беловатого цвета плотной консистенции, диаметр взбухающих узлов 0.5-1 см. Паренхима почки деформирована, склерозирована, истончена. Микроскопически выявлена метаплазия эпителия лоханки в многослойный плоский с очаговым ороговением. Под эпителием лоханки - кровоизлияния. Паренхима почки атрофирована, в ней отмечается разрастание опухолевой ткани, имеющей строение плоскоклеточного ороговевающего рака, клубочки склерозированы, часть канальцев резко расширена с белковыми массами в просветах. Опухолевая ткань связана со стенкой лоханки, инфильтрирует паренхиму почки до фиброзной капсулы и разрушает её.

Заключение: Плоскоклеточный ороговевающий рак почечной лоханки.

Послеоперационный период без особенностей. После операции динамики не наблюдалось, на УЗИ свободная жидкость в брюшной полости не выявлена. При сканировании справа от пупка определялось жидкостное образование 32*18*26 мм, видимо, расположено забрюшинно.

29 октября пациентку выписали.

24 декабря 2007 года больная поступила в это же отделение с жалобами на боли в поясничной области, повышение температуры до 38° и озноб.

При УЗИ обнаружено увеличение и уплотнение печени, увеличение селезёнки и расширение чашечно-лоханочной системы оставшейся почки. Обнаружены жидкость в брюшной полости, увеличенные лимфоузлы до 38 мм в области ворот печени и по ходу нижней полой вены. Кпереди от нижней полой вены и аорты забрюшинно обнаружен неоднородный с нечёткими контурами инфильтрат, низкой эхогенности 58*50*40 мм. Описанные образования низкой эхогенности, по-видимому, являются следствием прорастания опухоли в окружающие ткани с распадом и образованием полостей.

Больной проведена антибактериальная терапия, температура нормализовалась, боли исчезли. Пациентка наблюдалась в онкологическом диспансере. 16 января при осмотре обнаружен выраженный асцит, метастазы в забрюшинные лимфоузлы и брюшину. 22 января больная скончалась дома, аутопсия не проводилась.

Учитывая редкость опухолей почечной лоханки, каждое наблюдение достойно описания. В приведённом нами случае до операции у больной была выявлена следующая патология: аномалия развития почек – «подковообразная почка», мочекаменная болезнь, гидронефроз, хронический пиелонефрит, пионефроз. Диагноз рака был выставлен только при патологоанатомическом исследовании операционного материала. У больной отмечена характерная метаплазия эпителия лоханки, лейкоплакия и мультицентрический рост плоскоклеточного рака с инвазивным ростом в капсулу и околопочечную клетчатку. Ретроспективный анализ изменений, обнаруженных в послеоперационном периоде, позволяет высказать предположение, что у больной наблюдался продолженный рост не только в окружающую клетчатку, но и в оставшуюся почку.

Г.П.Казанцева, А.В.Шевнина, О.М.Зимарёва

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА – ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ,
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Системная красная волчанка (*lupus erythematosus systemicus*) – СКВ, представляет собой хроническое прогрессирующее полисиндромное заболевание, которое характеризуется генетически обусловленным несовершенством иммунорегуляторных процессов, развитием аутоиммунных нарушений и иммунокомплексного хронического воспаления. Этиология и патогенез окончательно не выяснены. Предполагается вирусный генез болезни (в частности, участие ретровирусов) в сочетании с семейно-генетическим предрасположением.

СКВ — классическая аутоиммунная болезнь, при которой наблюдается развитие гипериммунного ответа в отношении неизменённых компонентов собственных клеток, особенно нативной ДНК. Циркулирующие антиядерные антитела могут образовывать иммунные комплексы, которые, откладываясь в различных органах, вызывают повреждение тканей и хроническое воспаление.

Диагноз основывается на обнаружении диагностической триады: «волчаночной бабочки», рецидивирующего не эрозивного

полиартрита, полисерозита.

В диагностике используется также исследование крови на наличие LE-клеток и антинуклеарных антител в диагностических титрах.

Представляем вашему вниманию клиническое наблюдение. Женщина 68 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на боли в животе. После осмотра направлена к проктологу, где во время процедуры ректороманоскопии была перфорирована сигмовидная кишка. Через 5 дней после операции ушивания перфорации кишечника отмечено ухудшение состояния: слабость, головная боль, повышение температуры до $37,8 - 38^{\circ}\text{C}$ в вечернее время, учащенное сердцебиение до 80 уд. в минуту, приглушение сердечных тонов, систолический шум на верхушке сердца, кашель, жидкость в обеих плевральных полостях (300 - 200 мл), жидкость в полости перикарда (100 мл), пролапс и утолщение задней створки митрального клапана. Было высказано предположение, что ухудшение состояния обусловлено септическим эндокардитом. Проведено соответствующее лечение. Сделано несколько пункций левой плевральной полости с эвакуацией светлой жидкости от 300 до 900 мл. Температура нормализовалась. Однако состояние больной оставалось тяжелым, появились жалобы на рвоту после еды, АД снизилось до 110/60 мм рт. ст., увеличение ЧСС до 100 уд. в минуту. При явлениях нарастающей сердечно-легочной недостаточности больная скончалась.

При вскрытии трупа обнаружены следующие изменения: гиперемия и кровоизлияния на коже лица в области лба и левого глаза с переходом на левую щеку; отек нижних конечностей. Сердце весом 450 г, дряблой консистенции. Створки митрального клапана уменьшены в размерах, деформированы, с гладкой поверхностью и валикоподобным утолщением по краю. Хорды укорочены, с очаговыми бородавчатыми утолщениями диаметром 0,1 – 0,2 см. Периметр левого атриовентрикулярного отверстия 8 см (стеноз). Микроскопически в митральном клапане отмечается склероз, гиалиноз, очаги фибриноидного некроза с вкраплениями гематоксилиновых телец, полиморфно-клеточная воспалительная инфильтрация. Миокард на разрезе «вареного» вида с единичными тонкими белесоватыми прожилками. Микроскопически: выраженная полиморфно-клеточная воспалительная инфильтрация

вокруг сосудов с очагами деструкции кардиомиоцитов. Дистрофические изменения кардиомиоцитов.

В полости перикарда около 200 мл кровянистой мутноватой жидкости. В левой плевральной полости около 1000 мл такого же содержимого. В долевых артериях обоих легких и во всех мелких сосудах малого круга кровообращения плотные обтурирующие тромбы. В межальвеолярных перегородках и в стенках сосудов продуктивное воспаление со склерозом межальвеолярных перегородок. Встречаются мелкие сосуды с выраженным отеком эндотелия и периваскулярным склерозом по типу «луковичной шелухи». В верхней доле левого легкого под плеврой – красные инфаркты клиновидной формы размером 2*2 см. Микроскопически: инфаркты, пропитанные кровью и продуктами распада ядер (гематоксилиновые тельца). Печень весом 2000 г плотной консистенции, поверхность гладкая, на разрезе паренхима с выраженным рисунком мускатного ореха. Микроскопически: полиморфно-клеточная воспалительная инфильтрация в портальных трактах, под капсулой и очаговые инфильтраты в дольках. В капсуле печени и брюшине, покрывающей печень, – продуктивное воспаление с образованием спаек. Почки весом 350 г, поверхность с мелкозернистой деформацией и мочевыми кистами. Микроскопически: интеркапиллярный продуктивный гломерулонефрит с утолщением базальных мембран капилляров клубочков, лейкоцитарной инфильтрацией мезангия и деформацией по типу «лапчатых» клубочков. Полиморфно-клеточный васкулит в интерстиции. Селезенка весом 300 г, плотной консистенции. Микроскопически: венозное полнокровие и гемосидероз красной пульпы; периваскулярный склероз по типу «луковичной шелухи».

Обнаруженные изменения позволили сделать вывод, что смерть больной наступила от системной красной волчанки, которая не была распознана при жизни. Обострение хронически протекающего заболевания спровоцировано перфорацией стенки измененной сигмовидной кишки во время колоноскопии, приведшем к генерализованному васкулиту, распространенному тромбозу сосудов малого круга кровообращения и сердечно-легочной недостаточности.

Диагноз заболевания выставлен посмертно по характерным морфологическим изменениям: волчаночная эритема на коже ли-

ца; продуктивный интеркапиллярный волчаночный гломеруло-нефрит с характерной деформацией клубочков; «луковичный» склероз сосудов селезенки; хронический пневмонит и пневмосклероз; бородавчатый эндокардит; генерализованный васкулит; полисерозит; ядерная патология, которая проявилась в вакуолизации и разрушении ядер, появлением гематоксилиновых телец.

Ж.А.Свирина, П.А.Чумаченко, А.Н.Разумов, И.А.Бокова
ВЛИЯНИЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ РАЗВЕДЕНИЙ НА МОЛОЧНЫЕ
ЖЕЛЕЗЫ ПРИ КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

На кафедре патологической анатомии в настоящее время продолжается работа по изучению влияния гомеопатических разведений верошпирона на молочные железы при кистозной мастопатии в эксперименте.

Поводом для продолжения этой работы послужил выявленный регрессивный эффект верошпирона на молочные железы при кистозном процессе. В кандидатской диссертации Свириной Ж.А. в 2002 году была установлена интересная закономерность, - что в нормальных условиях у интактных животных верошпирон расширяет протоки, повышает немного секрецию по сравнению с контролем, а при кистозной мастопатии, наоборот, он оказывает обратное действие, происходит выраженный регресс кист.

В этой закономерности четко срабатывает идея подобия гомеопатии, то есть мы предположили, что по механизму действия верошпирон является неким подобием «синэстроловой модели кистозной мастопатии», поэтому в патологических условиях он оказывает выраженное регрессивное действие на молочные железы. Итак, мы пришли к идее гомеопатии, и с этой идеей мы обратились в академию международной академии классической гомеопатии Греции – профессору, лауреату альтернативной нобелевской премии 1996 год – Джорджу Витулласу.

На мастер-классе в сентябре 2007 г. был представлен доклад по верошпируну. Витуллас дал высокую оценку проведенной работе, полностью согласился с нашей идеей и очень заинтересовался в проведении совместной работы с целью изучения гомеопатиче-

ских разведений верошпирона на молочные железы при кистозной мастопатии в эксперименте. Джордж Витулкас очень заинтересовался в проведении новых экспериментов с изготовлением из верошпирона гомеопатических разведений и потенций 6С, 12С, 30С, кроме того эксперимент имеет преимущества над клиническими испытаниями, так как в эксперименте исключается плацебо эффект.

Совместно с Витулкасом была разработана схема введения гомеопатического верошпирона в опытных группах при кистозной мастопатии. Джордж предложил 3 группы опыта: 1 группа – введение потенции 6С 3 раза в день. 2 группа (волнообразная схема)– введение 6С, 12С, 30С 3 раза в день, 3 группа- введение 30С 3 раза в день. Опытные группы должны получать верошпирон перорально в течение месяца. Помимо опытных групп – необходимы контрольные группы – контроль модели кистозной мастопатии и контроль кист через месяц от момента ее получения.

Молочные железы были изучены у 25 белых беспородных девственных самок крыс, которые были разделены на 3 группы опыта и 2 группы контроля кистозной мастопатии.

В результате проведенных исследований нами были получены следующие данные. В контрольных группах при введении синэстрола в течение 6 недель мы видим типичную картину развившейся кистозной мастопатии – протоки кистозно расширены с уплощенным эпителием, в просветах кист имеются белково-жировые массы. Кисты разных размеров, имеются даже гигантские кисты.

Через 4 недели от момента получения модели кистозной мастопатии во второй контрольной группе картина кистозной мастопатии не исчезает – мы видим кистозно расширенные протоки, расположенные группами или одиночно с уплощенным эпителием, в просветах местами секрет, некоторые протоки свободны от содержимого.

В большинстве случаев в опытных группах степень регресса кист по сравнению с контролем достигала достаточно высокого уровня, особенно при получении 6С 3 раза в день в первой группе опыта и 30С 3 раза в день в третьей группе опыта, то есть мы наблюдали суженные протоки с кубическим эпителием, просветы свободны от содержимого; при получении верошпирона 6С, 12С,

30С в день – это волнообразная схема введения гомеопатии признается не всеми гомеопатами, поэтому Д. Витулкас ее и предложил, в этой группе в некоторых наблюдениях регресс был замедленным и в одном случае отсутствовал, то есть мы наблюдали расширенные протоки, в просветах которых был секрет и одновременно суженные протоки с кубическим эпителием. По нашим данным – это менее удачная схема введения гомеопатических средств по сравнению с другими группами опыта.

В результате проведенного эксперимента можно сделать следующие выводы.

Верошпирон в гомеопатических разведениях оказывает свое влияние на молочные железы при кистозной мастопатии. Во многих наблюдениях степень регресса по сравнению с контролем достигает достаточно высокого уровня. В некоторых наблюдениях регресс неполный, но под действием гомеопатических разведений верошпирина происходит восстановление эпителия до нормы по сравнению с контрольными группами. Для определения степени регресса кист П.А. Чумаченко разработана программа морфометрии, с помощью которой можно будет более детально уточнить влияние различных разведений гомеопатического верошпирина на молочные железы при кистозной мастопатии.

Ж.А.Свирина, П.А.Чумаченко
ИСТОРИЯ ГОМЕОПАТИИ В ИНДИИ

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Гомеопатия – это метод, который очень хорошо развивается и применяется в Индии при лечении многих хронических заболеваний.

Отцом гомеопатии является немецкий врач, великий ученый – экспериментатор Самуил Ганеман, который написал в 1810 году «Органон врачебного искусства». В этом же году гомеопатия была привезена в Индию, врач гомеопат Джон Мартин Гонеобергер вылечил тяжелую злокачественную язву желудка индийскому Королю Панжаба Ранзит Сих. Король был поражен хорошим эффектом и стал активно внедрять гомеопатию и применять в клиниках при лечении больных. В 1839 году Джон Мартин вылечил королю паралич голосовых связок и отёк гортани, многие врачи

поверили в этот метод и стали учиться на гомеопатов.

В 1861 году на востоке Индии была большая эпидемия малярии, которая была полностью ликвидирована индийскими гомеопатами во главе с первым индийским гомеопатом Баби Ражендра Галл Датта, ни одного смертельного исхода не было, это был очень хороший результат.

В 1885 году был открыт первый гомеопатический институт в Калкуте. С этого года гомеопатия активно развивается в Индии, открываются много школ, госпиталей.

В 1973 году гомеопатия была введена официально в медицину как отдельная специальность, которая лицензируется.

Сейчас в Индии существуют 186 гомеопатических вузов, которые каждый год выпускают около 10000 врачей гомеопатов. В Индию из многих стран мира приезжают врачи разных специальностей учиться гомеопатии.

Принцип гомеопатии – подобное лечится подобным.

Еще Гиппократ, которого мы все хорошо знаем и считаем отцом медицины, однажды написал в своей работе такую фразу, цитируем: «Подобные болезни лечатся подобными вещами, рвота должна лечиться рвотными средствами».

То есть, мы видим, что сам Гиппократ в своей жизни пришел к идее подобия, на чем основана гомеопатия.

Гомеопатические препараты готовятся путем больших разведений лекарственных веществ и сильных встряхиваний растворов, так получают различные потенции препаратов. В самых высоких потенциях материальная молекула лекарственного вещества отсутствует, вот основная причина недоверия современной медицины гомеопатическим препаратам. Многие врачи не могут поверить в гомеопатию, считают её лженаукой, а препараты «пустушками». Но многим гомеопатам абсолютно все равно мнение этих людей, как и индийский народ, им достаточно доказательства в том, как гомеопатия эффективно излечивает и спасает жизнь многим неизлечимым для обычной медицины пациентам.

Но некоторые гениальные ученые-гомеопаты не останавливаются на этом, они стараются вывести гомеопатию на уровень доказательной медицины. Среди них греческий известный гомеопат, наш современник, который учился в Индии на гомеопата – это Джордж Витулкас.

В 1996 году Джордж Витулкас получил альтернативную Нобелевскую премию за создание теории «Новая модель здоровья». Вместе с американской исследовательницей Александрой Делиник, которая по образованию является врачом и физиком, они провели уникальные исследования гомеопатических растворов, неимеющих материального вещества в последствии их многократных разведений, ими было установлено различное сопротивление растворов и разная биорезонансная частота, то есть каждая болезнь имеет свою частоту и сопротивление, если они совпадают с частотой и сопротивлением гомеопатического препарата, то, усиливая по принципу подобия амплитуду, мы способны вылечить пациента от различных заболеваний. Джорджу Витулкасу удалось с помощью гомеопатии вылечить очень многие неизлечимые для обычной медицины заболевания, такие как склеродермия, волчанка, даже рак молочной железы без оперативного вмешательства, хотя он не является противником хирургического метода лечения.

В заключение хочется сказать, что в Индии предпочтение при лечении хронических заболеваний отдается гомеопатии.

Принципы лечения – это системный подход, отсутствие побочных эффектов, естественный способ выздоровления, полное выздоровление и улучшение качества жизни.

Мы очень надеемся, что этот метод, наконец, получит признание во всем мире, как это произошло в Индии много веков назад.

**Ж.А.Свирина, П.А.Чумаченко, С.А.Анисимова,
А.Н.Разумов, И.А.Бокова**

**ВЛИЯНИЕ РЕЗЕРПИНА НА МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ В НОРМАЛЬНЫХ
УСЛОВИЯХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Резерпин – это алкалоид группы раульвольфия, химически является производным индола. По литературным данным резерпин влияет на гипоталамо-гипофизарную систему, способен оказывать маммотропное действие - это послужило поводом для эксперимента, целью которого является – изучить влияние резерпина на процессы маммогенеза в интактных условиях в течение 4 и 8 недель. Объектом исследования являются 29 белых

беспородных девственных самок крыс в возрасте 1 - 3 месяца.

1 группа опыта – введение резерпина в течение 4 недель по 1 мг 1 раз, через день; 2 группа опыта – введение резерпина в течение 8 недель по 1 мг 1 раз, через день; 3 группа – контроль нормы без введения резерпина.

В результате проведенного эксперимента нами были получены следующие данные. Резерпин в интактных условиях влияет на процессы маммогенеза в эксперименте. При введении в течение 4 и 8 недель интактным крысам по сравнению с контролем нормы происходит заметное увеличение количества протоков, протоки формируют конгломераты, некоторые протоки расширяются, в просветах содержится секрет – все это свидетельствует о маммотропном воздействии резерпина на молочные железы в интактных условиях эксперимента. В строме имеется заметное расширение сосудов и реакция околопротоковой стромы с увеличением фиброзной ткани вокруг протоков и преобладание тучных клеток в составе околопротоковой стромы.

Оказывая на молочные железы выраженное маммотропное действие, резерпин может найти свое применение в клинике при лечении различных заболеваний молочной железы, включая состояния гипогалактии, но в дальнейшем необходимо изучить более детально механизмы действия этого препарата, поэтому мы планируем вместе с молочной железой изучить весь эндокринный комплекс. Чтобы исключить токсическое действие резерпина на весь организм из резерпина в дальнейшем будет изготовлен гомеопатический потенцированный препарат, который будет изучен в различных условиях эксперимента.

В.Г.Папков

РЕАКЦИЯ ГИПОТАЛАМУСА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

В осуществлении взаимосвязи ЦНС со всей деятельностью организма большое значение имеет гипоталамус [1], вследствие чего он неизбежно реагирует на все отклонения гомеостаза. Для выяснения морфо-функционального состояния данного отдела ЦНС проведено изучение его структуры при различных заболеваниях, протекающих с поражением сердечно-сосудистой системы.

Изучены крупноклеточные нейросекреторные ядра - супраоптические (СОЯ) и паравентрикулярные (ПВЯ), а также мелкоклеточные ядра - аркуатное (АЯ) и задние (ЗГЯ) ядра гипоталамуса 96 человек, погибших от заболеваний, протекавших с острой либо хронической сердечной недостаточностью. Контрольную группу составили 7 наблюдений, в которых смерть мужчин наступила от различных травм за исключением черепно-мозговой. Для обработки срезов соответствующих отделов гипоталамуса применялись гистологические и гистохимические методики. Оценка функционального состояния ядер проведена путем вычисления среднего объема кариона (СОК) 100 нейронов каждого ядра.

В группе наблюдений с хронической сердечной недостаточностью, на фоне постоянно возникающих дисциркуляторных процессов, появляются морфологические признаки отклонения функционального состояния нейронов. Так, СОК нейронов АЯ снижен у лиц погибших от затяжного септического эндокардита (ЗСЭ) и атеросклеротического диффузного кардиосклероза. У людей, погибших от обострения ревматизма, этот показатель достоверно повышен. В группе лиц, погибших от ХНЗЛ с развитием декомпенсированного «легочного сердца», СОК нейронов АЯ остается практически неизменным. СОК нейронов крупноклеточного СОЯ снижен во всех группах наблюдений за исключением лиц, погибших от ЗСЭ. Со стороны ПВЯ обнаружено возрастание СОК нейронов при обострении ревматизма, при ЗСЭ и ХНЗЛ; снижение этого показателя выявлено при латентном течении ревматизма и атеросклеротическом кардиосклерозе. СОК задних ядер гипоталамуса повышен при всех исследуемых заболеваниях за исключением атеросклеротического диффузного кардиосклероза. В направленности отклонений СОК каждого ядра в пределах одной группы наблюдений так же нет однообразия. Так СОК нейронов АЯ понижается при ЗСЭ, а СОК нейронов ЗГЯ – повышается. Таким образом, СОК нейронов исследуемых ядер меняется неоднозначно при различных заболеваниях, протекающих с одним и тем же синдромом. Следовательно, повышение или понижение СОК нейронов обусловлено особенностями патогенеза этих заболеваний.

Исследованием гипоталамических ядер при заболеваниях, протекающих с острой сердечной недостаточностью, проведенное

совместно с Т.Ю.Барановой (2007) (при остром инфаркте миокарда - ОИМ) и Т.М.Громовой (2007) (при острой коронарной недостаточности - ОКН), выявлено однонаправленное изменение СОК, а именно его повышение со стороны нейронов АЯ - менее значительное у лиц, погибших от ОКН и более выраженное - у лиц, погибших вследствие ОИМ. СОК нейронов СОЯ при ОКН незначительно недостоверно снижен, что позволяет высказаться об отсутствии изменений данного показателя. СОК нейронов ПВЯ незначительно, но достоверно повышен. Возрастание СОК нейронов ПВЯ указывает на повышение активности центров, влияющих на тонус гладкой мускулатуры. СОК нейронов СОЯ - центра, регулирующего водно-минеральный обмен не подвергается существенным изменениям, что свидетельствует, по-видимому, об относительной стабильности этого обмена в период предшествующий приступу ОКН. СОК нейронов ЗГЯ оказался практически одинаковым в этих группах наблюдений, превышая, однако, данный показатель контрольной группы наблюдений. Основываясь на функциональной направленности исследуемых гипоталамических ядер можно интерпретировать полученные результаты следующим образом. Активность центра регулирующего эндокринный статус (АЯ) повышается более значительно при ОИМ, что отражает напряженность эндокринного обмена. Признаки повышенной функциональной активности других исследуемых гипоталамических центров допустимо расценить в качестве показателей напряженного состояния соответствующих звеньев гомеостаза: водно-минерального обмена, тонуса гладкой мускулатуры, иммунной системы. Наибольшее напряжение этих звеньев происходит у лиц страдавших ОИМ, имевших более продолжительный период острой сердечной недостаточности.

Обобщая результаты проведенного исследования гипоталамических крупноклеточных ядер можно отметить наличие значительной их морфофункциональной перестройки при ОКН. Ввиду кратковременности приступа ОКН и наличия признаков длительно существующей перестройки, о чем свидетельствует возрастание СОК нейронов, допустимо предположение, что эти изменения существовали до возникновения приступа.

Расстройство регуляторной функции гипоталамуса оказывает влияние на метаболизм в различных органах, в том числе и в

миокарде, усугубляя его недостаточность. Полученные сведения уточняют некоторые аспекты патогенеза заболеваний, протекающих с сердечной недостаточностью.

Литература

1. Павлов И.П. Проблема сна / И.П.Павлов // Полн. собр.соч. - М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1951. - Т.3, кн.2. - С. 409-427.

С.М.Мордасов, В.Г.Папков, А.В.Сашин

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ПО ДАННЫМ РЯЗАНСКОГО БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Рязанской области»

Смертность от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, с каждым годом становится все более актуальной проблемой и занимает важное место в исследовательской деятельности Бюро судебно-медицинской экспертизы. Изучение различных проявлений болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, представляет большой интерес для органов здравоохранения, помогая выделять приоритетные направления в оказании помощи населению, страдающему данным заболеванием.

Вскрытия трупов лиц, умерших от болезни, вызванной ВИЧ (обозначение дано соответственно классификации МКБ 10) проводится в областном Бюро судебно-медицинской экспертизы согласно распоряжению Управления здравоохранения.

Проведен статистический анализ смертности от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, за 3 года (с 2005 по 2007 гг.). Результаты предпринятого исследования свидетельствуют, что смертность от данного заболевания ежегодно возрастала, как в абсолютных, так и в относительных показателях.

Так смертность от болезни, вызванной ВИЧ составила в 2005 г. – 11 случаев (0,29% от общего количества вскрытий), в 2006 г. – 34 (1,03%), а в 2007 г. – 39 случаев (1,08%). При этом доля смерти от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, по отношению к общему числу аутопсий, составила в 2005 г. – 0,29% (при общем количестве вскрытий - 3610), в 2006 г. – 1,03 % (при общем количестве вскрытий - 3288), в 2007 г. – 1,08 % (при

общем количестве вскрытий - 3757). Наиболее часто больные люди погибали в стационарах.

За анализируемый период отмечалось стойкое, близкое к четырехкратному, преобладание смертности мужчин по сравнению со смертностью женщин. Возраст умерших от болезни, вызванной ВИЧ, колебался от 20 до 50 лет и старше. Полученные данные указывают на значительное преобладание смертности вследствие данного заболевания в возрастной группе от 25 до 29 лет за все годы анализируемого периода. На долю смертности в этой возрастной группе приходится в 2005 г. – 45,5%, в 2006 г. – 32% и в 2007 г. – 61,5%. Смертность в возрастной группе 30-34 года была несколько меньшей. В возрастной группе 50 лет и старше в 2005 г. было 2 случая смерти, в 2006 г. смертности не было, в 2007 г. было 2 случая смерти от болезни, вызванной ВИЧ.

В 2007 г. была диагностирована смерть ребенка, обусловленная внутриутробным инфицированием плода от больной матери.

Применение наркотиков выявлено в анамнезе 36% умерших в 2005 г. у 35% умерших в 2006 г. и у 59% умерших в 2007 г. Следует отметить, что в некоторых наблюдениях при отсутствии достоверных анамнестических данных о прижизненном употреблении наркотиков на трупах присутствовали следы множественных инъекций различной локализации, что, вероятнее всего, может свидетельствовать о наличии наркомании у данных лиц.

Аналізу был подвержен и ещё один признак, обозначенный как стаж инфицирования. По результатам выявления антител к ВИЧ были выделены две группы – «до 5 лет» и «свыше 5 лет». За три года анализируемого периода стойко преобладала смертность у лиц, отнесенных к группе "свыше 5 лет". Так в 2005 и 2006 гг. доля смертности в данной анализируемой группе была одинаковой и составила 60% от общего числа больных, умерших от болезни, вызванной ВИЧ. В 2007 г. смертность лиц с данной продолжительностью заболевания составила 81%.

По проявлениям заболевания картина летальности характеризуется значительным преобладанием болезни с присоединением множественных инфекций (код В 20.7 МКБ 10). Частота этой формы болезни колебалась от 41,5 % до 61,5 %. При этом комбинация возбудителей инфекций была весьма различна, однако преобладало сочетание микобактериального поражения органов с

неспецифической бактериальной флорой, а также сочетание последней с микотическими поражениями.

На втором месте по частоте летальных исходов находится форма, обозначенная в МКБ-10 как болезнь, вызванная ВИЧ с проявлениями микобактериальной инфекции. На долю данной болезни приходится 28,2 % от общего числа умерших в 2007 г. Туберкулезное поражение имело, преимущественно, гематогенно-диссеминированную форму. Смертность от болезни, вызванной ВИЧ с иными проявлениями, составляли меньшую часть в структуре летальности. Другие формы болезни, вызванной ВИЧ, были представлены энцефалопатией, неспецифическими бактериальными инфекциями, вызванными одним видом инфекции, микотическими поражениями органов.

Таким образом, проведенный анализ летальности показывает, что наиболее частой причиной смерти от болезни, вызванной ВИЧ, являются множественные инфекционные поражения различных органов, в том числе поражения туберкулезной этиологии. Болезнь поражает наиболее часто мужское население в возрасте 25-29 лет, имеющих в анамнезе причастность к инъекционному употреблению наркотиков. Продолжительность периода инфицирования, по результатам клинического обнаружения антител, чаще превышает 5 лет.

Т.М.Громова

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Изучение закономерностей формирования атеросклероза, особенно его ранней стадии, является одним из приоритетных направлений не только морфологических дисциплин (патологоанатомической и судебно-медицинской), но и клинических. Острая коронарная недостаточность по сути своей, как наиболее острая форма ИБС, является следствием острого истощения адаптивных ресурсов организма либо по причине действия сверхсильного раздражителя, либо по причине несостоятельности стресс-адаптивных процессов, немаловажную роль в которых играют надпочечники.

Проведено морфологическое исследование надпочечников 26

мужчин 25-49 лет без признаков эндокринных нарушений, смерть которых наступила вследствие острой коронарной недостаточности. Продолжительность жизни от начала приступа острой коронарной недостаточности не превышала нескольких десятков минут. Контрольную группу составили 7 наблюдений, в которых смерть мужчин среднего возраста наступила от различных травм за исключением черепно-мозговой. Вычислен средний объем карiona аденоцитов (СОК) путем измерения этого объема в 100 клетках каждой зоны надпочечников. Наряду с рутинным гистологическим исследованием, острые ишемические повреждения миокарда подтверждалась с помощью окраски по Рего и Селье. Полученные данные обработаны статистически.

В надпочечниках на фоне дисциркуляторных и деструктивных процессов происходит неравномерное изменение показателей функционального состояния различных зон коры и мозгового вещества.

Толщина клубочковой, пучковой зон и мозгового вещества снижена в различной степени (табл. 1). Отмечается достоверное снижение толщины клубочковой зоны и мозгового вещества. Толщина пучковой зоны снижена недостоверно. Толщина сетчатой зоны достоверно повышена. Однако необходимо отметить, что утолщение данной зоны сопровождается повышенным кровенаполнением ее сосудистого русла, что, несомненно, оказывает влияние на данный показатель.

Таблица 1

Толщина различных зон коры надпочечника в мкм ($X \pm m$)

Группа	Клубочковая зона	Пучковая зона	Сетчатая зона	Мозговое Вещество
Контроль (n= 7× 100)	107,64± 0,85	652,3± 6,6	120,48 ±3,3	157,5± 5,84
ОКН (n=6× 100)	84,25± 3,24*	639,98± 7,43	197,63±2,63*	41,93± 3,04*

*Уровень значимости $P < 0,01$

Значительное снижение толщины мозгового вещества позволяет предположить наличие функциональной недостаточности данного отдела надпочечников. Вместе с тем относительно толщины

мозгового вещества следует указать на значительную вариабельность данного показателя в надпочечниках людей.

В силу этого обстоятельства различия в толщине мозгового вещества не могут служить достоверным показателем изменения, обусловленного заболеванием. Кроме того, краткий временной промежуток между началом приступа ОКН и смертельным исходом также противоречит возможности развития атрофических процессов во время течения приступа заболевания.

Вычисление СОК клеток надпочечников, проведенное с целью выяснения степени их функциональной активности, дало следующие результаты (табл. 2). Данный показатель оказался достоверно повышенным во всех отделах надпочечника по сравнению с контрольной группой.

Таблица 2

Средний объем кариона клеток надпочечника в куб. мкм ($X \pm m$)

Группа наблюдений	Клубочковая зона	Пучковая зона	Сетчатая зона	Мозговое вещество
Контроль (n=7 ×100)	61,8± 0,12	80,9± 0,28	73,8± 0,5	109,2± 0,4
ОКН (n= 6× 100)	74,06±1,94*	103,88±0,34*	89,28±1,23*	141,07 ±4,09*

*Уровень значимости $P < 0,01$

Таким образом, во всех зонах коры надпочечников и в мозговом веществе СОК секреторных клеток оказался достоверно повышенным по сравнению с аналогичным показателем, обнаруженным в контрольной группе наблюдений. Обращает на себя внимание сочетание уменьшения толщины клубочковой и пучковой зон с возрастанием СОК их клеток.

ОКН возникает на фоне усиления функционального состояния пучковой и, особенно, сетчатой зон коры надпочечников. Возрастание объема клеточных ядер свидетельствует о повышении функционального состояния аденоцитов и носит стойкий характер, т.е. существует до развития приступа ОКН.

При ОКН происходит не только быстрое (аварийное) усиление функционального уровня пучковой и сетчатой зон коры, но и

имеются морфологические признаки более продолжительного функционирования железы на повышенном уровне.

Т.М.Громова

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА ГИПОФИЗА
ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ**

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

По данным центрального отдела Бюро СМЭ за последние пять лет внезапная сердечная смерть составляет 48-52% случаев ненасильственной смерти (взяты случаи только острой коронарной патологии). Необходимо отметить, что возрастной пик смертности у мужчин приходится на 55-75 лет. Причем основную массу составляют мужчины трудоспособного и раннего пенсионного возраста. Соотношение острой коронарной патологии у мужчин и женщин в разные возрастные промежутки отличаются. Мужчины в 4 раза чаще умирают внезапно в возрасте до 65 лет, в возрасте 65-75 лет лишь в 2 раза, а старше 75 лет число случаев смерти женщин превалирует более чем в 1,5 раза.

Эта ведущая патология влечет за собой отклонение от нормального функционирования различных органов и систем, а порой и сама является их следствием. Поэтому для нас большой интерес представляет изучение функциональной морфологии гипофиза как одного из регулирующих звеньев.

Задачей настоящего исследования стало выяснение характера морфофункциональной перестройки аденогипофиза с уточнением функционального состояния трофоцитов.

Исследован гипофиз 26 мужчин в возрасте 25-49 лет, погибших вследствие острой коронарной недостаточности. Смерть людей наступила внезапно в бытовой обстановке. Контрольную группу составили 7 наблюдений, в которых смерть мужчин среднего возраста наступила от различных острых травм, за исключением черепно-мозговой. Парафиновые срезы обрабатывались гематоксилином и эозином. Для выявления уровня функционального состояния железы была проведена кариометрия клеток гипофиза с вычислением среднего объема кариона (СОК). С этой целью определили объем кариона в 100 нейронах каждого типа в аденогипофизе. Морфометрическое изучение органов мужчин проведено лишь в тех случаях, где морфограмма приближалась к

«идеальному» типу (по Декуру-Думику), то есть не было выявлено каких-либо эндокринных нарушений. С помощью методики окраски ШИК-реакции в сочетании с альдегид-тионином, а также электронно-микроскопическим исследованием, появилась возможность достоверно определить различные типы тироцитов (по структуре, размерам и локализации секреторных гранул).

В аденогипофизе вычислено процентное соотношение базофильных, эозинофильных и хромофобных клеток. Наряду с общепринятыми гистохимическими методами, острые ишемические повреждения миокарда были подтверждены окрасками по Рего и Селье. Полученные данные обработаны статистически. В различных отделах гипофиза возникают умеренные нарушения гемодинамики. Сосуды этих отделов полнокровны, с явлением эритростаза, сладж-феномена, отмишивания эритроцитов. В капсуле, иногда, обнаруживаются маленькие кровоизлияния с незначительной деформацией эритроцитов и единичными лейкоцитами. В нейрогипофизе обнаружено значительное количество телец Геринга, что указывает на задержку его поступления из аксонов в капилляры. Обнаружено уменьшение числа базофильных и незначительно эозинофильных тироцитов. Количество хромофобных клеток увеличено (табл. 1).

Таблица 1

Процентное соотношение клеток аденогипофиза ($\bar{X} \pm m$)

Наименование клеток	базофильные тироциты	эозинофильные тироциты	хромофобные клетки
Контроль (n=7×100)	18 ±0,3	38 ± 0,4	44 ±0,4
ОКН (n=6×100)	15,56± 0,33*	36,01± 0,18*	48,27 ±0,69*

Уровень значимости $P < 0,01$

Достоверно уменьшается СОК базофилов и хромофобов, СОК эозинофилов остается практически без изменений (табл. 2).

Эти данные указывают на наличие тенденции к возрастанию функционального уровня оставшихся эозинофильных клеток, вырабатывающих соматотропный гормон, и на снижение уровня функционального состояния базофилов, а также и хромофобных клеток. Выявленные отклонения в соотношении клеток можно расценить в качестве показателя быстрого, «аварийного» выброса ре-

зерва тропных гормонов базофильными и в меньшей степени эозинофильными клетками с превращением их в хромофобные клетки.

Таблица 2

Средний объем карiona клеток аденогипофиза в мкм^3 ($X \pm m$)

Наименование клеток	Базофильные тироциты	Эозинофильные тироциты	Хромофобные клетки
Контрольная группа (n=7×100)	81,3± 0,93	59,8± 0,65	112,3± 2,01
ОКН (n=6×100)	74,9± 0,49*	59,25 ±0,26	91,61± 0,59*

*Уровень значимости $P < 0,01$

Последующей активизации секреторной деятельности базофилов не происходит, о чем свидетельствует сниженный средний объем карiona. В связи с этим, допустимо высказаться о кратковременном усилении, особенно кортикотропной деятельности аденогипофиза (табл. 3), сменяющимся ослаблением его регулирующего воздействия на соответствующие периферические железы, что снижает роль гипофиза в формировании адаптационного синдрома.

Таблица 3

Процентное соотношение различных типов базофильных тироцитов ($X \pm m$)

наименование	ϵ -базофилы (кортикотропы)	β -базофилы (гонадотропы)	δ -базофилы (тиреотропы)
Контроль (n=7×100)	72 ±3,06	18 ±2,67	9 ±2,53
ОКН (n=6 ×100)	70,7± 0,19*	20,8± 0,13*	8,5 ±0,08*

Примечание. Уровень значимости $P < 0,05$.

Изменение морфофункционального состояния гипофиза представляет собой патогенетическую перестройку данного отдела ЦНС при ОКН, складывающаяся из дисциркуляторных и деструктивных процессов, сопровождающихся изменениями процентного

соотношения тромбоцитов и показателей их функционального состояния. Данная перестройка характерна для острой коронарной недостаточности и составляет часть патогенеза заболевания.

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОКРИННОЙ
СИСТЕМЫ, ОРГАНОВ ГРУДНОЙ, БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ
И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

П.Г.Швальб, Р.Е.Калинин

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРО- И
АНТИОКСИДАНТНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ
АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии

Нарушение равновесия про- и антиоксидантных систем является одним из универсальных патологических механизмов. В патогенезе облитерирующего атеросклероза и развитии различных послеоперационных осложнений, в частности рестеноза зоны реконструкции, роль нарушения равновесия данных систем очевидна.

Исследования проводили в следующих группах больных:

1. Контрольная – консервативное лечение IIa стадия заболевания (первая группа) – 80 пациентов.
2. Реконструктивные операции на артериях нижних конечностей (вторая группа) – 150 пациентов со IIb-IV стадиями заболевания.
3. Операции непрямой реваскуляризации (третья группа) – 80 пациентов со IIb-IV стадиями заболевания.
4. Эндоваскулярные вмешательства (четвёртая группа) – 100 пациентов со IIb-IV стадиями заболевания.

Между группами не было существенных различий за исключением вида применённого оперативного пособия, что устанавливалось в соответствии с общепринятыми в сосудистой хирургии критериями.

Стандартными биохимическими методами в крови больных до и после операции, а в контрольной группе однократно определяли активность ключевых ферментов антиоксидантной системы –

супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КАТ), а также уровень малонового диальдегида (МДА), характеризующего общую активность перекисного окисления. С целью интегральной оценки про- и антиоксидантного статуса во всех группах рассчитан индекс свободнорадикального окисления (ИСРО) по формуле:

$$\text{ИСРО} = \frac{\text{активность СОД} \times \text{активность КАТ}}{\text{концентрация МДА}}$$

ИСРО – интегральный показатель, свидетельствующий о степени нарушений взаимоотношений процессов ПОЛ и активности ферментов АОС. Расчёт показателя аргументирует лекарственную коррекцию равновесия назначением прооксидантов или антиоксидантов по показаниям.

Для здоровых доноров ИСРО=916,86.

В контрольной группе пациентов ИСРО_{контроль}=511,30, что свидетельствует о напряжении АОС и активации процессов ПОЛ.

Во второй группе (реконструктивная операция):

ИСРО до операции=611,36

ИСРО на 5-ый день после операции=497,84

ИСРО через 30 дней после операции=541,57

ИСРО через 6 месяцев после операции=748,10

Прослеживается тенденция активации процессов ПОЛ после операции, снижение антиоксидантной защиты с постепенной компенсацией функции АОС и возвращение статуса ПОЛ-АОС к дооперационному уровню более чем через один месяц после операции.

В третьей группе (операция непрямой реваскуляризации) получены следующие результаты

ИСРО до операции=523,73

ИСРО после операции=593,03

Прослеживается обратная тенденция в сравнении с группой пациентов, оперированных при помощи прямых реконструктивных операций: уровень ИСРО увеличивается непосредственно после операции, что является положительным фактором.

В группе эндоваскулярных вмешательств (группа №4) получены следующие результаты:

ИСРО до операции=631,18

ИСРО после операции=596,43

Тенденция сходна с группой реконструктивных вмешательств, однако падение индекса не столь существенно, как во второй группе. Очевидно присутствие общеорганизменного компонента повышения активности ПОЛ после открытой операции в первой группе пациентов, собственно «эндотелиальная» составляющая ИСРО, по-видимому, представлена в третьей группе. Таким образом, с позиции влияния на систему ПОЛ-АОС эндоваскулярные вмешательства обладают меньшим отрицательным воздействием.

Выводы:

1. Хирургическое лечение пациентов страдающих облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей оказывает существенное влияние на состояние про- и антиоксидантных систем.

2. Обнаружены существенные различия изменения ИСРО при различных методах оперативного лечения.

3. Несмотря на хирургическую миниинвазивность, эндоваскулярное лечение оказывает значительное влияние на изучаемые явления, что необходимо учитывать с целью возможной коррекции в послеоперационном периоде.

Н.М.Епишин, Д.А.Соколова

**ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РАНЕВЫХ
ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ**

Кафедра общей хирургии

Профилактика раневых осложнений остается одной из центральных проблем ургентной хирургии. Количество гнойных осложнений послеоперационных ран в последние годы не имеет тенденции к снижению. Это объясняется особенностями современной хирургической инфекции. Одной из серьезных причин является качественная перестройка видового состава возбудителей раневой инфекции. Растущая резистентность микроорганизмов к большинству лекарственных препаратов, развитие антибиотикоустойчивости и распространение полирезистентных форм особенно коснулось возбудителей гнойной хирургической

инфекции. Серьезной причиной является и изменение реактивности организма: угнетение факторов защиты – неспецифических и специфических реакций иммунитета, что привело к резкому увеличению числа особенно тяжело протекающих осложнений, вызываемых условно – патогенной флорой. Резко возросла опасность внутрибольничной инфекции, лечение и профилактика которой, в настоящее время, является одной из острейших проблем.

Из всех послеоперационных осложнений, с которыми сталкивается хирург, самым частым является нагноение раны после аппендэктомии, составляющее по данным различных авторов от 5 до 18,5%. Гнойно-воспалительные осложнения послеоперационного периода ухудшают результаты оперативного лечения, удлиняют сроки пребывания больного в стационаре, увеличивают сроки временной нетрудоспособности, требуя дополнительных материальных затрат.

Социальная значимость проблемы острого аппендицита определяется его большой распространенностью, причем главным образом среди населения трудоспособного возраста. Ежегодно 1 из 200 – 300 человек взрослого населения заболевает острым аппендицитом. Пик заболеваемости приходится на возраст 15 – 20 лет, женщинам аппендэктомия производится в 2-3 раза чаще.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности антибактериальной монотерапии в профилактике гнойно-воспалительных раневых осложнений у больных после аппендэктомии.

Исследуемую группу составили 408 больных, оперированных только по поводу флегмонозного аппендицита, что составило 72,7% от общего числа больных. Диагноз во всех случаях подтвержден морфологически. Контрольную группу составили 251 больных, которые в послеоперационном периоде не получали антибактериальные препараты. Первую группу сравнения составили 47 больных. В этой группе с целью профилактики нагноения ран применялись полусинтетические пенициллины (ампиокс, ампициллин по 0,5 г 4 раза в сутки внутримышечно в течение 3 дней). Второй группе (17 больных) назначались аминогликозиды (гентамицин по 80 мг 3 раза в сутки внутримышечно в течение 3 дней). Третья группа: (56 больных) получала трихопол по 0,25 г 3 раза в сутки, также в течение 3 дней. Четвертой группе (37 больных) во время операции перед зашиванием раны, последняя

орошалась 0,5–1% раствором диоксида в количестве 5,0 – 10,0, после чего рана ушивалась наглухо.

Результаты исследований: в контрольной группе больных (антибиотикопрфилактика не применялась) процент осложнений составил 8,8%, в первой группе (использовались полусинтетические пенициллины) и во второй группе (назначались аминогликозиды) – 8,6% и 11,8%, соответственно, в третьей группе (применялся трихопол) – 7,1%. В четвертой группе (рана орошалась раствором диоксида)- нагноений не было.

Таким образом, применение антибиотиков и трихопола не оказывает существенного влияния на частоту нагноения ран после аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита, тогда как орошение раны перед наложением швов 0,5–1% раствором диоксида в количестве 5,0 – 10,0 – является эффективным способом профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений.

А.В.Федосеев, Д.В.Карапыш

РОЛЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ
ТЕЧЕНИЯ, ЧАСТОТЫ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНОСТИ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра общей хирургии

МУЗ «Тульская городская больница скорой медицинской помощи»

Проблема острого панкреатита является одной из актуальнейших в экстренной хирургии. Описано около 140 причин развития острого панкреатита, основной из которых являются различные заболевания желчных внепеченочных путей: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, стеноз, спазм, отек или воспаление большого дуоденального (фатерова) соска, дискинезия желчных путей и другие заболевания, вызывающие нарушение оттока панкреатического секрета и развитие внутрипротоковой гипертензии. Второй по частоте причиной развития острого панкреатита является алкоголизм и употребление суррогатов алкоголя, приводящее к токсическому повреждению поджелудочной железы, нарушению функции печени, извращению синтеза ферментов. Все остальные причины заболевания не столь часто встречаются и занимают промежуточное положение в этиопатогенезе острого панкреатита. В то же время по литературным данным примерно у

20% больных не удаётся установить этиологию заболевания.

Целью нашего исследования было выявление влияния этиологического фактора заболевания на частоту развития тяжелых - деструктивных форм острого панкреатита, гнойных осложнений и летальности. С этой целью нами ретроспективно, методом случайной выборки из 1846 историй болезни больных острым панкреатитом, были отобраны 681 история болезни, - это группа исследования.

Возрастной интервал в отобранной группе больных находился в интервале от 17 лет (минимальный) до 92 лет (максимальный), средний возраст составил 46 ± 2 лет. Количественное соотношение мужчины 411 и женщины 270, составляет 2:1. При этом наибольшее количество больных в мужской группе отмечено в возрастном интервале: 22-39 лет 180 человек и 40-60 лет 153 человек, это соответствует активному трудовому возрасту мужского населения, в возрасте более 60 лет, идет спад заболеваемости 58 человек. В женской группе больных острым панкреатитом наибольшая заболеваемость отмечена в возрасте более 60 лет - 140 человек.

Среди мужского населения преобладает алкогольная форма острого панкреатита (219) $32,16 \pm 1,79\%$, панкреатит на фоне ЖКБ присущ женской части выборки по острому панкреатиту (165) $24,23 \pm 1,64\%$.

При анализе клинического материала обнаружено, что острый панкреатит различной этиологии характеризуется различным удельным весом тяжелых форм, частотой гнойных осложнений и летальностью (табл. 1).

Представляется важным и интересным анализ частоты и клинических проявлений острого панкреатита в зависимости от преобладания этиологического фактора.

Наиболее частым вариантом является алкогольный и билиарный панкреатиты, меньшую частоту наблюдений имеют формы, такие как гастрогенный, посттравматический, токсический, ангиогенный панкреатиты.

Анализ этиологии острого панкреатита по критерию «частота» позволяет выделить: высокую (более 20%) частоту наблюдений, это алкогольный и билиарный панкреатиты; среднюю (18,5%) частоту, это алиментарный панкреатит; низкую (0,15-1,76%) частоту

наблюдений, это гастрогенный, посттравматический, токсический, ангиогенный. В $11,45 \pm 1,22\%$ случаев определить этиологию не представлялось возможным, это криптогенные панкреатиты.

Частота этиологических форм острого панкреатита

	В целом			При ОДП			ГСО при ОДП			Летальность при ОДП		
	абс	Р%	m±	абс	Р%	m±	абс	Р%	m±	абс	Р%	m±
Билиарный	206	30,25	1,76	60	19,29	2,24	6	14,29	5,40	9	18,00	5,43
Алиментарный	126	18,50	1,49	56	18,01	2,18	6	14,29	5,40	6	12,00	4,60
Алкогольный	248	36,42	1,84	137	44,05	2,82	17	40,48	7,57	18	36,00	6,79
Токсический	1	0,15	0,15	1	0,32	0,32	0	0	0,00	0	0	0,00
Гастрогенный	6	0,88	0,36	2	0,64	0,45	0	0	0,00	1	2,00	1,98
Ангиогенный	12	1,76	0,50	9	2,89	0,95	1	2,38	2,35	3	6,00	3,36
Посттравматический	4	0,59	0,29	1	0,32	0,32	0	0	0,00	1	2,00	1,98
Криптогенный	78	11,45	1,22	45	14,47	1,99	12	28,57	6,97	12	24,00	6,04
Всего:	681			311			42			50		

Как оказалось, этиологический фактор в определенной степени обуславливает развитие деструктивных форм заболевания. Высокий удельный вес их, характерен для алкогольного панкреатита. На среднем уровне частота тяжелого течения острого алиментарного и билиарного панкреатитов. Менее характерно развитие тяжелых форм для токсического, гастрогенного, посттравматического и ангиогенного панкреатитов.

По критерию «удельный вес тяжелого панкреатита - ОДП» можно выделить следующие подгруппы: высокий (более 40%) удельный вес, это алкогольный панкреатит; средний (18,01-19,26%), это алиментарный и билиарный панкреатиты; низкий (0,32-2,89%), это токсический, гастрогенный, посттравматический и ангиогенный панкреатиты. Частота гнойных осложнений также неодинакова для различных этиологических форм. Высока она при алкогольном панкреатите. Средний уровень частоты развития гнойных осложнений у больных с билиарным и алиментарным панкреатитом. Еще реже они обнаруживались у больных с острым панкреатитом причинами в развитии, которого были ангиогенный фактор.

По частоте гнойных осложнений выделяются следующие подгруппы: высокая (более 40%) частота гнойных осложнений в подгруппе: алкогольного панкреатита; средняя (14,29%) частота, это билиарный, алиментарный панкреатиты; низкая (2,38%) частота, это ангиогенный;

В подгруппе токсического, гастрогенного и посттравматического панкреатитов гнойных осложнений нами не наблюдалось.

Различные этиологические варианты ОДП сопровождаются различным уровнем летальности. По критерию «летальность» можно выделить: высокая (более 30%) частота летальных исходов, наблюдалась в подгруппе алкогольного панкреатита; средняя (12-18%) частота, в подгруппе алиментарного и билиарного панкреатитов; низкая (2-6%) частота, в подгруппе посттравматического и ангиогенного ОДП.

Следует отметить, что некоторые этиологические модификации, а именно алкогольный и билиарный панкреатиты, стабильно занимают места высоких значений показателей: «удельный вес тяжелого панкреатита», «частота гнойных осложнений» и летальность. Остальные этиологические модификации по «удель-

ному весу тяжелого панкреатита», «частоте гнойных осложнений» и летальности занимают промежуточное положение.

Алкогольный панкреатит реализуется в основном при выраженной панкреатической гиперсекреции и повышении вязкости панкреатического секрета, вызванных прямым воздействием этанола. Для алкогольного панкреатита характерен геморрагический компонент. Преимущественно поражается тело и хвост поджелудочной железы. Гнойные осложнения при этой этиологической форме острого панкреатита часто локализуются слева – левосторонний паранефрит, параколит. Острый панкреатит алкогольной этиологии часто принимает рецидивный характер, а рецидивы протекают относительно благоприятно.

Билиарный панкреатит в подавляющем большинстве случаев связан с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. В отличие от алкогольного, при билиарном панкреатите чаще поражается головка поджелудочной железы.

Гнойные очаги чаще локализуются справа, поражая как забрюшинную клетчатку, так и, в одинаковой степени часто, располагаясь внутрибрюшинно в виде подпеченочных, поддиафрагмальных и межкишечных абсцессов. При этом справа гнойные очаги, как правило, имеют ограниченный характер, в то время как слева они не склонны к ограничению. Это обстоятельство можно связать анатомической асимметрией левых и правых отделов забрюшинного пространства. Слева нет надежных барьеров для распространения гноя, справа же таковым является двенадцатиперстная кишка.

Таким образом, этиология острого панкреатита во многом определяет клиническое течение заболевания и прогноз. Наиболее высокая частота заболевания определяется в группе алкогольного ($36,42 \pm 1,84\%$) и билиарного панкреатита ($30,25 \pm 1,76\%$), при этом частота тяжелых форм острого панкреатита ($44,05 \pm 2,82\%$) и процент гнойных осложнений ($40,48 \pm 7,57\%$) наибольший в группе панкреатитов, в основе которых лежит алкогольный фактор заболевания. Это закономерно ведет к увеличению летальности, причина которой во многом детерминирована частотой гнойных осложнений.

Тяжелое течение острого алкогольного панкреатита и высокая

летальность во многом обусловлена геморрагическим характером поражения ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, а также отсутствием надежных барьеров для распространения гноя.

А.В.Федосеев, Д.В.Карapyш, Л.Л.Петушков
СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА
В ПОДХОДЕ К ВОПРОСУ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА
АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ
Кафедра общей хирургии

МУЗ «Тульская городская больница скорой медицинской помощи»

Тяжелая форма острого панкреатита, как правило, проходит две фазы. Первые две недели после начала заболевания патологический процесс характеризуется признаками синдрома системного воспалительного ответа (SIRS) проявляясь так называемым панкреатическим инфильтратом и резорбтивной лихорадкой. В дальнейшем «SIRS-индуцированное» поражение кишечника приобретает более самостоятельное значение, приводя к повышению проницаемости кишечной стенки и транслокации микрофлоры с инфицированием очагов некроза поджелудочной железе и брюшинной клетчатки, что обусловлено высоким процентом летальности 40-80%.

В рамках оптимизации схемы антибиотикопрофилактики (АПТ) гнойно-септических осложнений (ГСО) панкреонекроза и решении вопроса времени начала АПТ, нами разрабатывался принцип парентеральной антибиотикотерапии по факту возникновения «SIRS реакции». Данный подход обусловлен неразрывностью связи панкреонекроза, SIRS реакции и органной дисфункции, и тем фактом, что SIRS реакция предшествует инфицированию очагов некроза поджелудочной железы (ПЖ) и парапанкреатической клетчатки (ППК).

С этой целью проведен сравнительный анализ тяжести состояния больных с «SIRS позитивной» и «SIRS негативной» реакцией, частоты ГСО панкреонекроза и летальности. Для сравнения использовались: прогностические шкалы В.А. Юдина (1992), В.Б. Краснорогова (2003), результаты (УЗИ, лапароскопии, интраоперационные данные). Всего было исследовано 244 больных пан-

креонекрозом, из них 204 пациента с «SIRS позитивной реакцией» и 40 пациентов с «SIRS негативной реакцией». Группы исследования относительно однородны. Как показал анализ в группе больных с «SIRS позитивной реакцией» отмечено преобладание показателей тяжести деструктивных изменения ПЖ и ППК. Так по данным «УЗИ+лапароскопия+ операция» в группе «SIRS позитивных» больных $4,47 \pm 0,19$ баллов, в группе «SIRS негативных» больных $2,79 \pm 0,18$ баллов, выявленные различия достоверны $p < 0,05$. (табл. 1)

Таблица 1

Характеристика групп больных панкреонекрозом с «SIRS позитивной» и «SIRS негативной» реакцией

	SIRS+		SIRS-		
	М	m±	М	m±	t
УЗИ (баллы)	3,64*	0,12	2,79*	0,18	3,95
УЗИ+лапароскопия+операция (баллы)	4,47*	0,19	2,79*	0,18	6,46
Возраст больных	44,61	1,12	49,10	2,78	1,50
Время от заболевания	52,25	5,05	58,00	11,95	0,44
Длительность госпитализации выживших больных	30,06*	1,48	19,43*	3,07	3,12
ОСТ по Юдину	45,49*	0,91	36,25*	1,45	5,39
ОСТ по Краснорогову	2,78*	0,10	1,86*	0,16	4,81
N количество больных	204		40		

Примечание: * - $p < 0,05$.

Что без сомнения сказывается на тяжести заболевания, количестве ГСО и летальности больных. Немаловажен и тот факт, что в группе «SIRS негативных» больных нами не отмечено гнойных осложнений, следовательно, и летальности от ГСО.

В то время как в группе «SIRS позитивных» больных регистрировались и ГСО $15,20 \pm 2,51\%$ и летальность от ГСО $6,86 \pm 1,77\%$ (табл. 2). При этом летальность от ГСО составила $77,78 \pm 9,8\%$ от общей летальности в группе «SIRS позитивных» больных.

Более благоприятное течение некротического панкреатита в группе больных с «SIRS негативной» реакцией может быть объяснено преобладанием в анамнезе ранее перенесенных приступов острого панкреатита $42,50 \pm 7,82\%$, в отличие от больных «SIRS положительной» реакцией, где хронический панкреатит отмечен в $29,9 \pm 3,21\%$ случаев. Данный факт подтверждается материалами литературы.

Таблица 2

Характеристика «SIRS позитивных» больных по ГСО
и летальности

	SIRS+		
	абс	P%	m±
ГСО	31	15,20	2,51
Летальность от ГСО	14	6,86	1,77
Летальность от НГСО	4	1,96	0,97
Летальность общая	18	8,82	1,99
N больных	204/100%		

Время появления «SIRS реакции» в среднем нами отмечено на $3,68 \pm 0,42$ сутки от заболевания, что служило поводом начала парентеральной антибиотикопрофилактики препаратами широкого спектра действия с бактерицидной активностью в отношении возбудителей панкреатогенной инфекции, с хорошей проникающей способностью в ткани ПЖ и очаги некротического поражения (ЦП III, IV поколения). Тем самым, в сочетании с методами СДК (фторхинолоны) создается адекватный барьер микрофлоре мигрирующей из просвета кишечника.

Таким образом, принцип начала предупредительной парентеральной антибиотикотерапии в основной группе по факту возникновения «SIRS реакции», можно считать обоснованным в виду: асептичности реакции, которая предшествуют инфицированию очагов панкреонекроза, тяжести и масштабу поражения ткани ПЖ и ППК, количеству регистрируемых гнойных осложнений и летальности от ГСО панкреонекроза в группе «SIRS позитивных» больных.

Е.В.Пимахина, В.Я.Орлов

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВВОДНОГО НАРКОЗА БРИЕТАЛОМ ПО АВТОРСКОЙ МЕТОДИКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Кафедра факультетской хирургии с курсами анестезиологии и реаниматологии

Нами обработаны показатели, полученные при проведении наркозов 17 больным с исходным систолическим артериальным давлением (Аде) 140 мм рт. ст. и менее и 7 больным с исходным систолическим артериальным давлением 145 мм рт. ст. и более. Среднее Аде в первой группе составило $133 \pm 2,32$ мм рт. ст., во второй группе $160 \pm 2,81$ мм рт. ст. [1, 2].

Наряду с общеклиническими данными у больных, оперированных по поводу заболеваний брюшной полости, изучали состояние центральной гемодинамики (реография по Кубичеку-Пушкарю) и рассчитывали потребность миокарда в кислороде (ПМ02), ударный объем (УО), минутный объем крови (МОК), работу левого желудочка (РЛЖ), общее периферическое сопротивление сосудов (ОИСС), ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ).

На операционном столе после стандартной премедикации атропином 0,015 мг\кг, промедолом 0,3 мг\кг и димедролом 0,3 мг\кг у больных первой группы (ср. возраст $40,1 \pm 1,3$ года) ЧСС составила 108 в мин, диастолическое артериальное давление (Адд) 85,7 мм рт. ст., расход энергии (РЭ) 14,0 Вт\л, ПМ02 14298 у. е., ударный объем (УО) 51 мл, минутный объем крови (МОК) 5,23 л\мин, работа левого желудочка (РЛЖ) 7,44 кгм\м², общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) 1763 дин. с. сек-5, ударный индекс (УИ) 27,7 мл\м², сердечный индекс (СИ) 2,87 л\мин м².

У больных второй группы (ср. возраст $57,6 \pm 3,2$ года) после такой же премедикации ЧСС составила 98 в мин. Адд 98 мм рт. ст., расход энергии (РЭ) 16,7 Вт\л, ПМ02 15963 у.е., ударный объем (УО) 49,7 мл, минутный объем крови (МОК) 4,73 л\мин, работа левого желудочка (РЛЖ) 7,98 кгм\м², общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) 2316,4 дин. с. сек-5, ударный индекс (УИ) 25,4 мл\м², сердечный индекс (СИ) 2,43 л\мин м².

Вводный наркоз проводили бриеталом по авторской методике. После прекураризации ардуаном (0,014 мг\кг) больным внутривенно в течение 1 мин вводили 1% раствор бриетала в изотоническом растворе натрия-хлорида в дозе $1,36 \pm 0,08$ мг\кг (1-1,5 мг/кг). У всех больных уровень анестезии был достаточный. Затем внутривенно 2 мг\кг (но не более 140 мг) сукцинилхолина, проводили гипервентиляцию легких кислородно-воздушной смесью аппаратом РО-6-05-АН. Для предупреждения и уменьшения гипертензивной нагрузки во время интубации мы применили методику введения дополнительной дозы бриетала. После введения деполяризирующего миорелаксанта, перед этапом интубации, вводили дополнительное количество бриетала в дозе 0,45 мг/кг, что на 70 кг массы тела составляет 32 мг. В зависимости от исходного состояния и массы тела больного дополнительную дозу можно изменять от 30 до 35 мг. Затем интубировали трахею однопросветной эндотрахеальной трубкой. Для поддержания наркоза применяли кетамин (калипсол) и фентанил. У всех больных развивался достаточный уровень анестезии. Миорелаксацию поддерживали ардуаном.

При введении дополнительной дозы бриетала получено достоверное улучшение изучаемых показателей гемодинамики на этапе интубации в обеих группах больных: АДс достоверно ($P < 0.05$) уменьшилось на 7,4% в 1 группе и на 19,5% во 2 группе по сравнению с исходным этапом, АДд уменьшилось на 8,7% и на 11,1% соответственно, АДср уменьшилось на 8% и на 15,7%. АДп уменьшилось на 2,3% и на 3%, РЭ уменьшился на 1% и на 15,7%, ПМ02 увеличилось на 14,2% в 1 группе и уменьшилось на 5,2% во 2 группе, ОПСС имело тенденцию к увеличению в 1 группе и уменьшилось на 3,4% во 2 группе, РЛЖ уменьшилось на 19% и на 29% соответственно. Динамика изучаемых показателей кровообращения на фоне введения бриетала по авторской методике, интубации трахеи, ИВЛ и экстубации в обеих группах в целом характеризовалась стабилизацией гемодинамических реакции, однако более выражена последняя во 2 группе, где большее значение исходного Аде. Наибольшее уменьшение величины Аде наблюдали при больших его значениях на начальном этапе исследования.

Наибольшие относительные изменения центральной и периферической гемодинамики отмечались во 2 группе, наиболее значительные изменения касались РЛЖ, ПМ02, ОПСС.

Таким образом, анализируя влияние введения бриетала по авторской методике, интубации, экстубации в зависимости от исходного Аде следует подчеркнуть, что наибольшие относительные изменения (уменьшение) Аде были у больных во 2 группе, такой же характер зависимости носили другие изучаемые показатели, т. е. при больших исходных значениях относительные изменения были наибольшими. Результаты исследования изменений показателей центральной и периферической гемодинамики при проведении вводного наркоза бриеталом по авторской методике свидетельствуют о том, что данная методика, обеспечивает более стабильные показатели гемодинамики.

Литература.

1. Дарбинян Т.М. Премедикация, наркоз и дыхание / Т.М. Дарбинян, А.Л.Тверской, И.Г.Натансон. - М.: Медицина, 1973. - 375 с.
2. Компьютерный анализ влияния различных вариантов вводного наркоза на центральную гемодинамику / А.А.Бунятян [и др.] // Вестник АМН СССР. - 1981. - №8. - С. 3-40.

Е.В.Пимахина, В.Я.Орлов

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВВОДНОГО НАРКОЗА БРИЕТАЛОМ ПО АВТОРСКОЙ МЕТОДИКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОЙ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Кафедра факультетской хирургии с курсами анестезиологии и реаниматологии

Нами обработаны показатели, полученные при проведении наркозов 12 взрослым больным с исходной частотой сердечных сокращений (ЧСС) до 100 в мин и 16 больным с исходной ЧСС 101 в мин и больше. При однотипной премедикации средняя ЧСС у больных в первой группе составила на операционном столе $84,2 \pm 5,13$, во второй группе $122,7 \pm 6,9$ мин.

Наряду с общеклиническими данными у больных, оперированных по поводу заболеваний брюшной полости, изучали состояние центральной гемодинамики (реография по Кубичеку-Пушкарю) и рассчитывали потребность миокарда в кислороде (ПМ02), ударный объем (УО), минутный объем крови (МОК), работу левого желудочка (РЛЖ), общее периферическое сопротивление сосудов

(ОПСС), ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ) [1, 2].

На операционном столе после стандартной премедикации атропином, промедолом и димедролом у больных первой группы (ср. возраст $49,3 \pm 3,2$ года) ЧСС составила 84 мин, систолическое артериальное давление (АДс) 144 мм рт. ст., диастолическое (АДд) 88 мм рт. ст., расход энергии (РЭ) $14,9 \text{ Вт}\cdot\text{л}$, ПМ02 12155 у. е., ударный объем (УО) 59,5 мл, минутный объем крови (МОК) $4,92 \text{ л}\cdot\text{мин}$, работа левого желудочка (РЛЖ) $7,4 \text{ кгм}\cdot\text{м}^2$, общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) 2042 дин. с. сек-5.

У больных второй группы (ср. возраст $44,5 \pm 3,5$ года) после такой же премедикации атропином, промедолом и димедролом ЧСС составила 123 в мин, АДс 140 мм рт. ст., АДд 90 мм рт. ст., расход энергии (РЭ) $14,8 \text{ Вт}\cdot\text{л}$, ПМ02 17129 у. е., ударный объем (УО) 38,7 мл, минутный объем крови (МОК) $4,81 \text{ л}\cdot\text{мин}$, Работа левого желудочка (РЛЖ) $7,16 \text{ кгм}\cdot\text{м}^2$, общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) 2060 дин. с. сек-5.

Вводный наркоз проводили бриеталом по авторской методике. После прекураризации ардуаном ($0,014 \text{ мг}\cdot\text{кг}$) больным внутривенно в течение 1 мин вводили 1% раствор бриетала в изотоническом растворе натрия-хлорида в дозе $1,36 \pm 0,08 \text{ мг}\cdot\text{кг}$ ($1-1,5 \text{ мг}\cdot\text{кг}$). У всех больных уровень анестезии был достаточный. Затем внутривенно $2 \text{ мг}\cdot\text{кг}$ (но не более 140 мг) сукцинилхолина. проводили гипервентиляцию легких кислородно-воздушной смесью аппаратом РО-6-05-АН. Для предупреждения и уменьшения гипертензивной нагрузки во время интубации мы применили методику введения дополнительной дозы бриетала. После введения деполяризирующего миорелаксанта, перед этапом интубации, вводили дополнительное количество бриетала в дозе $0,45 \text{ мг}\cdot\text{кг}$, что на 70 кг массы тела составляет 32 мг. В зависимости от исходного состояния и массы тела больного дополнительную дозу можно изменять от 30 до 35 мг. Затем интубировали трахею однопросветной эндотрахеальной трубкой. Для поддержания наркоза применяли кетамин (калипсол) и фентанил. У всех больных развивался достаточный уровень анестезии. Миорелаксацию поддерживали ардуаном.

Данные о динамике изучаемых показателей кровообращения во время введения бриетала по авторской методике и интубации трахеи, в зависимости от исходной ЧСС свидетельствуют, что после введения бриетала у больных обеих групп изменения ЧСС

были неоднозначны. Так, если в первой группе ЧСС достоверно увеличилась на 24,3%, то у второй группы больных увеличение составило 2,7%. Изменения ЧСС на всех этапах исследования у больных во 2 группе были мало значимые. Максимальный прирост ЧСС был после интубации и составил 5,9% от исходной, в то время как в первой группе изменения ЧСС на всех этапах исследования были более выражены, а максимальный прирост ЧСС после интубации составил 41,4% к исходной. Очевидно, что наибольшее увеличение ЧСС происходило при наименьших исходных значениях. По мере увеличения исходной ЧСС степень нарастания тахикардии уменьшалась.

После интубации более выраженные изменения у больных касались АД, РЭ, РЛЖ, которые уменьшились максимально по сравнению с исходной на 11,9%, 8,9% и 23,3 % соответственно, в то время как во второй группе это уменьшение составило 12,7%, 12% и 21%) соответственно, ПМ02 увеличилось на 25,3% в 1 группе и уменьшилось на 7,1% во второй группе, ОПСС увеличилось на 5% в 1 группе и уменьшилось на 4,5% во 2 группе.

Таким образом, изменения изучаемых показателей на фоне введения бриетала по авторской методике и интубации трахеи в зависимости от исходной ЧСС имеют следующую зависимость: при наименьших исходных значениях ЧСС происходят наибольшие относительные изменения ЧСС. Полученные данные позволяют рекомендовать усилить премедикацию у данной группы больных.

Литература.

1. Дарбинян Т.М. Премедикация, наркоз и дыхание / Т.М. Дарбинян, А.Л.Тверской, И.Г.Натансон. - М.: Медицина, 1973. - 375 с.
2. Компьютерный анализ влияния различных вариантов вводного наркоза на центральную гемодинамику / А.А.Бунятян [и др.] // Вестник АМН СССР. - 1981. - №8. - С. 33-40.

В.Г.Аристархов, В.А.Медведев

АЛГОРИТМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ,
ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПРИОБРЕТЕННЫХ
КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА

Кафедра хирургических болезней с курсом урологии
МУЗ «Городская клиническая больница № 11»

Приобретенные комбинированные деформации носа являются одной из частых причин проведения ринопластических операций. Восстановительные операции на внутренних и наружных структурах носа связаны с большими трудностями.

Небольшой послеоперационный дефект может сводить на нет результат длительного и кропотливого труда [1]. Между тем, изучению этого вопроса уделяется все еще мало внимания и некоторые аспекты диагностики и лечения освещены недостаточно [2]. Это подтверждает высокий процент неудовлетворительных результатов реабилитации подобных больных [3, 4].

Наиболее важными моментами послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу приобретенных комбинированных деформаций носа являются: целесообразность назначения антибиотиков; местное использование антибактериальных и гормональных препаратов; рациональное использование лонгеты и контроль за состоянием тканей носа и формой наружного носа.

Антибиотики больным в послеоперационном периоде мы назначаем по показаниям. Показаниями к назначению антибиотиков считаем перенесенные ранее синуситы (верхнечелюстной синусит, этмоидит, фронтит, сфеноидит), а также большой объем симультанной операции (более трех операций одномоментно).

В случае одномоментной ринопластики, септопластики и вмешательства на нижних носовых раковинах, как правило, антибиотики не назначаем. Если объем операции превышает вышеуказанный, обычно назначаем цефотаксим 1,0 внутримышечно 2 раза в сутки 6 дней. Данный подход позволяет свести к минимуму риск развития гнойно-септических осложнений.

Для профилактики местных осложнений мы используем мазь "Гиоксизон", состоящую из гидрокортизона и окситетрациклина. Во время завершения операции переднюю тампонаду носовой полости мы производим с гиоксизоновой мазью. Со следующего дня после удаления тампонов слизистую носовой полости обрабатываем этой же мазью ежедневно. Применение мази, включающей в себя антибиотик и глюкокортикоид, предупреждает развитие местных осложнений воспалительного характера, уменьшает отек слизистой оболочки носовой полости.

Большое значение в профилактике осложнений и повторных деформаций носа мы придаем контролю за состоянием тканей

наружного носа и за правильной формой носа. С этой целью через 4-6 дней после операции (после спадения отека кожи и клетчатки) мы снимаем лонгету и проверяем состояние кожи и формы носа. Кожу обрабатываем антисептиком (0,05 % спиртовым раствором хлоргексидина) и на тщательно высушенную кожу через лейкопластырь снова накладываем лонгету.

Смена лонгеты, на наш взгляд, необходима потому, что к указанному времени форма лонгеты перестает повторять строение вновь сформированного носа из-за спадения отеков (лонгета становится подвижной и не поддерживает форму носа). В это время удобно осуществить контроль за состоянием кожи, а также за поддержанием необходимой формы носа. При необходимости, на данном этапе возможна определенная коррекция наружного носа, т.к. надежной консолидации костных отломков еще не произошло. При наличии явных противопоказаний можно снять и временно не накладывать лонгету.

Вышеописанный алгоритм послеоперационного ведения больных с приобретенными комбинированными деформациями носа позволил нам свести к минимуму, как возможность развития повторных деформаций носа, так и риск развития гнойно-септических осложнений.

За последние три года мы не отметили ни одного случая гнойных осложнений местного характера (остеомиелит, абсцессы наружного носа, нагноение с отторжением имплантата и др.), а также осложнений, связанных с диссеминацией инфекции (синдром токсического шока, менингит, тромбоз кавернозного синуса и др.). Последнее обстоятельство указывает на то, что описанная технология послеоперационного ведения больных может быть рекомендована для широкого применения в ринопластической хирургии.

Литература.

1. Гюсан А.О. Восстановительная риносептопластика / А.О. Гюсан. - СПб., 2000. - 128 с.
2. Николаев М.П. О тактике лечения травм лицевого скелета / М.П. Николаев // Вестн. оториноларингологии. - 1999. - № 1. - С. 28-30.
3. Brain D.J. The management of the deviated nose / D.J. Brain // J.

Laryngol., otol.- 1981.- Vol. 95, № 5.- P. 471-486.

4. Grymer L.F. The deffected nose surgical correction / L.F. Grymer, J. Fogstrup, P. Stoksted // J. Laryngol., Otol.- 1982. - Vol. 96.- P. 719-724.

В.Г.Аристархов, В.А.Медведев

**ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПОСЛЕ РИНОПЛАСТИК,
ПРОИЗВОДИМЫХ ПО ПОВОДУ ПРИОБРЕТЕННЫХ
КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА**

**Кафедра хирургических болезней с курсом урологии
МУЗ «Городская клиническая больница № 11»**

Технологии лечения приобретенных комбинированных деформаций носа постоянно совершенствуются. Однако, многие вопросы ведения данной категории больных требуют дальнейшего изучения и развития. Одним из таких вопросов является иммобилизация костей носа после ринопластик. Действительно, неэффективная фиксация наружного носа в послеоперационном периоде может не позволить добиться желаемого косметического результата и даже может стать причиной повторных деформаций носа.

Гипсовые лонгеты для фиксации наружного носа использовались уже в 50-х гг. [1]. Позже стали применять коллодиевые повязки [3], армированные пластмассовые корригирующие повязки из протакрила [2], шины из жести, обшитой марлей [4] и др. В тоже время, большое число методик иммобилизации наружного носа не решило проблемы повторных деформаций носа, т.к. ни одна из приведенных техник не лишена определенных недостатков. Гипсовая лонгета не фиксируется к коже. Коллодиевые повязки долго сохнут до затвердевания, не имеют достаточной жесткости, необходимой для надежной фиксации костей носа. Армированные пластмассовые корригирующие повязки очень долго готовятся по обработанным слепкам с носа, не могут точно повторить требующейся формы носа и не фиксируются к коже носа. Шины из жести, обшитой марлей, не фиксируются к коже.

Занимаясь вопросами иммобилизации наружного носа после ринопластик мы пришли к выводу, что лонгета для фиксации носа в послеоперационном периоде должна удовлетворять следующим требованиям: быть достаточно прочной для надежного

удержания формы носа; точно и легко моделироваться по форме вновь сформированного носа; фиксироваться к подлежащей коже для исключения смещения лонгеты; не раздражать кожи и не вызывать ее воспаления.

Изучая различные варианты фиксации носа в послеоперационном периоде и проверяя их на практике, мы остановили свой выбор на гипсовой лонгете, т.к. именно она в основном удовлетворяла вышеуказанным требованиям. Гипсовая лонгета в том виде, в каком ее принято использовать, тоже имеет некоторые неудобства, главным из которых является отсутствие ее фиксации к коже. Для того, чтобы устранить этот недостаток мы стали накладывать гипсовую лонгету через лейкопластырь. После завершения операции и передней тампонады носовой полости на тщательно обработанную 0,05 % спиртовым раствором хлоргексидина кожу после ее высыхания накладывался пластырь на все участки наружного носа и лобной области, где в последующем располагалась лонгета. Затем накладывалась гипсовая лонгета по общепринятой технологии. Таким образом, гипс пропитывался через лейкопластырь и фиксировался к нему, а пластырь в свою очередь был надежно приклеен к коже. Опасаясь, что пластырь может раздражать кожу и вызывать ее воспаление, мы через 4-6 дней после операции снимали лонгету и контролировали состояние кожи, обрабатывали кожу 0,05 % спиртовым раствором хлоргексидина, давали ей тщательно высохнуть и снова накладывали лонгету по той же методике.

Успешный опыт применения гипсовой лонгеты, наложенной через лейкопластырь позволяет сделать вывод о том, что данная методика иммобилизации наружного носа после ринопластик является эффективной и предупреждает развитие повторных деформаций носа, связанных с недостаточной фиксацией структур наружного носа после ринопластических операций.

Литература

1. Арбузов Н.М. Гипсовая повязка (маска) при переломах и пластике носа / Н.М. Арбузов // Вестн. оториноларингологии. – 1951.- № 5. – 81 с.

2. Гюсан А.О. Восстановительная риносептопластика / А.О. Гюсан // СПб, 2000. – С. 66-68.

3. Пакович Г.И. Деформации наружного носа и методы их устранения / Г.И. Пакович // Стоматология. – 1960. – № 3. – С. 36-39.

4. Пискунов Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. - М., 2002. – С. 376-378.

Д.А.Пузин, А.Г.Косарева

**ЛЕЧЕНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА У БОЛЬНЫХ
С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ**

Кафедра хирургических болезней с курсом урологии

Субклинический гипотиреоз (СГ), или минимальная тиреоидная недостаточность, - клинический синдром, обусловленный стойким пограничным снижением уровня тиреоидных гормонов в организме, при котором определяется нормальный уровень тиреоидных гормонов в сочетании с умеренно повышенным уровнем тиреотропного гормона (ТТГ). Распространенность СГ может достигать 10 – 20%. Женщины в 10 раз чаще страдают СГ, чем мужчины. В настоящее время нет единого мнения относительно частоты развития клинического гипотиреоза из субклинического. По данным 20-летнего Викгемского исследования риск развития гипотиреоза у женщин при условии обнаружения у них повышенного ТТГ ежегодно составляет 2,6%, при изолированном повышении титра ТРО-АВ – 2,1%. Этот показатель увеличивается до 4,3% при сочетании этих двух факторов. По данным других авторов при выявлении СГ в следующие 4 – 8 лет явный гипотиреоз развивается в 20 – 50%.

Несмотря на нормальные концентрации основных гормонов щитовидной железы (трийодтиронина и тетраiodтиронина) изменения обмена веществ при СГ довольно существенные. Как доказано в многочисленных исследованиях при субклиническом гипотиреозе:

- нарушается обмен липидов с повышением концентрации триглицеридов и холестерина;
- у женщин достоверно выше риск привычного невынашивания беременности и выкидышей на ранних сроках;
- происходит ухудшение когнитивных функций (ослабление памяти, внимания);
- неврологические нарушения (снижение скорости проведения

по нервным волокнам и, как следствие, увеличение времени рефлексов).

Единственным методом лечения СГ при аутоиммунным тиреоидите по данным литературы является заместительная терапия левотироксином под контролем ТТГ крови.

Наша клиника обладает большим опытом лечения аутоиммунных заболеваний щитовидной железы с помощью инфракрасного спектра лазерного облучения, используя его иммуномодулирующее свойство.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности инфракрасного спектра лазерного излучения у больных с СГ вследствие аутоиммунного тиреоидита.

В исследуемую группу вошли 37 женщин в возрасте от 26 до 57 лет (средний возраст $40,3 \pm 7,3$ года), у которых был диагностирован аутоиммунный тиреоидит, диффузная форма в стадии СГ. 29 (78,4%) женщин предъявляли жалобы на дискомфорт и чувство давления в области передней поверхности шеи, остальные 8 (21,6%) жалоб не предъявляли. Объем щитовидной железы по данным УЗИ составил в среднем $15,4 \pm 2,9$ см³. У всех пациенток были выявлены ультразвуковые признаки аутоиммунного заболевания щитовидной железы (неоднородность структуры железы, диффузное снижение эхогенности, наличие множества гипо-, ан- и гиперэхогенных участков до 3 мм. в диаметре). Наиболее информативным иммунологическим показателем наличия аутоиммунного тиреоидита, по данным литературы, является повышение титра антител к тиреоидной пероксидазе (ТРО-АВ). В исследуемой группе у 8 (21,6%) титр ТРО-АВ был в пределах нормы (до 100), у 5 (13,5%) – сомнительным (от 100 до 200), и у 24 (64,9%) достоверно повышен (более 200). У всех пациенток отмечалось повышение концентрации тиреотропного гормона гипофиза в сыворотке крови – от 5,2 до 21 мМЕ/л (в среднем $9,1 \pm 3,6$ мМЕ/л), а также нормальные концентрации свободного тетрайодтиронина – от 10 до 25 нмоль/л.

Всем больным данной группы был проведен курс лазеротерапии на область щитовидной железы по методике лечения аутоиммунных заболеваний, принятой на кафедре. Все пациентки были осмотрены через месяц после лечения с исследованием концентрации ТТГ и Т4свободного крови. Из 29 женщин, отмечав-

ших до лечения чувство давления на передней поверхности шеи, 22 (75,9%) отметили исчезновение данных явлений после лечения. У 36 (97,3%) отмечалась нормализация уровня ТТГ (от 0,2 до 3,5 мМЕ/л), Т4свободный у всех был в пределах нормы. У одной пациентки (2,7%) после курса лечения отмечалось повышение ТТГ с 5,3 до 8,6 мМЕ/л. В данном случае иммуномодулирующее лечение было признано неэффективным, больной была назначена заместительная доза левотероксина 50 мкг/сут. Осложнений, побочных эффектов лечения не отмечалось.

Таким образом, инфракрасный спектр лазерного излучения является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с СГ вследствие аутоиммунного тиреоидита. Данный метод лечения является альтернативой заместительной гормонотерапии у больных с данной патологией.

**С.В.Тарасенко, О.В.Зайцев, О.Д.Песков, С.Н.Соколова,
А.А.Копейкин, Т.С.Рахмаев**

**ВЛИЯНИЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НА ГЛИКЕМИЧЕСКУЮ КРИВУЮ
Кафедра госпитальной хирургии**

Среди методик резекции желудка особый интерес представляет трубковидная резекция желудка по Бильрот-I, предусматривающая удаление дистальных 2/3 желудка с одновременным иссечением малой кривизны до пищеводно-желудочного перехода. Иссечение малой кривизны должно способствовать снижению кислотопродукции в культе желудка и замедлению эвакуации из нее. Замедление эвакуации из культи желудка является важным фактором, лимитирующим частоту развития пострезекционного демпинг-синдрома [3].

В основе патогенеза демпинг-синдрома лежит нарушение углеводного обмена, характеризующееся пиковым постпрандиальным увеличением концентрации глюкозы в крови, быстро сменяющейся гипогликемией, связанной с реактивной гиперпродукцией инсулина. Тест толерантности к глюкозе можно использовать для выявления легких форм демпинг-синдрома и объективизации отдаленных результатов у больных, оперированных на желудке [1, 2].

Цель работы: внедрить в хирургическую практику и изучить отдаленные результаты трубковидной резекции желудка по

Бильрот-I.

В период 2000-2003 гг. в клинике кафедры госпитальной хирургии РязГМУ проведено изучение отдаленных результатов пациентов, которым была выполнена резекция желудка в различных модификациях по поводу осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Критерии исключения: наличие сопутствующего сахарного диабета, срок с момента операции менее 12 мес.

Путем случайной выборки было отобрано 25 пациентов. 10 пациентов обследованы в сроки 12-24 мес. после операции (40%), 8 – 24-36 мес. (32%), 7 – свыше 36 мес. после операции (28%). 24 пациента были мужчинами, 1 – женщиной. 12 пациентов имели в анамнезе трубковидную резекцию желудка по Бильрот-I (группа 1), 8 – резекцию по Гофмейстеру-Финстереру (группа 2), 5 – резекцию желудка по Ру-Редигеру (группа 3).

С целью объективизации отдаленных результатов и выявления субклинических форм демпинг синдрома всем пациентам проводилось исследование динамики гликемии и инсулинемии после пероральной углеводной нагрузки 75 г сахарозы в растворе воды. Уровень глюкозы и инсулина крови определялись через 1 час и 2 часа после углеводной нагрузки. Глюкоза крови определялась глюкозооксидазным способом, инсулин крови – методом ПЦР на базе ЦНИЛ РязГМУ.

Результаты исследования отражены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели уровня глюкозы и инсулина после углеводной нагрузки

Метод операции	n	Инсулин крови, пмоль/л		Глюкоза крови, ммоль/л	
		1 час	2 часа	1 час	2 часа
Бильрот-I	12	940,5±237,34	290,67±89,08	8,78±1,25	4,18±0,58
Гофмейстера-Финстерера	8	1156,88±193,21	290,86±61,54	10,01±1,33	3,71±0,42
Ру-Редигера	5	1092,2±169,06	275,4±59,3	10,06±1,26	4,08±0,25

Через 1 час после введения глюкозы в крови пациентов всех трех групп определялась повышенные концентрации глюкозы и

инсулина, превышающие показатели здоровых людей. В группе больных, перенесших трубковидную резекцию желудка по Бильрот-I, уровень инсулинемии был ближе к нормальным значениям и ниже по сравнению с группами больных, перенесших резекцию по Гофмейстеру-Финстереру и Ру-Редигеру на 18,7% и 13,9% соответственно. Изменения достоверны ($p < 0,05$) по отношению к группе 2 и недостоверны по отношению к группе 3. Высокий уровень гликемии, и, как следствие, значительный выброс в кровоток инсулина, вероятно, свидетельствуют о быстром опорожнении культи желудка с массивным поступлением углеводов в тощую кишку и могут являться патогенетической основой развития демпинг-синдрома.

Через 2 часа в крови пациентов всех трех групп отмечалось падение уровня инсулина и снижение уровня глюкозы до нормальных значений. Причем, в группе 2 падение уровня глюкозы крови было более значительным, на 11,3% по сравнению с группой 1 ($p < 0,05$). Эти изменения могут характеризовать развитие второй, гипогликемической фазы демпинг-синдрома. Увеличение гликемического размаха в сахарной кривой отражает существование диссонанса между скоростью всасывания углеводов в кишечнике, увеличивающейся после резекции желудка, особенно по Бильрот-II, и быстротой их резорбции.

Таким образом, трубковидная резекция желудка по Бильрот-I сопровождается достоверно меньшей частотой эвакуаторных расстройств и нарушений углеводного обмена в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с резекцией желудка по Гофмейстеру-Финстереру.

Литература

1. Патофизиология кишечного гидролиза и всасывания углеводов при резекции желудка по поводу экспериментальной язвы двенадцатиперстной кишки / М.М.Усманов, Х.Я.Каримов, А.Е.Аталиев, К.Р.Рахимов // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. - Т.10, №6. – С. 29-30.

2. Postprandial hyperglycemia after a gastrectomy and the prediabetic state: A comparison between a distal and total gastrectomy Surg Today / Н. Yamamoto [et al.] – 2008. – Vol.38, №8. – P.685-690.

3. Ricu P.M. A comparative study of gastrectomy without vagoto-

my with either Roux-en-Y or Billroth-I anastomosis in peptic ulcer / P.M. Ricu // Hepatogastroenterology. – 1994. - №41. – С. 294-297.

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ НОВЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ

А.В.Данилов, В.Я.Гармаш, Д.Р.Ракита

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА СПИРИВА (ТИОТРОПИЯ
БРОМИД) У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ 2 СТАДИИ

Кафедра факультетской терапии с курсами общей физиотерапии, эндокринологии, гематологии, клинической фармакологии, военно-полевой терапии и профессиональных болезней

Тиотропия бромид (Спирива) – антихолинергический препарат пролонгированного действия. Препарат имеет примерно равную афинность к мускариновым рецепторам человека (от M1 до M3). Такой уникальный тип кинетической селективности препарата обеспечивает продолжительный (более 24 ч. после однократного применения) бронхорасширяющий эффект [1, 2].

Противовоспалительный эффект Спиривы (Тиотропия) до сих пор обсуждается, *in vitro* продемонстрировано подавление высвобождения из эпителиальных клеток эйкозаноидов и ингибция высвобождения факторов хемотаксиса нейтрофилов и эозинофилов из альвеолярных макрофагов. Тиотропия за счет блокады M3-рецепторов блокирует ацетилхолин-индуцированную активность воспалительных клеток [3].

Цель исследования: изучение эффективности Спиривы у работников сельскохозяйственного предприятия с ХОБЛ 2 стадия.

Основные задачи – исследовать влияние препарата Спирива на спирометрические показатели (ОФВ1).

Функция внешнего дыхания оценивалась с помощью спирометра Micro Medical LTD (Англия).

Исследование проводилось в ОАО «Авангард» Рязанского района в период с 2007-2008 года.

Было обследовано 20 мужчин больных ХОБЛ 2 стадия, в возрасте от 42 до 75 лет, средний возраст $54,7 \pm 4$ лет, из них 14 (70%) человек – курящие, 6 (30%) – не курящие соответственно. Сред-

ний индекс курильщика составил $17 \pm 3,6$ пачка-лет.

Критериями включения являлось наличие диагноза ХОБЛ 2 стадия выявленного впервые или ХОБЛ 2 стадия в анамнезе без проводимого ранее лечения препаратом Спирива, стадия ремиссии заболевания, согласие пациента на исследование и лечение.

Пациенты принимали препарат по 1 капсуле 1 раз в день с помощью Хендихалера в течение 6 месяцев. Оценка функции внешнего дыхания с помощью спирометрии проводилась через 3 и 6 месяцев после приема препаратов.

Как видно из данных приведенных в таблице 1, у пациентов прирост ОФВ1 (Δ ОФВ1) составил 6,45%.

Таблица 1

Динамика показателя ОФВ1 после 3-х месяцев лечения

Пациенты	Функция внешнего дыхания (ОФВ1)		
	средняя ОФВ1 до лечения	средняя ОФВ1 после 3-х месяцев лечения	Δ ОФВ1
Пациенты, принимающие Спириву (20 человек с ХОБЛ 2 ст.)	$66,6 \pm 4,6\%$	$73 \pm 3,6\%$ ($p < 0,05$)	1 6,45%

Повторное обследование проводилось через 6 месяцев после лечения.

Из данных приведенных в таблице 2 следует, что за 6 месяцев лечения прирост ОФВ1 (Δ ОФВ1) составил 9,3%.

Таблица 2

Динамика показателя ОФВ1 после 6 месяцев лечения

Пациенты	Функция внешнего дыхания (ОФВ1)		
	средняя ОФВ1 до лечения	средняя ОФВ1 после 6-ти месяцев лечения	Δ ОФВ1
Пациенты, принимающие Спириву (20 человек с			9,3%

ХОБЛ 2 ст.)	66,6±4,6%	75,9±4,4% (p<0,01)	
-------------	-----------	--------------------	--

Таким образом, Спирива (Тиотропия бромид) является эффективным препаратом для лечения пациентов с ХОБЛ 2 стадия.

Литература:

1. Синопальников А.И. Тиотропия бромид, его роль и место при лечении хронических обструктивных болезней легких / А.И. Синопальников // Терапевтический архив. – 2004. - №3. - С. 20-25.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ (GOLD) / Перевод с английского под ред. А.Г.Чучалина – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. - 96 с.
3. Авдеев С.Н. Роль тиотропия в терапии больных ХОБЛ: новые данные по материалам 14-го конгресса Европейского респираторного общества / С.Н. Авдеев // Consilium medicum. – Глазго, 2004. - №10. - С.745-750.

**Н.П.Фоменко, Д.В.Лабутин, И.С.Гуль, С.Ю.Жаркова,
О.В.Кодякова**

**АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ВОЗМОЖНОСТИ
ПРОФИЛАКТИКИ ИХ РАЗВИТИЯ**

Кафедра факультетской терапии с курсами общей физиотерапии, эндокринологии, гематологии, клинической фармакологии, военно-полевой терапии и профессиональных болезней
Рязанская областная клиническая больница

Неспецифический язвенный колит (НЯК) является серьезной проблемой гастроэнтерологии. Актуальность ее обусловлена отсутствием четких представлений об этиологии данного заболевания и частой инвалидизаций лиц трудоспособного возраста вследствие развития серьезных осложнений. Современный выбор лекарственных препаратов становится разнообразнее, но при этом менее доступным из-за стоимости, что, зачастую, оказывается тормозом эффективной терапии [1, 2]. Рост частоты осложнений при НЯК в большей мере обусловлен сложившейся ситуацией в этом направлении.

Выделяют кишечные и внекишечные осложнения НЯК. В группе кишечных осложнений преобладает дисплазия и малигни-

зация, стриктура толстой кишки, а также профузное кишечное кровотечение. Внекишечные проявления варьируют от поражения глаз (склерита, иридоциклита, орбитального миозита), сердца (миокардит), почек (нефрит), печени (гепатит, первичный склерозирующий холангит) до течения под маской ревматологических заболеваний (артрит, сакроилеит) [3, 4, 5].

Цель работы: анализ структуры осложнений НЯК в гастроэнтерологическом и колопроктологическом отделениях ОКБ.

В ходе работы были изучены истории болезней 22-ух пациентов с диагнозом НЯК, установленным впервые или в анамнезе за период с 2005 по 2007 годы. Большую часть пациентов (73%) составили женщины. Для удобства сравнения все пациенты были разделены на 2 группы: группа А (12 чел) с неосложненным течением и В (10 чел) — с осложненным. Средний возраст группы Б с осложненным течением составил $38,5 \pm 11,3$ лет, 30% из них являлись молодые люди в возрасте 20-30 лет, с НЯК манифестировавшим кишечным кровотечением.

В силу ретроспективности анализа и недостаточной информативности медицинской документации, оптимальными критериями оценки результатов служили: половозрастная структура, длительность заболевания по данным анамнеза, тяжесть течения (модифицированные критерии Truelov и Witts), активность процесса (по данным эндоскопии) и его локализация.

Осложненное течение НЯК, по данным исследования, преобладало у лиц женского пола в возрасте 30-40 лет (50%) с длительным течением в анамнезе (более 6-10 лет). В клинике отмечалось тяжелое течение, высокая степень активности и левосторонняя локализация процесса. В структуре осложнений преобладало кишечное кровотечение (46%), остальную часть случаев составили: первичный склерозирующий холангит, реактивный панкреатит, мальабсорбция, анемия, дисплазия кишечного эпителия.

На основании проведенного анализа и литературных данных можно выделить следующие меры профилактики развития осложнений НЯК:

- клиническая настороженность врача, позволяющая своевременно установить верный диагноз и назначить адекватную терапию;
- регулярный амбулаторный контроль (существуют комплекс-

ные программы, предусматривающие определенный алгоритм отбора больных и позволяющие снизить смертность от аденокарциномы;

- ежедневный контроль состояния пациента в стационарных условиях при высоком риске развития осложнений;

- проведение поддерживающей терапии препаратами 5-АСК (салофальк, месалазин) в индивидуально подобранных дозах;

- информирование пациента в доступной форме о его состоянии и необходимости регулярного лечения с целью возврата больного к повседневной активной жизни.

Выполнение вышеперечисленных условий обеспечит значительное снижение частоты осложнений и повышение качества жизни больного.

Литература:

1. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона / Е.А. Белоусова. - Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2002. – 246 с.

2. Дифференциальная диагностика и лечение внутренних болезней / Под общей ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 2006. – Т. 2. – 189 с.

3. Inflammatory Bowel Disease: Diagnosis and therapeutics, edited by Russel D. Cohen, M.D. – 2003. – 115 p.

4. The Clinician's Guide to Inflammatory Bowel Disease, by Gary R. Lichtenshtein. M.D. – 2003. – 107 p.

5. Current Diagnosis and Treatment in Gastroenterology 2nd ed. Scott L. Friedman. M.D. – 2005. – 147 p.

Е.В.Заикина

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ II-IV СТАДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕОБЛАДАЮЩЕГО ВОЗБУДИТЕЛЯ

Кафедра поликлинической терапии

Развитие обострений заболевания является характерной чертой течения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), частота обострений прогрессивно увеличивается с нарастанием тяжести заболевания. Частое развитие обострений у больных ХОБЛ приводит к более низкому качеству жизни и, возможно, к более

быстрому прогрессированию болезни; тяжёлое обострение заболевания является основной причиной смерти больных ХОБЛ.

В качестве ведущей причины обострений ХОБЛ традиционно рассматриваются инфекции бронхиального дерева. Бактериальные патогены выявляются у 50 – 60% больных с обострением ХОБЛ. Отмечаются значительные различия преобладающих возбудителей в различных странах и регионах, а также сезонные колебания.

Цель исследования: провести анализ возбудителей, выявляемых при обострениях у больных ХОБЛ г. Рязани, оценить эффективность эрадикационной антимикробной терапии в зависимости от выявленного возбудителя.

Было обследовано 65 человек (40 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 43 до 65 лет (средний возраст $54,75 \pm 1,86$ года) с обострением ХОБЛ II – IV стадии. Длительность заболевания составила от 5 до 25 лет. Распределение по стадиям заболевания было следующим: II – 33 человека (50,8%), III – 22 человека (33,8%), IV – 10 человек (15,4%). Всем больным помимо клинического обследования и спирографии было проведено микробиологическое исследование мокроты с определением возбудителя и чувствительности к антибиотикам. При положительном посеве назначались антибиотики соответственно выявленной чувствительности. Применялись следующие препараты: амоксициллин/клавуланат 875/125 мг 2 р/сутки – 14 дней, цефтриаксон 2 г/сутки в/в струйно – 10 дней, кларитромицин 500 мг 2 р/сутки – 14 дней, «респираторные» фторхинолоны (спарфлоксацин 200 мг/сутки, левофлоксацин 500 мг/сутки) – 10 дней. После курса лечения – контрольный посев мокроты. Время наблюдения составило 12 месяцев. Оценивалось количество обострений за данный период, через 12 месяцев проводилось контрольное микробиологическое исследование для оценки отсроченного профилактического эффекта.

В 17 (26%) случаях посев мокроты был отрицательный. В остальных 48 анализах были выделены следующие возбудители: *Streptococcus pneumoniae* и другие грам-положительные кокки (*Streptococcus haemolyticus*, *pyogenes*, *Staphylococcus aureus*,) – 37 (56,9%), *Haemophilus influenzae*/*Klebsiella pneumoniae* – 15 (15,4%), *Enterobacteriaceae*/*Pseudomonas aeruginosa* – 15 (23%). В

том числе, в 34 посевах мокроты было выделено 2 – 3 возбудителя с перекрёстной антибиотикорезистентностью (52,3%). В 57% (37 случаев) обнаружены грибы рода *Candida*. Отмечается значительное снижение доли пневмококков и других грамположительных кокков у больных с IV стадией ХОБЛ (30%) по сравнению с 57% и 68% при II и III стадиях соответственно. Одновременно отмечается значительное нарастание микст-инфекции у пациентов с тяжёлым и крайне тяжёлым течением болезни (36% - II стадия, 72% - III стадия, 60% - IV стадия). Процент грибковой обсеменённости, высокий у больных со II и III стадиями ХОБЛ (57% и 72%), значительно снижается у больных IV стадией (20%), видимо под воздействием более агрессивной флоры.

Всем пациентам был проведён курс антимикробной терапии в течение 10 -14 дней. Наибольший процент эрадикации наблюдался после лечения «респираторными» фторхинолонами и кларитромицином (96% и 82% соответственно) против 68% и 72% при терапии β -лактамами антибиотиками. При выявлении грибов рода *Candida* проводилась противогрибковая терапия – флуконазол 50 мг/сутки в течение 7 дней, эрадикация достигнута в 78% случаев.

При анализе протективного эффекта в отношении будущих обострений в 96% случаев терапии фторхинолонами и в 84% случаев терапии кларитромицином в течение 12 месяцев наблюдения обострений зафиксировано не было. После лечения β -лактамами антибиотиками обострения были зафиксированы в 47% (амоксциллин/клавуланат) и 39% (цефтриаксон). При контрольном микробиологическом исследовании через 12 месяцев в 66% посев мокроты был отрицательный.

Таким образом, для нашего региона (г. Рязань) характерна высокая микробная обсеменённость дыхательных путей у больных ХОБЛ II – IV стадий. Отмечается значительный процент микст-инфекции (52,3%), высока доля грамотрицательных микроорганизмов (21 – 30%). Сопутствующая грибковая инфекция (56,9%) ухудшает течение ХОБЛ и диктует необходимость проведения противогрибковой терапии. Данные нашего исследования подтверждают высокую клиническую эффективность современных макролидов (кларитромицин) и «респираторных» фторхиноло-

нов и хорошие показатели эрадикации после курса лечения. Также кларитромицин и «респираторные» фторхинолоны показали себя гораздо более предпочтительными, чем β -лактамы антибиотиков в отношении предотвращения рецидивов обострений ХОБЛ. Это позволяет рассматривать макролиды и «респираторные» фторхинолоны как основные препараты в терапии инфекционных обострений ХОБЛ, особенно III – IV стадии.

В.Л.Добин, Д.Н.Оськин

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики

Вирусные гепатиты и туберкулез приобрели в последнее время всемирное распространение. При этом специфические маркеры вирусных гепатитов в сыворотке крови больных туберкулезом определяются в несколько раз чаще, чем у населения в целом. Целью настоящего исследования было охарактеризовать проявления ко-инфекции вирусных гепатитов и туберкулеза.

Всем больным (2162), находившимся на лечении в Рязанском областном клиническом противотуберкулезном диспансере в 2004 году, проводился сплошной лабораторный иммунологический скрининг на наличие вирусных гепатитов В и С, с последующей консультацией инфекциониста.

В 119 образцах сыворотки крови больных были обнаружены анти-НСV-антитела, что составило 5,5%. У 4 (3,4%) из этих 119 больных был обнаружен антитела к HbsAg и у 2 антитела (1,7%) к HIV. Таким образом, среди больных туберкулезом распространенность вирусных гепатитом составила 0,055%, что более чем в 10 раз превышает заболеваемость вирусными гепатитами среди населения в целом. Среди больных с ко-инфекцией преобладали мужчины (87,4%) в возрасте 25-50 лет (63%), среди которых рабочих и служащих было лишь 21,1%, остальные же это преимущественно безработные (44,9%) и инвалиды (25,2%). Большинство (74,0%) представляли побывавшие в заключении, наркоманы, алкоголики и бытовые пьяницы.

Среди возможных мест и путей заражения вирусными гепатитами следует отметить: пребывание в заключении (46,2%), медицинские операции и парентеральные вмешательства (42,9%) и

наркоманию (8,4%). В основном гепатит диагностировался у тех больных туберкулезом, которые побывали в заключении и подвергались хирургическим воздействиям до выявления у них туберкулеза. Сроки нахождения в заключении больных с ко-инфекцией колебались от 1 до 12 лет. Инвазивные медицинские процедуры у большинства были более 5 лет тому назад, причем ни у одного из инфицированных пациентов желтухи в дальнейшем не было. Только 22 (18,5%) больных туберкулезом знали о том, что они больны хроническим гепатитом, поскольку у них он был диагностирован ранее. Средняя продолжительность течения вирусных гепатитов до выявления у больных туберкулеза составила 1,5-2 года.

Среди 119 больных с ко-инфекцией у 87 туберкулез был выявлен впервые, у 25 – он был хроническим и у 7 были диагностированы посттуберкулезные изменения. Преобладал инфильтративный (37,8%), фиброзно-кавернозный (15,9%), диссеминированный (10,9%) туберкулез и туберкулемы (15,1%). У большинства был распад легочной ткани (60,5%) и бактериовыделение (41,7%), при этом у 11% всех больных была лекарственная резистентность МБТ. Только у двух больных были клинические признаки цирроза печени (оба злоупотребляли алкоголем). Всем остальным 117 больным инфекционистом был установлен диагноз хронического гепатита «С» с латентным течением.

Лечение больных от туберкулеза проводилось в соответствии с действующими приказами. Лекарственноустойчивый туберкулез лечили с учетом индивидуальных бактериограмм. После лабораторного обследования у 18,5% больных с нарушением функции печени были скорректированы схемы химиотерапии. Бактерицидные препараты с гепатотоксическим действием (рифампицин, изониазид, пиразинамид) в интенсивной фазе лечения назначались в сниженных наполовину дозах. Переносимость туберкулостатиков у больных была хорошей, побочных реакций на них практически не отмечалось. Антивирусные препараты больные не получали. Эффективность лечения туберкулеза у этой категории больных была невысокой. Закрытие полостей распада отмечено только у 25,4%, бактериовыделение прекратилось у 50%, у 44,2% процесс остался без перемен, лишь у 15,8% имело место клинико-рентгенологическое улучшение, а у 12,6% имело

место ухудшение течения туберкулеза.

Выводы.

1. Больные туберкулезом являются группой повышенного риска заражения вирусными гепатитами, распространенность которых среди них в 10 раз выше, чем в общей популяции.

2. Высокая инфицированность вирусными гепатитами больных туберкулезом предопределяет необходимость строгого соблюдения противоэпидемического режима в отношении возможного госпитального заражения гепатитами.

3. В основном гепатиты диагностировались у больных, которые побывали в заключении и подвергались хирургическим вмешательствам.

4. Внутривенные наркоманы также являются особой группой повышенного риска заражения гепатитами. У больных туберкулезом вирусные гепатиты имели латентное клиническое течение.

5. Переносимость противотуберкулезных препаратов больными ко-инфекцией была неплохой – коррекция доз и назначение гепатопротекторов потребовалось лишь пятой части их. Однако, несмотря на это, эффективность консервативного лечения туберкулеза к концу года была невысокой.

Е.А.Смирнова, С.С.Якушин, С.А.Кулешова

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЯТИЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра госпитальной терапии

Являясь самостоятельным заболеванием, артериальная гипертония (АГ) относится к основным факторам риска (ФР), определяющим прогноз сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. За последние 10-15 лет распространенность данного заболевания в нашей стране существенно не изменилась и составляет 36-42%, однако проблема эффективного лечения АГ по-прежнему стоит крайне остро. Почти 90% пациентов не достигает эффективного контроля уровня АД, что многократно повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений. В последние

годы низкая приверженность к лечению АГ расценивается все большим числом экспертов как самостоятельный ФР развития ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний. Показатели эффективности лечения АГ в России еще далеки от уровня Западной Европы и США, где активно внедряются и проводятся национальные программы по контролю АД и выше уровень организации медико-социальной помощи. При принятии конкретных решений по повышению эффективности лечения АГ на региональном уровне необходимо опираться на результаты оценки реальной эпидемиологической ситуации в отношении АГ в отдельно взятом регионе.

Цель исследования: изучение 5-летней динамики распространенности, информированности и лечения АГ среди мужчин и женщин Рязанской области по данным обследования репрезентативной выборки.

В 2002 г. в рамках Российского эпидемиологического исследования «ЭПОХА» обследована репрезентативная выборка населения Рязанской области (2098 человек). В 2007 г. данная выборка обследована повторно. Изучались социально-демографические характеристики, анамнез, клиническое состояние на момент осмотра с измерением пульса и АД, медикаментозная терапия с уточнением доз препаратов. В группу АГ включены пациенты с выявленным при двукратном измерении АД $\geq 140/90$ мм.рт.ст., а также с нормальным АД, получающие антигипертензивную терапию. Обработано 1695 скрининговых карт, что составило 80,8% от обследованных в 2002 г.

Распространенность АГ в Рязанской области по предварительным данным составляет 39,4%, что соответствует данным 2002 г (36,6%, $p=0,072$). Средний возраст больных АГ увеличился ($61,3 \pm 0,5$ по сравнению с $58,6 \pm 0,5$ в 2002 г, $p < 0,001$), что связано с естественным «постарением» обследуемой популяции. Среди пациентов АГ по-прежнему преобладают женщины: стандартизованная по возрасту распространенность АГ среди женщин выше, чем среди мужчин (41,7% против 35,7%, $p < 0,01$). Женщины с АГ старше мужчин (средний возраст женщин $62,4 \pm 0,6$ лет, мужчин $59,0 \pm 0,9$ лет, $p < 0,05$). Среди жителей города и области достоверных различий в распространенности АГ за 5 лет наблюдения не выявлено. АГ страдает 39,2% горожан и 39,7% жителей области,

что соответствует данным 2002г: 34,8% и 37,3% соответственно. Осведомленность больных о наличии АГ в 2007 г. составила 80,7%, что ниже соответствующего показателя в 2002 г. (85,7%). Возможно, это связано с преобладанием в структуре распространенности АГ 1 степени, которая реже диагностируется ввиду меньшей выраженности симптоматики. Осведомленность женщин о наличии заболевания по-прежнему выше, чем у мужчин (84% против 70,8%, $p < 0,05$), особенно у горожанок (87% против 74,1%, $p < 0,001$). Мужчины города и области одинаково информированы о наличии у них АГ: 74,1% и 74,3% соответственно. За 5-летний период достоверно увеличилось число пациентов, принимающих антигипертензивные препараты (с 64,7% до 80,0%), причем, как мужчин (с 49,3% до 68,5%, $p < 0,001$) так и женщин (с 74,1% до 86,4% $p < 0,001$), как жителей города (с 61,9% до 79,0%, $p < 0,001$), так и области (с 67,4% до 80,1%, $p < 0,001$). При анализе медикаментозной терапии получено, что 20% пациентов АГ не получают никакой гипотензивной терапии, однако этот показатель снизился более чем в 1,5 раза по сравнению с 2002г (35,3%). Несмотря на увеличение числа лечащихся больных, показатели эффективности лечения достоверно не изменились, составив 16,6% (в 2002 г - 13,4%, $p = 0,089$). Женщины по-прежнему лечатся эффективнее мужчин (19,0% против 11,7%, $p < 0,01$), как горожанки (23,1% против 11,7%, $p < 0,01$), так и жительницы области (14,7% против 11,6%, $p > 0,05$). Постоянно принимают лекарственные препараты 55,8% пациентов АГ, 16,3% - только при повышении АД, курсами - 11,1%. По количеству принимаемых препаратов лидирует комбинированная гипотензивная терапия (двумя препаратами - 40,7%, тремя - 25,1%), монотерапия проводится у 32,8% пациентов АГ. В подавляющем большинстве случаев пациенты АГ принимают рекомендуемые группы препаратов: ингибиторы АПФ (67,4%), диуретики (52,7%), бета-адреноблокаторы (44,0%), антагонисты кальция (21,3%), препараты центрального действия (2,9%), блокаторы рецепторов к ангиотензину II (0,6%). Достоверно реже стали назначаться «устаревшие» гипотензивные препараты (10,1%), а также «другие», не рекомендованные для лечения АГ средства (1,1%).

Таким образом, распространенность АГ среди населения Рязанской области за последние 5 лет достоверно не изменилась и

составляет 39,4% (среди женщин 41,7%, среди мужчин 35,7%). Возросла доля лиц, принимающих антигипертензивные препараты, особенно среди женщин. Городские жители не только лучше осведомлены о наличии у них АГ, но лечатся чаще и эффективнее, чем жители области. Имеются положительные сдвиги в структуре принимаемых лекарственных средств, а также в пользу комбинированной антигипертензивной терапии.

С.С.Якушин

ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Кафедра госпитальной терапии

Появившаяся в 90-ые годы так называемая «доказательная медицина», являющаяся одним из стратегических принципов совершенствования и прогрессирования медицинской науки и практики, во многом объяснялась активным проведением клинических исследований лекарственных средств. Последние в настоящее время стали неотъемлемой частью современной международной медицины и можно говорить о том, что произошел не только количественный, но и качественный «скачок» в развитии клинических исследований (1,2). Клинические исследования можно рассматривать как область новых высоких медицинских технологий, основанных на последних достижениях медицинской науки, фармакологии, генетики с использованием возможностей компьютерного программирования, современных биометрических способов, аналитико-статистических методов обработки данных. Создание современных рекомендаций для практической медицины при различных клинических заболеваниях происходит на основе данных клинических исследований, проведенных при конкретной нозологии с выделением хорошо известных классов эффективности (I, IIa, IIb, III) и уровней доказательности (A, B, C).

Последние 20 лет характеризуются значительным расширением географии клинических исследований. Крупные фармацевтические компании стали активно проводить клинические исследования не только на Североамериканском континенте и в Европе, но и в большинстве стран Восточной Европы, В Латинской и Юж-

ной Америке, Индии и других азиатских странах. В последнее десятилетие клинические исследования стали активно развиваться и в России, причем перечень регионов, городов и учреждений, участвующих в данной работе постоянно увеличивается. Кафедра госпитальной терапии РязГМУ принимает участие в клинических исследованиях, начиная с 1999 г. Опыт участия в различных клинических исследованиях, как в «острых» протоколах, так и в плановых, при разнообразных нозологических формах (инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, стабильная ИБС, артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, гиперхолестеринемия, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, сахарный диабет 1 и 2 типа, хроническая почечная недостаточность), позволяет оценить значимость этих исследований для практической медицины.

В первую очередь, необходимо отметить значение данной работы для совершенствования научной работы сотрудников кафедры и повышения их научного потенциала до уровня международной науки, учитывая что клинические исследования проводятся в связи с определенными жесткими требованиями (Хельсинкская декларация, правила GCP – «хорошая клиническая практика») с использованием современных методов рандомизации, стандартизации выполняемых процессов, международной профессиональной терминологии др. Все сотрудники, участвующие в клинических исследованиях, проходили обучение и имеют сертификаты GCP. В определенном смысле, хорошее качество выполняемой работы по клиническим исследованиям подтверждается тремя аудитами и инспекциями, проведенными в 2006 и 2007 гг. с положительным заключением.

Проведение клинических исследований позволяет максимально приблизить последние достижения медицинской науки к клинической практике и повысить уровень профессиональной подготовки специалистов, тем более врачи прямо или косвенно оценивают грамотное заполнение медицинской документации, проведение процедур, результаты лабораторного или инструментального обследования пациента.

Обязательная необходимость тщательной оценки критериев включения/исключения в клиническом исследовании позволяет в некоторых случаях впервые выявлять на ранних этапах ряд забо-

леваний, таких как сахарный диабет, патология щитовидной железы, ИБС, нарушения ритма и проводимости и др.

Результаты лабораторных анализов, охватывающих большой спектр показателей, выполняемых в современных лабораториях Западных стран, приводятся с указанием нормы, рассчитываемой с учетом пола и возраста больного, что дает возможность их интерпретации как исследователем, так и практическим врачом.

Участие в клинических исследованиях дисциплинирует как практических врачей по контролю за ведением больных, выполнению режима и объема диагностических и лечебных мероприятий во время и после проведения исследования, так и больных (регулярное посещение клиники, четкое выполнение всех врачебных рекомендаций, включая режим приема препарата, отсутствие самолечения, информирование врача о возможных симптомах ухудшения и т.д., которое закрепляется в течении всего исследования – несколько месяцев или лет)

Каждое клиническое исследование можно рассматривать как своего рода инвестирование в практическое здравоохранение, что приносит существенную выгоду как для исследовательского центра или ЛПУ (медицинское, научное, бытовое оборудование, оргтехника и средства связи), так и для больных (бесплатное обследование и предоставление лекарственных препаратов и медицинского оборудования для самоконтроля - тонометры, глюкометры, тест-полоски и т.д., которые оставляются больному для постоянного пользования после завершения клинического исследования).

Более того, клинические исследования – это и спасенные жизни наших пациентов, например, при проведении клинического исследования у 120 (!) больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST с использованием предоставленного современного тромболитика для открытия инфаркт-зависимой коронарной артерии и последующим применением гепарина (под контролем АЧТВ) или эноксипарина, нам удалось вдвое снизить 30-ти дневную летальность до 6,6%. Не говоря о значительной экономической выгоде как для РОККД, так и больных, получавших бесплатно данный вид помощи, нам удалось современную стратегию ведения больных инфарктом миокарда в стационаре превратить в рутинную практику.

Важным является также и то, что клинические исследования

современных препаратов проводятся при одновременном выполнении немедикаментозных мероприятий, в связи с чем исследователями проводится регулярная работа по выполнению больными рекомендаций по образу жизни, диете, физическим нагрузкам, а пациенты обеспечиваются красочными буклетами, дневниками, памятками и т.д.

Наконец, участие в клинических исследований сотрудников кафедры, выполняющих педагогический процесс, позволяет как среди российских, так и иностранных студентов, совершенствовать учебный процесс с использованием принципов доказательной медицины и результатов клинических исследований, в том числе проводящихся на кафедре.

Таким образом, значимость современных клинических исследований лекарственных препаратов для клинической практики является очевидной, что выражается в совершенствовании отечественной медицинской науки за счет улучшения диагностики и лечения наших больных, повышении профессиональной подготовки врачей и студентов, привлечении практических врачей к научной деятельности, более быстром внедрении последних достижений современной медицины в клиническую практику и существенными экономическими выгодами для учреждений и пациентов.

Литература.

1. Клинические исследования лекарственных средств на рубеже третьего тысячелетия / Ред.статья // ТОП-Медицина. – 2001. - №1. – С. 3-10.

2. Белоусов Ю.Б., Гуревич К.Г. От научных доказательств – к качественной клинической практике // Фарматека. – 2004. - №2. – С. 6-9.

С.С.Якушин, Н.Н.Никулина

ОСТРАЯ ИБС В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ г.РЯЗАНИ
Кафедра госпитальной терапии

Несмотря на то, что смертность в России от ИБС превышает таковую в развитых странах приблизительно в 2,6 раза, инфаркт миокарда (ИМ) - самая частая причина смерти от ИБС в мире – в

нашей стране регистрируется только в 2,3% случаев ИБС.

Цель исследования: провести анализ истинной распространенности и смертности при острых формах ИБС.

Среди населения Железнодорожного района г.Рязани численностью 81 841 человек (из них 61 217 человек (74,8%) \geq 18 лет) активно выявлялись и сравнивались с данными официальной статистики случаи нефатальных и фатальных форм острой ИБС на основании анализа документации поликлиник, стационаров, скорой медицинской помощи, ЗАГСов, Бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомических отделений, а также сведений, полученных от участковых терапевтов, больных и родственников умерших/погибших. Период наблюдения составил 6 месяцев: с 1 марта 2007г. по 31 августа 2007г.

За 6 месяцев наблюдения среди изучаемого населения умерло/погибло 547 человек: 284 (51,9%) мужчины (средний возраст 64,8 лет, 95% ДИ 34,4-95,2 года) и 263 женщины (средний возраст 75,0 лет, 95% ДИ 48,3-101,7 лет), что соответствует общей смертности за год 1787,2 на 100 000 взрослого населения или 1358,7 на 100 000 всего населения. В 30,7% случаев была проведена аутопсия: в 28,3% случаев смерти в стационаре и 31,3% случаев смерти вне лечебно-профилактических учреждений ($p > 0,05$).

По данным Медицинских свидетельств о смерти лидирующее место (61,1%) среди причин смерти у лиц ≥ 18 лет занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), на втором месте (17,0%) - онкологические заболевания, на третьем (6,9%) – травмы и другие внешние причины. В абсолютных цифрах ССС среди лиц 18 лет и старше составила 1094,5 на 100 000 взрослого населения, с учетом частоты ССС в детском и подростковом возрасте - 823,5 случаев на 100 000 всего населения, или 59% от общей смертности всех возрастных групп.

Основу (95%) ССС, согласно отчетной документации (форма 106/у-98), определяют только две группы заболеваний: ИБС (134 случая, 40,1%) и ЦВБ (184 случая, 55,1%).

В отделе статистики за 6 месяцев наблюдения среди изучаемого населения зарегистрировано 35 случаев нефатального ИМ, 13 случаев фатального ИМ (12 зарегистрировано в стационаре, в том числе при проведении аутопсии, 1 случай - в поликлинике) и 10 смертей от других острых форм ИБС. Доля ИМ в структуре

смертности от ИБС оставила 9,7%, или 117,3 случаев смерти от ИМ на 100 000 населения за год. Смертность при ИМ зарегистрирована на уровне 27%, (внегоспитальная смертность - 7,6% от всей смертности при ИМ). Острые формы ИБС в целом составили 17,2% от смертности при ИБС. Остальные 82,8% приходятся на хронические и «неуточненные» формы ИБС. Внегоспитальная смертность при острых формах ИБС достигает 19,0%.

Для всех случаев смерти был проведен анализ по уточнению причины смерти, который выявил следующее. Повторный анализ 101 случая смерти от хронических форм ИБС показал, что в 15,8% случаев в качестве первоначальной причины смерти с высокой долей вероятности имело место не ССЗ; в 21,8% смерти предшествовала клиника, соответствующая критериям острого коронарного синдрома (ОКС), внезапной сердечной смерти.

Также проведен анализ 131 случая смерти от «Инсульта, не уточненного как кровоизлияние или инфаркт» (шифр по МКБ-10 - I64), который был диагностирован в поликлинике без проведения аутопсии. Было выявлено, что менее чем в половине случаев (46,6%) отмечалась четкая клиника инсульта, в 3,0% была высоковероятна не сердечно-сосудистая причина смерти, а в 3,8% случаев симптомы, предшествовавшие смерти, соответствовали критериям ОКС или внезапной сердечной смерти.

Кроме того, зарегистрировано 5 случаев, когда при проведении аутопсии были выявлены и описаны в диагнозе признаки острой ИБС (острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда, крупноочаговое неравномерное кровенаполнение миокарда), но в последующем данные случаи были зашифрованы согласно МКБ-10 как I50.9 I25.1-I25.2, R99, что привело к статистической «потере» в этих случаях диагноза «острая» ИБС.

Таким образом, уточнение причин смертельных исходов выявило более низкий уровень ССС: 57,4% вместо статистических 61,1%, ИБС как причина смерти не подтвердилась в 11,9% случаев. Уточненная смертность от острых форм ИБС превысила в 2,4 раза статистические показатели за счет недо выявления случаев догоспитальной смертности, достигающей, по нашим данным, 61,1% (по данным статистики - 19,0%).

Выводы.

1) гипердиагностику в качестве причины смерти сердечно-

сосудистых заболеваний в целом и ИБС в частности;

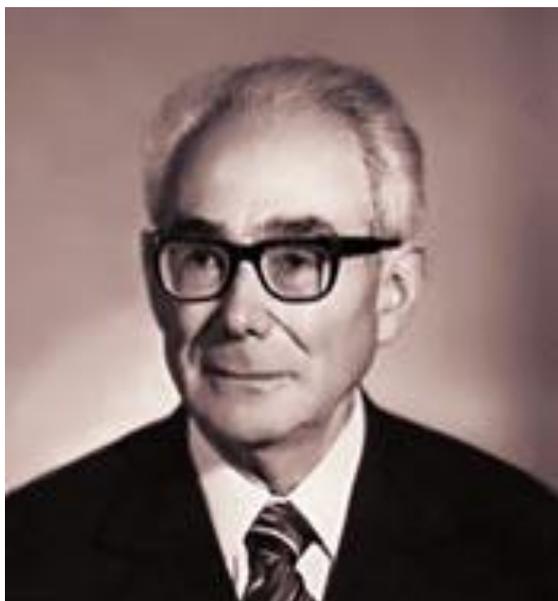
2) значительную гиподиагностику (в 2,4 раза) смертности от острых форм ИБС; 3) высокую догоспитальную смертность (61,1%) при острой ИБС.

Н.Ю.Натальская, И.С.Роот

МИХАИЛ ДАВЫДОВИЧ МАШКОВСКИЙ – ПАТРИАРХ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ФАРМАКОЛОГИИ (К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Кафедра госпитальной терапии

Наука – моя жизнь, моё хобби.



В этом году исполнилось 100 лет со дня рождения патриарха отечественной фармакологии Михаила Давыдовича Машковского (01.03.1908 – 04.06.2002). Знаменитый справочник «Лекарственные средства» вышел впервые в 1954 г. и с тех пор переиздавался 14 раз (не считая 6 стереотипных изданий). Каждое последующее издание переработано и дополнено автором с учётом достижений и новых направлений в фармакологии, новых данных о механизме дейст-

вия лекарств, изменений в лекарственной номенклатуре.

Справочник стал уникальным пособием для студентов медицинских вузов и ориентиром в мире лекарств для нескольких поколений врачей и провизоров. 15 издание справочника увидело свет уже после смерти автора. Отечественная медицина обязана М.Д. Машковскому не только этой книгой. Его жизнь, как жизнь, вероятно, любого талантливой, одарённого и преданного науке человека, полна была испытаний, трудностей и открытий.

Михаил Давыдович родился в 1908 г. в небольшом белорусском городке Пинске, на границе с Польшей, в семье учителя. Ещё во время его учёбы в гимназии городок захлестнули полити-

ческие события, и во время расстрела населения белополяками погиб отец. В конце 20-х годов он приехал в Москву с горячим желанием учиться. В его судьбе, становлении и выборе жизненного пути важную роль сыграли старшие братья, незаурядные личности и известные в своих областях специалисты – Яков Давыдович, авиатор и изобретатель, начальник первой в СССР парашютной школы, трагически погибший, и Шабсай Давыдович – член-корреспондент АМН СССР, известный инфекционист и эпидемиолог.

М.Д. Машковский закончил 2-й МГМИ им. Н.И. Пирогова. В 1934-1938 гг. он работал в НИИ Санитарного института Красной Армии военврачом II ранга. Именно в те годы увлекся особенностями использования фармацевтических препаратов в практической деятельности. Его учитель проф. В.И. Скворцов пригласил молодого специалиста работать во ВНИХФИ (Всероссийский научно-исследовательский химико-фармацевтический институт), где он проработал до последних дней жизни.

Первые исследования ученого, проведенные под руководством профессора В. И. Скворцова, были посвящены фармакологии дыхания, изучению алкалоидов из отечественного растительного сырья. Результатом этих оригинальных исследований явилось создание стимулятора дыхания — цитизина, превосходящего по активности зарубежный препарат лобелин, для получения которого в нашей стране отсутствовала сырьевая база. Ампульный раствор цитизина — цититон — был внедрен в производство и широко применялся, особенно в годы Великой Отечественной войны. Часть этих исследований вошла в кандидатскую диссертацию М.Д. Машковского “Материалы по фармакологии дыхания”, которую он защитил в 1939 г., в возрасте 31 года. А затем началась война.

23 июня 1941 г. военврач II ранга М.Д. Машковский попал на Северо-Западный фронт, затем воевал на 3-м Украинском, где ему пришлось и оперировать, и эвакуировать раненых, и быть военным токсикологом, в т.ч. главным токсикологом Украинского фронта. Имел многочисленные боевые награды, в том числе ордена Красной Звезды, Отечественной войны I и II степеней, медали за взятие Будапешта, Вены, освобождение Белграда и ряд других наград. В 1939 г. он подготовил краткую брошюру по ле-

карствам, и эта первая книжка на серой газетной бумаге была во время Великой Отечественной войны во всех медсанбатах и на всех фронтах.

В 1948 г. М.Д. Машковский защитил докторскую диссертацию, посвящённую фармакологии алкалоидов гелиотриданового ряда, в 1950 г. стал профессором. В 1961 г. он был избран членкором АН СССР. С 1978 г. – академик АМН СССР.

М.Д. Машковский возглавил в нашей стране фармакологические исследования, связанные с внедрением в медицинскую практику новых групп лекарственных средств – первых противогистаминных препаратов (димедрол, дипразин и др.), нейролептиков (аминазин, пропазин), антидепрессантов (импрамин, амитриптилин), и ноотропных препаратов (аминалон, пирацетам), синтетических анальгетиков, курареподобных препаратов (флакседил), НПВС (ортофен, бруфен), сердечно-сосудистых препаратов (клофелин, празозин), средств для наркоза (фторотан, кетамин, тиопентал натрия).

При непосредственном участии и под руководством М.Д. Машковского были созданы принципиально новые группы высокоэффективных оригинальных отечественных препаратов: анальгетиков (промедол и др.), антиаллергических (противогистаминных) средств (фенкарол, бикарфен), бронхолитических препаратов (тровентол), антидепрессантов (пиразидол, азафен, инказан), психостимуляторов (сиднокарб, сиднофен), холиномиметических и холиноблокирующих препаратов (ацеклидин, галантамин, метацин, апрофен), ганглиоблокаторов (димеколин), синтетических курареподобных препаратов (диплацин, квалидил), адреноблокаторов (тропафен, проксодолол), антиаритмических препаратов (нибентан). Всего под его руководством экспериментально изучено 8 тыс. химических соединений.

Монография “Фармакология антидепрессантов”, написанная в соавторстве с Н.И. Андреевой и А.И. Полежаевой, обобщает мировой и собственный опыт авторов по созданию препаратов для лечения депрессий. В монографии “Лекарства XX века” (1999) представлено видение развития фармакологической науки на фоне развития медицины. М.Д. Машковский являлся автором более 500 научных работ, 120 авторских свидетельств и патентов на изобретения, был членом редколлегии ряда журналов, главным редакто-

ром русского издания многотомного фундаментального информационного труда “Информация о лекарственных средствах для специалистов здравоохранения”, выпускаемого Фармакопейной конвенцией США.

Свыше 30 лет Машковский был председателем Фармакопейного комитета, и существующие в нашей стране высокие требования к качеству медикаментов во многом связаны с деятельностью ученого. В течение многих лет он был заместителем председателя Фармакологического комитета, экспертом ВОЗ по качеству лекарственных средств, сотрудничал с другими международными организациями.

Он являлся Почетным президентом всех прошедших конгрессов “Человек и лекарство”, которые пользуются авторитетом и популярностью в медицинском мире. В 1998 г. М.Д. Машковский получил орден «За заслуги перед Отечеством».

Машковский прожил 94 года, до конца дней сохранив ясность мышления, пытливый ум, интеллект, работоспособность. В рамках конкурса “Платиновая унция”, который проводится ежегодно среди тех, кто работает в фармацевтической отрасли, в 2002 г. учреждена премия имени академика Михаила Машковского. Эта премия будет вручаться ученым за особый вклад в развитие отечественной фармакологии.

Н.В.Шатрова

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Кафедра госпитальной терапии

**Кафедра организации медицинского обеспечения
в чрезвычайных ситуациях (медицина катастроф)**

Приближение качества жизни (КЖ) больного к уровню практически здорового человека является общей задачей терапии, в комплекс которой в последнее время все чаще включается применение образовательных программ для больных с соответствующей патологией. Показана эффективность образовательных программ в повышении КЖ у пациентов с бронхиальной астмой, сахарным диабетом, гипертонической болезнью.

Целью нашего исследования было оценить КЖ у больных остеоартрозом (ОА) и степень влияния обучения по образовательной программе для больных ОА на изменение КЖ. Для определения КЖ был выбран общий опросник SF-36 в переводе с оригинала. Оценка производилась условных единицах (баллах) в общей сумме 100 у.е. по группам критериев: ОЗ – общее восприятие здоровья (General Health); СС – сравнение самочувствия с предыдущим годом (Change Health); ФА – физическая активность (Physical Functioning); РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (Role – Physical); РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (Role – Emotional); ТБ – телесная боль (Bodily Pain); ЖС – жизнеспособность (Vitality); СА – социальная активность (Social Functioning); ПЗ – психическое здоровье (Mental Health).

Респонденты, включенные в исследование, были разделены на 3 группы общей численностью 59 человек. 1 группа – основная – пациенты с ОА, прошедшие полный цикл обучения в школе для больных ОА по образовательной программе, разработанной и апробированной кафедрой госпитальной терапии РязГМУ на базе Рязанской областной клинической больницы и Рязанского областного кардиодиспансера в 2000-2003 гг. (давность обучения более 3 лет) – 19 человек. 2 группа – контрольная А – практически здоровые – лица соответствующего возраста, не страдающие ОА и не обращавшиеся за медицинской помощью в течение последнего года – 18 человек. 3 группа – контрольная Б – пациенты с ОА, никогда не проходившие обучение по образовательной программе для больных ОА.

1 и 3 группы были сопоставимы по полу, возрасту, давности заболевания, рентгенологической стадии болезни, преимущественной локализации поражения (гонартроз).

Цикл обучения по образовательной программе для больных ОА включал 10 занятий, охватывающих по тематике основные вопросы самоконтроля и самоведения заболевания и в предыдущих исследованиях показал свою эффективность в плане уменьшения числа обострений ОА, степени выраженности суставного болевого синдрома при движении, количества обращений за медицинской помощью.

Приобретение пациентами в процессе обучения знаний о сво-

ей болезни способствовало улучшению функционального состояния суставов, изменению соотношения употребления лекарственных средств в сторону более современных и безопасных, снижению вероятности проявления неблагоприятных побочных эффектов медикаментозной терапии.

По результатам настоящего исследования выявлено, что основными критериями, существенно снижающими показатели КЖ у больных ОА в сравнении с практически здоровыми лицами (показатели 3 и 2 групп), стали общее восприятие здоровья (ОЗ $21,5 \pm 6,24$ у.е. в сравнении с $76,4 \pm 2,18$ у.е.), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ $25,8 \pm 8,04$ у.е. в сравнении с $74,0 \pm 7,15$ у.е.), жизнеспособность (ЖС $40,9 \pm 3,18$ у.е. в сравнении с $70,2 \pm 2,91$ у.е.), психическое здоровье (ПЗ $39,5 \pm 7,19$ у.е. в сравнении с $74,7 \pm 3,12$ у.е.).

Интересно, что показатели физической активности у больных ОА довольно тесно приближались к таковым у здоровых людей, а выраженность телесной боли в снижении КЖ не является ведущей (ТБ $45,4 \pm 6,78$ у.е.). В целом, у больных ОА выявлено снижение КЖ по всем критериям. В группе 1 отмечено достоверное улучшение всех критериев КЖ по сравнению с группой 3, за исключением показателей физической активности и роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, которые остались практически на прежнем уровне.

Существенно повысилась оценка общего восприятия своего здоровья (ОЗ $38,9 \pm 5,21$ у.е. в сравнении с $21,5 \pm 6,24$ у.е. у 3 группы), снизилась роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ $44,6 \pm 5,27$ у.е. и $36,9 \pm 7,12$ у.е. соответственно), телесной боли – связанной с уменьшением влияния суставного болевого синдрома на КЖ (ТБ $58,7 \pm 8,14$ у.е. и $45,4 \pm 6,78$ у.е. соответственно), повысился критерий психического здоровья, наметилась тенденция к увеличению социальной активности. Замечено, что свое самочувствие респонденты 1 группы оценивали довольно стабильным в течение последнего года (СС $49,8 \pm 4,88$ у.е. приближается к таковому у здоровых людей $53,2 \pm 3,70$ у.е.), что можно объяснить эффективным объективным торможением прогрессирования болезни.

Таким образом, у больных ОА выявлено снижение КЖ по

сравнению с уровнем КЖ практически здоровых людей. Применение образовательной программы для больных ОА в комплексе терапии способствует повышению КЖ пациентов за счет усиления их социально-эмоциональной адаптации, адекватного восприятия самой болезни и возможностей ее лечения.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА,
ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ
РАСПРОСТРАНЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Л.Г.Пятова, В.А.Мартынов

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ КОРРЕКЦИИ МИКРОФЛОРЫ И
ГЕПАТОПРОТЕКТОРА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ
ГЕПАТИТАМИ**

**Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии
и инфектологии ФПДО**

При вирусных гепатитах создаются благоприятные условия для изменения микробиоценоза кишечника. Нарушения количественного и качественного состава микрофлоры снижают детоксикационную функцию кишечника и увеличивают токсическую нагрузку на печень, что негативно влияет на развитие основного патологического процесса. Очевидно, что для эффективного лечения гепатита необходимы как восстановление поврежденных клеток печени, так и коррекция микрофлоры кишечника.

Целью настоящей работы являлось изучение клинической эффективности комбинации пробиотиков и гепатопротекторов при ОВГА и ОВГВ. Под наблюдением находились 102 пациента в возрасте от 18 до 40 лет, 39 мужчин и 63 женщины, госпитализированных для стационарного лечения с диагнозом острый вирусный гепатит А (ОВГА) и острый вирусный гепатит В (ОВГВ). В исследование включались пациенты с яркой клинической картиной заболевания, протекающего в легкой и среднетяжелой формах. Этиология вирусного гепатита подтверждалась выявлением соответствующих серологических маркеров методом иммуноферментного анализа (ИФА). В составе общепринятой комплексной терапии (пероральное либо при необходимости парентеральное введение растворов, сорбенты, симптоматические средства)

34 больным (основная группа) была назначена четырехкомпонентная терапия (бифидумбактерин форте, лактобактерин, дюфалак и силимар) в среднетерапевтических дозах, 14 пациентам бифидумбактерин форте и 14 – силимар, контрольная группа включала 40 больных. Курс лечения составил 15 дней. Комплексное лечение начинали в ранние сроки заболевания в среднем у больных ОВГА на $5,23 \pm 0,13$, ОВГВ на $5,51 \pm 0,12$ день желтухи. Пациенты с сопутствующими заболеваниями в исследование не включались. Основные и контрольная группы были сопоставимы по основным показателям, в том числе срокам начала лечения.

Эффективность лечения оценивалась по результатам динамического наблюдения за пациентами с регистрацией основных клинических симптомов заболевания, исследованием микробиологического пейзажа толстой кишки, анализов крови и мочи, а также биохимических параметров крови, характеризующих функцию печени.

У больных острыми вирусными гепатитами А и В применение комбинированной терапии в составе: бифидумбактерин форте, лактобактерин, лактулоза и силимар на фоне базисного лечения способствует достоверно более быстрой нормализации размеров печени, исчезновению интоксикации, тяжести в правом подреберье, иктеричности кожных покровов и боли в суставах, в сравнении с контрольной группой. Кроме того, такая терапия положительно влияет на функциональное состояние печени по показателям билирубина, холестерина, активности АЛТ и микробиоценоз кишечника. У больных острыми вирусными гепатитами А и В происходит возрастание концентрации бифидобактерий, а у больных острым вирусным гепатитом А увеличение количества кишечной палочки и позитивные изменения степеней дисбиоза.

Включение бифидумбактерина форте в базисную терапию больных острыми вирусными гепатитами А и В способствует статистически более быстрому исчезновению иктеричности кожных покровов, нормализации билирубина и уменьшению активности АЛТ, по сравнению с контрольной группой. У больных острым вирусным гепатитом А установлено также увеличение содержания кишечной палочки.

Использование наряду со стандартной терапией силимара у больных острыми вирусными гепатитами А и В оказало досто-

верное позитивное влияние на исчезновение интоксикации, тяжести в правом подреберье, нормализацию размеров печени и окраски кожных покровов, показатели билирубина и активность АЛТ и АСТ. Изменений кишечного микробиоценоза при применении силимара не выявлено.

Комплексная терапия, включающая пробиотики, пребиотик и гепатопротектор продемонстрировала большую клиническую эффективность у больных острыми вирусными гепатитами А и В, в сравнении с монотерапией бифидумбактерином форте и силимаром, так как оказывала влияние на большую часть клинических, биохимических и микробиологических параметров.

Н.Г.Коротких, Н.Е.Митин

**ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО
ЛОЖА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МАЗИ «ВИСПОСИЛ» ПОД БАЗИСОМ
НЕПОСРЕДСТВЕННОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА ПОСЛЕ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА**

**Воронежская государственная медицинская академия
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии**

В настоящее время констатируется значительное увеличение числа стоматологических больных, которым показано множественное одномоментное удаление зубов. Решением этой проблемы является непосредственное съемное протезирование. Однако, наряду с положительными эффектами: лечебным и профилактическим, непосредственный протез, помещаемый на постэкстракционную рану, обладает свойствами инородного тела, что осложняет процессы функциональной адаптации к нему.

Целью настоящего исследования явилось выявить эффективность медикаментозного воздействия мази «Виспосил» на ткани протезного ложа под базисом непосредственного съемного протеза после хирургической санации полости рта.

Обследовано 33 пациента в возрасте от 17 до 72 лет, которым проведена хирургическая санация полости рта и ортопедическое лечение с использованием непосредственных съемных протезов, под базис которых вводилась фитомазь «Виспосил». Патент № 2141816 от 27.XI.99, разрешение на клиническое применение Государственного института доклинической и клинической экс-

пертизы лекарств № 24-15/787 от 23.I.02.

Цитограммы, полученные нами с поверхности постэкстракционной раны условно разделялись на 5 групп:

Тип I. Соотношение сегментоядерные лейкоциты (СЯЛ) / (лимфоциты (Лм) + макрофаги (Мф)) более 0,5 (преобладание острого воспаления или свежие грануляции).

Тип II. Соотношение СЯЛ / (Лм + Мф) менее 0,5 (затухание острого воспаления, зрелые грануляции).

Тип III. Практически полное отсутствие СЯЛ, Лм и Мф при наличии скоплений парабазальных и базальных эпителиальных клеток (ранняя стадия регенерации).

Тип IV. Наличие в мазках преимущественно шиповатых клеток (поздняя стадия регенерации).

Тип V. Преобладание в мазках поверхностных эпителиальных клеток с пикнотичными ядрами (полноценное завершение регенерации, цитоморфологическое выздоровление).

Клеточные характеристики цитограмм перед наложением протеза и на следующий день ничем не отличались, тип I. Общее ускорение заживления простэкстракционной раны отмечалось на третий день, тип II. Процесс заживления прогрессировал, наблюдалась ранняя стадия регенерации, тип III между 3-м и 10-м днем. На 10-й – 15-й день в мазках преимущественно обнаруживались шиповатые клетки, тип IV. Полное завершение процесса в виде цитоморфологического выздоровления наступало между 14-м и 30-м днями наблюдения, тип V.

Полученные данные позволяют заключить, что с точки зрения цитоморфологии полное (полноценное) заживление постэкстракционной раны происходит к 30-му дню, при условии применения медикаментозной терапии путем введения фитомазы «Виспосил» под базис непосредственного протеза после хирургической санации полости рта.

Проведенное клиническое изучение эффективности применения фитопрепарата «Виспосил» позволяет рекомендовать ее к практическому применению.

О.В.Кондракова

ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ПАРОДОНТА

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Было принято 15 пациентов с аномалией зубов и пародонтитом тяжёлой степени для уточнения целесообразности ортодонтического лечения, сохранения зубов у взрослых пациентов при заболеваниях пародонта при значительной атрофии и резорбции костной ткани. Для таких пациентов характерны пастозность десен с явлением застойной гиперемии, кровоточивость, налет, зубной камень, наличие пародонтального кармана глубиной более 6 мм, подвижность зубов 2-3 степени, смещение зубов, травматическая окклюзия и артикуляция. На ортопантомограмме челюстей определяется деструкция межзубной перегородки более 1/2 длины корня, расширение периодонтальной щели, выраженные признаки остеопороза. Выявляется как горизонтальная, так и вертикальная резорбция межальвеолярных перегородок с образованием костных карманов.

Осложняют заболевания пародонта инфантильное глотание, нарушенное жевание, неправильная артикуляция языка с окружающими тканями, что может приводить к образованию травматического узла и смещению зубов в различных направлениях. Отсутствие регулярного и правильного ухода за полостью рта отягощает течение воспалительных заболеваний пародонта.

Ортодонтическое лечение начинали после санации полости рта и устранения воспалительных явлений в тканях пародонта и проведено при помощи эджуайз-техники. Лечение было комплексным: под наблюдением врача-ортодонта и врача-терапевта. У пациентов после начала ортодонтического лечения отмечали обострение пародонтита, не смотря на применение слабых сил. На период ретенции достигнутых результатов ортодонтического лечения использовали несъёмные шины, ретейнеры, шинирующие протезы. После завершения лечения проводилось зубочелюстное протезирование с целью устранения функциональной перегрузки оставшихся зубов. Средний срок лечения - 2 года.

По данным стоматологов-терапевтов Н.Ф.Данилевского, Е.А. Магид [и др.] (2005), В.С.Иванова (2003), прогноз заболеваний пародонта тесно связан с возрастом пациента. Патологический процесс в пародонте в молодом возрасте прогрессирует быстрее, чем у пожилых пациентов. Проводилось лечение в период сни-

жения функциональной активности зубочелюстной системы. Ортодонтическое лечение было осложнено ранней потерей отдельных зубов. Старались сохранять все зубы на период ортодонтического лечения с целью равномерного распределения жевательного давления, снижения хронической перегрузки пародонта, сохранения места для дальнейшего протезирования и шинирования.

Стремились сохранять зубы с поражением 2-3 степени. После комплексного лечения такие зубы могут быть использованы для образования устойчивых шинирующих блоков, способных воспринять жевательное давление (рис. 1). Они могут быть опорой для съемного зубного протеза. С увеличением подвижности зубов при заболеваниях пародонта уменьшается возможность их сохранения. Подвижность зубов влияет на выраженность воспаления тканей, окружающих зуб. Если подвижность зуба достигает 3 степени, прогноз положительных результатов ортодонтического лечения сомнителен, особенно когда верхушка корня окружена костной тканью высотой 3-5 мм.

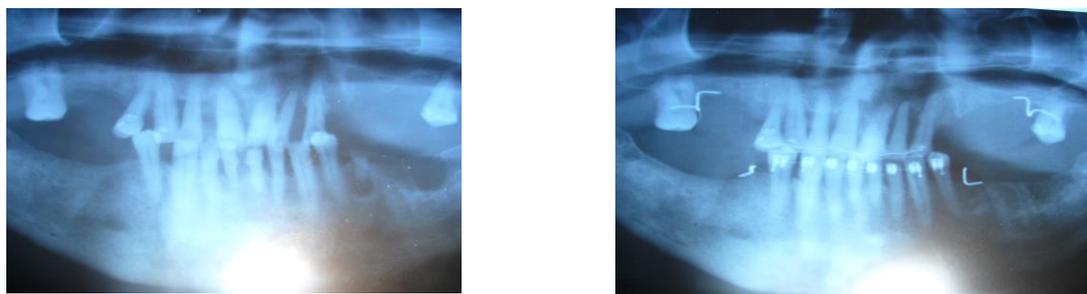


Рис. 1. Пациент М., 62 г. Тяжёлая степень пародонтита. До и по окончании ортодонтического лечения. Возможность остеосинтеза при выравнивании зубов и снижении хронической перегрузки пародонта.

Обширные поражения в области бифуркаций корней при вертикальном и горизонтальном типах деструкция костной ткани, глубина пародонтальных карманов 6-8 мм, подвижность 2-3 степени при пограничных состояниях у пациентов с сопутствующими заболеваниями приобретают большое значение – возникает необходимость принятия решения об удалении отдельных зубов.

У таких пациентов высота альвеолярного отростка и его плотность определяют устойчивость зуба. Убыль более 50 % костной

ткани, ее неравномерная деструкция являются неблагоприятным фактором для сохранения зубов и для ортодонтического лечения. Прогноз при локализации очага деструкции в межкорневой области моляров верхней и нижней челюстях менее благоприятен по сравнению с поражением других участков пародонта.

Н.Н.Стрелков, Л.П.Набатчикова, Н.Е.Митин

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО
РВОТНОГО РЕФЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ПОЛНЫЕ
СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ**

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Тошнота и рвота являются неспецифическими проявлениями физиологической реакции, в ответ на различные виды раздражителей, поступающих как из вне, так и изнутри организма. Данные явления необходимы для адекватного функционирования, и поддержания внутренней среды организма. Однако встречаются патологические тошнота и рвота, приносящие значительные трудности и страдания человеку.

Под тошнотой понимают неприятное, тягостное ощущение в области проксимального отдела пищеварительного тракта, эпигастрии, как правило, предшествующее рвоте.

Рвота представляет собой комплекс сложных соматических и висцеральных рефлексов. При этом начинают энергично сокращаться мышцы брюшной стенки и диафрагмы, расслабляется нижний пищеводный сфинктер, привратник сокращается, содержимое желудка выбрасывается в пищевод, а затем, в полость рта.

Проявление патологического рвотного рефлекса часто создают трудности для пациентов стоматологов-ортопедов. Особенно остро данная проблема затрагивает носителей съемных протезов.

Разработка методов купирования патологического рвотного рефлекса всегда являлась одной из актуальных тем в медицине в целом, и в стоматологии в частности. Однако попытки профилактики и, тем более, прогнозирования возникновения данного явления, как правило, были освещены крайне скудно.

Целью исследования явилось возможное прогнозирование возникновения патологического рвотного рефлекса у стоматологических пациентов, использующих полные съемные протезы.

Была обследована группа пациентов из 17 человек, пользую-

щихся съемными протезами на верхней челюсти (полными). Обследование проводилось путем анкетирования. В анкете содержались вопросы о виде протеза, наличии затруднений использования протеза, возникавшем ранее рвотном рефлексе в утренние часы (во время чистки зубов).

Из 17 человек, имеющих патологический рвотный рефлекс, носящих полные съемные протезы, 11 (64,7 %) респондентов отмечали ранее (до использования протезов) рвотный рефлекс в утренние часы. 3 (17,65%) человека ответили отрицательно, и 3 (17,65%) человека затруднились ответить. Результаты, полученные после исследования, указывают на наличие корреляции между утренней тошнотой и возможным возникновении патологического рвотного рефлекса при использовании полного съемного протеза.

Работа по изучению патологического рвотного рефлекса продолжается и выше приведена лишь часть данных эксперимента. Однако это небольшое исследование показывает возможность прогнозирования возникновения неприятного состояния с достаточно высокой долей вероятности.

На современном этапе развития медицины, когда профилактическая работа начинает занимать одну из лидирующих позиций, очень важна разработка методов прогнозирования разного рода патологических состояний. Патологический рвотный рефлекс доставляет массу неудобств своему обладателю. Кроме того, создает достаточные трудности врачам занимающимся болезнями полости рта. Возможность прогнозирования данного состояния дает шанс человеку заранее подготовиться к возможным грядущим последствиям, увеличивает доверие к врачу и, как следствие, обеспечит позитивный исход возможного ортопедического лечения.

Список литературы:

1. Буров Н.Е. Тошнота и рвота в клинической практике (этиология, патогенез, профилактика и лечение) / Н.Е. Буров // Рус. мед. журн. -2002. - Т.10, №8-9. - С.390-394.
2. Колмакова О.З. Тошнота и рвота: алгоритм диагностики и лечения / О.З.Колмакова, А.А.Шептулин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2000. - Т.10, № 4. - С.28-33.
3. Потапова С.И. Купирование повышенного рвотного рефлек-

са медикаментозными средствами / С.И.Потапова, И.И.Соколова, В.Ю.Потапов // Реабилитация больных с челюстно-лицевой патологией: материалы IV Межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. 60-летию РязГМУ. - Рязань, 2004. - С.179-182.

4. Рвота беременных: учеб. пособие для студентов и врачей / И.М.Миров, В.М.Уткин, Б.П.Чалых, Ю.К.Гусак. - Рязань, 1990. - С.39-40.

5. Рвота и тошнота: патогенез, этиология, диагностика, лечение / Э.П.Яковенко [и др.] // Фарматека. - 2005. - №1. - С.58-61.

Л.А.Позднякова, Н.П.Ермошина

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ НАСЛЕДСТВЕННООТЯГОЩЕННЫМ ПСОРИАЗОМ

**Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии
и инфектологии ФПДО**

Согласно общим представлениям, в настоящее время псориаз рассматривается как распространенное, наследственное, гетерогенное, гиперпролиферативное, воспалительное, Т-клеточное, аутоиммунное, хроническое заболевание кожи с возможным ассоциативным поражением других органов и систем.

Нарушения обменных процессов в крови и коже больных стойки, возникают рано, предшествуют клиническим проявлениям и, как полагают, генетически обусловлены, так как выявляются у клинически здоровых кровных родственников при семейном псориазе. Тип наследования, вероятно, является полигенным. У больных часто обнаруживают HLA класса I: HLA-B13, HLA-B17, HLA-Bw57, HLA-Cw6.

Цель настоящего исследования: оценка содержания продуктов перекисного окисления липидов (МДА) и активности ферментов антиоксидантной системы (супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, глутатион пероксидазы (ГП)) в мембранах эритроцитов больных псориазом с наследственной предрасположенностью.

Под нашим наблюдением находилось 255 больных псориазом в возрасте от 18 до 71 года. Из них мужчин – 130 (51%), женщин – 125 (49%). Основную возрастную группу составили лица среднего возраста (от 30 до 59 лет), занимающихся физическим трудом.

У 60 (23,5%) пациентов наблюдался вульгарный псориаз, у 138 (54%) - экссудативный, артропатический – 34 (13,3%), у 23(9,2%) больных диагностирована псориатическая эритродермия. 233 пациента (91,3%) находились в прогрессирующей стадии заболевания. При тщательном сборе анамнеза у 117 (45,8%) больных выявлено наличие псориаза у близких родственников. Причём наследственная отягощённость прослеживалась чаще по мужской линии.

Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – с отягощенной наследственностью (117 человек), 2-я группа – без наследственной отягощенности (138 человек).

При клинико-биохимическом обследовании этих пациентов у 154 из них обнаружено повышение активности трансаминаз, холестерина, триглицеридов, ускоренное СОЭ, лейкоцитоз (у 102 пациентов 1-й и 52 второй групп). Других изменений со стороны периферической крови и мочи не было. У 83 пациентов изучена активность следующих ферментов перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы (МДА, СОД, каталаза, ГП).

Материалами для исследования служили плазма крови, гемолизаты эритроцитов, капиллярная кровь. Статистическая обработка полученных результатов проводилась методами определения средних величин (M) с последующим вычислением стандартной ошибки средней ($M \pm m$). Вычислялись достоверности различий средних величин с определением коэффициента Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты проведенных нами исследований подтверждают изменения свободнорадикальных процессов у всех больных псориазом. Так, активность МДА была повышена у всех пациентов. Наиболее выраженные изменения МДА зафиксированы у больных при тяжелых по течению формах псориаза (экссудативном, артропатическом псориазе и псориатической эритродермии) у больных с отягощенной наследственностью. Можно предположить, что содержание МДА зависит от тяжести клинических проявлений псориаза и является генетически обусловленным. Напротив, активность показателей АОС (каталаза, ГП, СОД) у больных была резко в изучаемых группах. Наиболее выраженные изменения данных показателей были зафиксированы у пациентов с отягощенной наследственностью.

Таким образом, при псориазе наблюдается интенсификация процессов ПОЛ на фоне сниженной активности антиоксидантных

ферментов, причем, эти изменения коррелируют с тяжестью заболевания и отягощенной наследственностью. Выявленные изменения должны учитываться дерматологами при выборе алгоритма ведения и противорецидивного лечения больных псориазом, особенно у лиц с отягощенной наследственностью в анамнезе.

Е.Е.Жильцова

КАНДИДОЗНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ – ПРОБЛЕМА ТЕРАПИИ
Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии
и инфектологии ФПДО

Наиболее распространенными представителями условно-патогенной флоры, являющейся причиной грибковых заболеваний кожи и слизистых оболочек человека являются грибы рода *Candida*.

Частота кандидозного вульвовагинита за последние годы значительно увеличилась, и составляет 30-45 % в структуре инфекционных поражений вульвы и влагалища. Эта патология занимает одно из ведущих мест в практике врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов, и является частой причиной обращения женщин за медицинской помощью.

Особенностью данной инфекции является высокая частота, длительное течение, частое рецидивирование процесса, трудности в применении терапии у беременных женщин.

Основным возбудителем кандидоза у человека является *Candida albicans*, реже – *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, *Candida kursei* и некоторые другие. Развитию кандидозного вульвовагинита способствуют различные факторы: прием антибиотиков, противозачаточных средств, сахарный диабет, гиповитаминозы, иммунодефицитные состояния, кандидоз кишечника и других органов, урогенитальные инфекции. Решающую роль в развитии этого заболевания играет нарушение состояния равновесия в системе макроорганизм - микроорганизм.

С каждым годом совершенствуются препараты, применяющиеся для лечения грибковой инфекции. Завидное долголетие отмечается в применении противогрибкового препарата имидазольной группы – клотримазола. Это активное вещество, помимо противогрибковой активности, обладает выраженным действием на другие микроорганизмы, в том числе стрептококки, стафилококки, трихомонады.

Создание противогрибковых препаратов имеет 2 пути: создание новой формулы и изменение дозировки, имеющихся средств.

Препарат «Кандид 500» является продолжением разработки вагинальных противогрибковых препаратов и представляет собой клотримазол в дозировке 500 мг, что отличает его от «Кандида В6», в котором дозировка активного вещества составляет 100 мг.

Целью работы явилась оценка эффективности препарата Кандида 500 в лечении кандидозного вульвовагинита (КВ), определение сроков клинической и этиологической эрадикации.

Под наблюдением находилось: 69 женщин в возрасте от 17 до 41 года. 59 пациенток (85,5%) предъявляли жалобы на крошковидные выделения белого цвета из половых путей, зуд и жжение наружных половых органов. Хронический процесс отмечался у 78% , острый – у 22%. Всем женщинам проводилось комплексное обследование, которое включало: микроскопию мазка на гонококки, трихомонады, грибы рода *Candida*, влагалищную гарднереллу; измерение рН влагалищного отделяемого; посеvy для определения микоплазменной инфекции. Исследование методом ПЦР для определения хламидийной и микоплазменной инфекций.

При микроскопическом исследовании грибы рода *Candida* были обнаружены у 100% пациенток. Как моноинфекция кандидозный вульвовагинит отмечался у 8 женщин, что составило %. У остальных пациенток отмечалась смешанная урогенитальная инфекция.

Лечение кандидозного вульвовагинита без сопутствующей урогенитальной патологии проводилось препаратом «Кандид 500» вагинально, один раз в 5 дней, на курс лечения 2 свечи. Клиническое улучшение отмечалось на 2 день лечения: значительно уменьшалась гиперемия вульвы и влагалища, количество выделений, уменьшался или исчезал полностью зуд. Через 5 дней от начала терапии клиническое излечение наступило у 48 больных. Этиологическое подтверждение клинического излечения отмечалось у 45 пациенток, у 3 в общем мазке находили грибы рода *Candida*.

Учитывая отсутствие клинических проявлений можно думать о том, что у этих пациенток обнаруживали непочкующиеся грибы, которые являются условно патогенными и могут длительно находиться в такой форме в организме.

При смешанной инфекции лечение проводилось с применением иммуномодуляторов, ферментов, антибиотиков, эубиотиков, ге-

патопротекторов. В качестве антимикотика применялся «Кандид 500» вагинально, один раз в 5 дней, на курс лечения 3 свечи. Клиническое и этиологическое излечение кандидоза отмечалось у 97% пациенток. Такой высокий процент излечения при смешанной урогенитальной инфекции, по-видимому, связан с тем, что грибы рода *Candida* нередко являются маркерами других урогенитальных инфекций. Применение препарата «Кандид 500» как монотерапии и в комплексной терапии не вызвало побочных эффектов ни у одной пациентки.

Таким образом, «Кандид 500» является высокоэффективным препаратом для лечения кандидозного вульвовагинита как моноинфекции, так и в комплексной терапии заболеваний передающихся половым путем. И может использоваться как препарат выбора в практике акушеров-гинекологов и дерматовенерологов.

С.А.Косорукова

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии и инфектологии ФПДО

Алопеция – патологическое выпадение волос в местах присущего им роста, когда в силу тех или иных причин развиваются деструктивные и морфоструктурные изменения в области волосяного фолликула. В настоящее время тема алопеции весьма актуальна в дерматологии. Это связано с ростом заболеваемости, увеличением числа больных с тяжелыми формами алопеции, трудностями в терапии этих больных, проблемами социально-психологической адаптации, особенно в детском возрасте (существенно влияет на качество жизни, правильное формирование личности).

Целью работы явилось изучение патогенеза алопеции у детей. В настоящее время патогенез данной патологии остаётся до конца неизученным. Однако первостепенная роль отводится генетической предрасположенности, заболевание проявляется под влиянием экзогенных и эндогенных факторов. Этими факторами могут быть эндокринные, иммунные нарушения, психический стресс, дефицит цинка (заболевание сопровождается структурным изменением твердого вещества зубов и множественным кариесом), отравление катионами тяжелых металлов, единичные

наблюдения лямблиозной инфекции, также наличие бактериальной (эпидермальный стафилококк, золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк) и вирусной инфекции, нарушение функции гипоталамуса.

Под наблюдением находилось 29 детей (14 девочек и 15 мальчиков) в возрасте от 1 до 18 лет. Очаговая форма была зарегистрирована у 24 детей, диффузная - у 2, тотальная - у 3. Среди них у большинства детей отмечалась алопеция в прогрессирующей стадии (18 человек), у остальных – стационарной стадии (11 человек).

В нашем исследовании наследственность прослеживается у 4 детей. Немалое значение имеет воздействие на организм ионизирующего излучения. Трое детей в нашем исследовании проживали в зоне радиоактивного загрязнения. У 2 облысение появилось после гибели близкого родственника. Кроме того, 3 детей связывали появление алопеции с нейроинфекцией, краснухой, паротитом. У 8 отмечалась та или иная форма пищевой или лекарственной непереносимости. В 18 случаях у матерей наблюдалась патология беременности и родов.

Большая роль отводится высокой частоте сопутствующей патологии. Так, у всех детей отмечался дисбактериоз и дискинезия желчевыводящих путей; у 15 (51,7%) – другая патология ЖКТ (кариес зубов, хронический гастрит, гастродуоденит, панкреатизм, реактивный панкреатит); у 14 (48,1%) – астеноневротический синдром; у 10 (34,5%) – НЦД; у 5 (17,2%) – аутоиммунный тиреоидит, диффузный узловый зоб; у 4 (13,9%) – атопический дерматит, бронхиальная астма; у 3 (10,3%) – синдром внутричерепной гипертензии; у 2 (6,9%) – хронический тонзиллит и пиелонефрит.

При обследовании были обнаружены следующие изменения: в анализе кала на дисбактериоз у всех больных снижение общего количества кишечных палочек, бифидобактерий, увеличение количества кишечных палочек со слабоферментативными свойствами. У 3 детей обнаружены цисты лямблий. В биохимическом анализе крови отмечается повышение билирубина и аминотрансфераз.

С учетом отсутствия заболеваний печени данные могут рассматриваться как результат нарушения регуляции углеводного обмена со стороны высших вегетативных центров. 20 больным было проведено исследование иммунного статуса, у 13 детей в показателях клеточного иммунитета снижение субпопуляций Тл, Тх,

T_c и повышение иммунорегуляторного индекса (T_h/T_c), что говорит о недостаточности T_c, в связи с чем резко снижается их тормозящее действие на выработку В – лимфоцитами иммуноглобулинов, что проявляется в анализах повышением содержания IgG (этот иммуноглобулин указывает на наличие хронической инфекции в организме).

Однозначно ответить на вопрос о причинах и механизмах возникновения алопеции мы не можем. Однако можно с уверенностью утверждать, что это – мультифакториальное заболевание, мешающее нормальному формированию личности и психосоциальной адаптации, что особенно важно в детской среде. А дети с алопецией нуждаются в комплексном лечении совместно с педиатрами, гастроэнтерологами, эндокринологами, невропатологами, иммунологами, психиатрами.

М.В.Жучков

ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОГЕЛИОЗА С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

**Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии
и инфектологии ФПДО**

Дерматогелиоз (актиническая геродермия) это собирательное понятие, включающее совокупность морфологических изменений, как эпидермиса, так и собственно кожи при длительном регулярном воздействии ультрафиолетовых лучей А (320-400 нм) и В (280-320 нм) спектров. Клинические проявления этого симптомокомплекса весьма разнообразны и включают актинический эластоз, актиническое лентиго и актинический кератоз. Несмотря на то, что дерматогелиоз является в настоящее время центральной проблемой геронтодерматологии, достижения доказательной медицины в терапии этого состояния практически не востребованы российскими дерматокосметологами. Во многом это обстоятельство объясняется крайне низкой обращаемостью пожилого населения за косметологической помощью в развивающихся странах (Craven N.M., 2008). Тем не менее, возможности терапии актинической геродермии в эпоху доказательной дерматологии существенно расширились.

Терапия актинического эластоза и лентиго во многом идентична. Краеугольным камнем в этой терапии является топическая all-

trans-ретиноевая кислота (третиноин). Её применение на основе 0,05% крема 1 раз в сутки уже через месяц терапии разглаживает поверхностные морщины и осветляет очаги старческого лентиго. Это единственная терапевтическая модальность доказавшая свою эффективность в 6 крупных рандомизированных трайлах (Griffiths С.Е.М., 2007).

Применение транс-ретиноевой кислоты на основе лосьона или геля дает менее выраженный клинический эффект (Leyden J., 2007), а использование на основе мази не желательно, особенно в случае сопутствующего эластозу синдрома Фавра-Ракушо. В недавно опубликованных нерандомизированных исследованиях хорошие результаты показали при актиническом эластозе и лентиго топические изотретиноин, тазаротен, а так же применение альфа-гидрокси-кислот в субпилинговых концентрациях (Senagorta E., 2007). Альфа-гидрокси-кислоты (АНА) в концентрациях 5-20 % в недалеком будущем смогут составить реальную конкуренцию топическому третиноину не только по эффективности, но и по безопасности у пациентов с явлениями актинической геродермии. Эффективность химического пилинга различной глубины у данной категории пациентов достаточно высокая, но постоянно растущий с возрастом риск рубцевания и гиперпигментации значительно ограничивает широкое применение этой косметологической процедуры. Применение антиоксидантов (пероральных и топических) пока не оправдало себя в рандомизированных контролируемых клинических испытаниях и поэтому не может быть рекомендовано в данном случае (Griffiths С.Е.М., 2007). Применение различного рода косметической и космецевтической продукции оправдано лишь тогда когда ее применение удовлетворяет косметические потребности пациента. Это связано с тем, что активно рекламируемые косметические продукты не содержат лекарственных веществ, а их основным компонентом являются различные комбинации эмолентов оказывающих эффект лишь во время их применения.

Наиболее радикальными и дающими быстрый, но не всегда косметически приемлемый эффект, в лечении актинического кератоза хирургическими модальностями является дермабразия с использованием алмазных фрез, экстирпация, электродессикация и электрокоагуляция патологических очагов, а так же использо-

вание СО2-лазера и криодеструкция (Askerman A.V., 2006). К сожалению, все эти методики имеют весьма скромную доказательную базу, а их влияние на прогноз (за исключением дерматобразии) сомнительно (Helman D., 2007).

Применение различных терапевтических методик у пациентов актиническим кератозом дает хороший косметический эффект и в целом более безопасно. Свою эффективность в клинических исследованиях подтвердили внутриочаговые инъекции интерферона альфа-2b (3-х недельная терапия), 5% имиквимод на основе крема, комбинированная терапия низкими дозами перорального изотретиноина и топическим 5-фторурацилом (Beutner K.R., 2008). В настоящее время проводятся сразу несколько исследований эффективности и безопасности фотодинамической терапии с местным применением 5-аминолевулиновой кислоты в данной клинической ситуации, но уже сегодня можно с уверенностью говорить, что актинический кератоз станет наряду с болезнью Боуэна и базально-клеточной карциномой «полноправным показанием» к этой процедуре.

Таким образом, несмотря на отсутствие соответствующей доказательной базы, применение физических или химических солнцезащитных средств (с SPF от 15 до 50+) независимо от клиникo-морфологического варианта дерматогелиоза, является обязательным компонентом терапии этого заболевания.

Жучков М.В.

ПОКАЗАТЕЛИ КОНТРОЛЯ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ СКВАМОЗНО-ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ МИКОЗА ГЛАДКОЙ КОЖИ СТОПЫ
Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии и инфектологии ФПДО

Распространенность бронхиальной астмы в России среди взрослого населения по данным программы ISAAC составляет от 5,6 до 7,3 %. При этом показатели контроля симптомов данной респираторной патологии согласно результатам проекта GOAL остаются крайне неудовлетворительными. Одной из причин такого плохого контроля симптомов заболевания является значительная микогенная сенсibilизация больных астмой имеющих пер-

систирующий очаг грибковой инфекции (А.В.Соболев, 1998). Этим очагом часто является грибковая инфекция стопы, распространенность которой среди взрослого населения приближается к 30% (А.Ю.Сергеев, 2005).

Целью нашего исследования было изучение показателей контроля симптомов астмы и функции внешнего дыхания у пациентов со сквамозно-гиперкератотической формой микоза гладкой кожи стопы. В исследование были включены 32 пациента страдающие персистирующей формой бронхиальной астмой и сквамозно-гиперкератотической формой микоза гладкой кожи стопы. Критериями исключения были микотический анамнез менее 5 лет и сопутствующий онихомикоз. Группу контроля составили 24 пациентов с персистирующей формой бронхиальной астмы, не имеющие микотического поражения стопы. Контроль симптомов определялся у больных с помощью АСТ (Asthma Control Test), показатели степени тяжести бронхиальной астмы по критериям GINA 2002 года, с использованием данных спирометрии и пикфлоуметрии.

У всех больных (n=56) при поступлении в стационар мы отмечали отсутствие контроля симптомов астмы (АСТ < 19 баллов). Но в группе больных бронхиальной астмой и микозом гладкой кожи стопы показатели контроля симптомов астмы были хуже, чем в группе с бронхиальной астмой и лабораторным подтверждением отсутствия грибковой инфекции (средние значения АСТ составили 8,6 и 14,2 балла соответственно). Значимые различия между группами были выявлены также по показателям ОФВ1 (средние значения ОФВ1 составляли 51,4% от должных величин в группе коморбидных больных и 68,9 % в группе больных страдающих только бронхиальной астмой), вариабельность ПСВ (средние значения которой составляли 61,8% и 30,5% соответственно), удельный вес больных с стероидо-зависимой астмой (18 больных (56,3%) в группе сочетанной патологии и 5 больных (20,8%) в группе контроля). При посеве сквамозных элементов пораженной кожи стопы у 56,7% пациентов был идентифицирован возбудитель микоза *Tr.rubrum*. У остальных больных посев роста культуры на среде Сабуро не дал. По этому принципу пациенты были разделены на две подгруппы (пациенты с рубромикозом и с не идентифицированным возбудителем), средние значения АСТ в которых составляли 9,6 и 7,9 баллов соответственно.

Полученные статистически достоверные различия в показателях контроля симптомов можно объяснить микогенной сенсibilизацией в группе коморбидных пациентов страдающих бронхиальной астмой. Данный факт нельзя объяснить высокой частотой приема пероральных глюкокортикоидов, а значит и большей распространенностью грибковой инфекции у априори тяжелых больных. По нашим данным в подгруппах пациентов бронхиальной астмой не получающих стероиды «внутри» различия в показателях контроля симптомов между больными с микозом стоп или без такого так же статистически достоверны. Более того, по данным исследования «Ахиллес» прием системных стероидов может являться фактором риска только онихомикоза, а не микоза гладкой кожи стопы. Ранее нами был подтвержден факт влияния длительности грибкового анамнеза на выраженность микогенной сенсibilизации, поэтому в данное исследование были включены только пациенты, страдающие микозом стоп более 5 лет. Более низкие показатели контроля симптомов астмы у больных с не идентифицированным возбудителем микоза стоп заставляют задуматься о возможной «не дерматофитной этиологии» грибковой инфекции, что в свою очередь требует дальнейшего изучения.

Н.А.Головач, Н.П.Ермошина, В.Г.Макарова

ИММУННЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии
и инфектологии ФПДО

Угревая болезнь (вульгарные угри, акне) – одно из наиболее частых заболеваний кожи поражающее до 85% молодых людей в возрасте от 12 до 24 лет. Уровень заболеваемости акне не только не имеет отчетливой тенденции к снижению, но и констатируется его существенное увеличение. Возникая, в так называемом, "переходном возрасте", когда резко обострено критическое отношение к собственной внешности, угри вызывают у подростков подчас серьезные психологические проблемы: состояние депрессии, ощущение неполноценности, чувство безнадежности из-за непрерывного появления новых высыпаний на открытых участках кожи.

Патогенез акне сложен и до конца не изучен. Актуальной проблемой остается и его терапия, которая должна оказывать влия-

ние на основные звенья патогенеза дерматоза, быть эффективной, безопасной при длительном применении, учитывая хроническое течение процесса.

Известно, что у больных угревой болезнью обнаружены существенные изменения на уровне всех звеньев иммунитета: снижение активности Т- и В-лимфоцитов, изменение количественного состава субпопуляций лимфоцитов, содержания иммуноглобулинов, что предполагает формирование иммунодефицитного состояния и способствует длительному, затяжному течению заболевания. Длительная интоксикация бактериальной инфекцией, в свою очередь, приводит к понижению неспецифической иммунологической реактивности организма. Анализ данных литературы позволяет сделать заключение об отсутствии единой трактовки характера иммунных изменений при вульгарных угрях.

Цель исследования: исследовать состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных страдающих угревой болезнью в зависимости от распространенности процесса, длительности заболевания, степени тяжести.

Под наблюдением находилось 43 человека (21 мужчина и 22 женщины) в возрасте от 14 до 25 лет. Из 43 пациентов у 28 больных наблюдались распространенные высыпания, т.е. вовлечение в процесс кожи лица, спины, груди. У 15 человек угревая сыпь локализовалась только на коже лица. По степени тяжести патологического процесса больные распределились следующим образом: легкое течение - у 11 человек, средней тяжести - у 21, тяжелое у 11 пациентов.

У 24 человек длительность заболевания составляла от 1 года до 3-х лет, 19 пациентов отмечали наличие высыпаний свыше 3 лет.

У 28 больных с распространенным процессом наблюдалось снижение как относительного, так и абсолютного количества CD3+, CD8+ лимфоцитов по сравнению с группой пациентов с локальной формой угревой болезни. Отмечалось выраженное повышение CD20+, CD16+, CD25+ у лиц с поражением лица, спины, груди по сравнению со значениями указанных показателей у пациентов с ограниченными высыпаниями. Анализ показателей гуморального иммунитета при распространенных высыпаниях у больных показал следующее. У пациентов с локализацией высыпаний на лице, спине, груди отмечалось повышение уровня IgA по

сравнению с нормальными значениями. Напротив, у лиц с локальным поражением было выявлено повышение IgG. При оценке фагоцитарного звена иммунитета в зависимости от площади поражения при локальном поражении кожи наблюдался более низкий процент фагоцитоза, чем при распространенных высыпаниях.

Проанализировав иммунологические показатели в зависимости от длительности заболевания, было выявлено, что у больных, страдающих акне свыше 3 лет более низкие показатели относительного и абсолютного количества CD3⁺ лимфоцитов по сравнению с лицами, с течением болезни от 1 до 3 лет. В обеих исследуемых группах уровень CD20⁺ лимфоцитов значительно превышал нормальные значения. В системе гуморального иммунитета у лиц, страдающих угревой болезнью свыше 3 лет отмечен повышенный уровень IgA. Содержание IgG увеличивалось у лиц с длительностью заболевания до трех лет.

Процентное содержание CD8⁺ лимфоцитов при легкой степени тяжести акне сохранялось в пределах нормы, при средней – снижалось. При всех формах заболевания отмечалось резкое повышение уровня В-лимфоцитов с маркером CD20.

Было выявлено возрастание показателей CD16⁺ (NK-клетки), CD25⁺, соотношения при всех степенях тяжести вульгарных угрей. У больных тяжелой степенью акне были отмечены наиболее низкие значения относительного и абсолютного количества CD3⁺ лимфоцитов, по сравнению с другими группами. Уровень В-лимфоцитов с маркером CD20⁺ был ниже, чем при легкой и средней степенях заболевания. Отмечены повышение показателей CD16⁺ (NK-клетки), CD25⁺. Относительное и абсолютное количество Т-киллеров (CD8⁺) при данной степени тяжести находилось в пределах нормы.

При оценке фагоцитарной системы при всех степенях тяжести наблюдалось снижение процента фагоцитоза, индекса завершенности фагоцитоза. У больных с тяжелой степенью заболевания отмечался высокий уровень IgA. Содержание IgM было повышенным у всех исследуемых групп.

Таким образом, у пациентов, страдающих угревой болезнью наблюдалось нарушение клеточного и гуморального звеньев иммунитета, что подтверждалось понижением процентного содержания Т-лимфоцитов (CD3⁺, CD8), повышением уровня В-лимфоцитов

(CD20⁺, CD25⁺) возрастанием иммуноглобулина А (IgА) данные изменения более выражены при тяжелой степени и распространенной форме акне, а также при длительности заболевания до 3 лет. Существует необходимость включения в комплексную терапию угревой болезни препаратов с иммуномодулирующим действием.

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

**А.В.Дмитриев, Т.Г.Ткаченко, В.И.Петрова, Г.Е.Макарова,
Т.Н.Ахабанина**

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии

Согласно данным ежегодного мониторинга патология нервной системы в нашем регионе составляет 20% от общей перинатальной заболеваемости. Поражение ЦНС не всегда сопровождается яркой клинической симптоматикой. Ее проявления могут быть минимальными, отсутствовать или протекать под маской соматической патологии.

Метод нейросонографического исследования головного мозга новорожденных и детей грудного возраста в настоящее время является повсеместно распространенным. Высокая информативность и возможность проведения многократных исследований, безопасность для пациента позволяют все шире применять эхографию не только в стационаре, но и в амбулаторной практике. Активное использование ультразвукового обследования головного мозга у новорожденных и детей первого года жизни позволяет диагностировать ранние структурные нарушения ЦНС, определять и контролировать лечение пациента, прогнозировать исход заболевания.

Целью исследования являлась оценка частоты и характера патологических изменений при скрининговом ультразвуковом исследовании головного мозга у детей первого года жизни в условиях стационара и амбулаторно.

В течение 2005-2006 гг. обследовано 2860 детей. У 2296 новорожденных с различной патологией нейросонография проведена

на базе ОДКБ в течение первого месяца жизни на аппарате “Logic- 400”. 564 ребенка обследованы амбулаторно в возрасте от 1 месяца до 1 года в условиях детской городской поликлиники № 5 на аппарате “Medison-4800”.

Среди обследованных новорожденных 1558 родились доношенными, 738 – родились преждевременно. В нозологической структуре по данным отделения выхаживания недоношенных детей и отделения патологии новорожденных за 2006 год на перинатальное поражение ЦНС различного генеза приходится соответственно 84,5% и 78 %. Летальность у доношенных новорожденных составляет 0,3%, у недоношенных детей – 2 %.

В ходе нейросонографии структурные изменения диагностированы у 29% доношенных новорожденных и у 47% детей, рожденных преждевременно. Наиболее частой патологией диагностированной у доношенных новорожденных оказалась ЭХО-картина отека мозгового вещества (11,9%), кровоизлияния в мозг (11,1%) различной локализации. В качестве нейросонографических находок выявлены асимметрия боковых желудочков, гипоэхогенность структур головного мозга, пороки развития, опухоль мозга. У недоношенных детей лидируют кровоизлияния в мозг (22,6%), реже диагностировались асимметрия боковых желудочков (10,9%), ЭХО-картина отека вещества мозга (8,6%), гипоэхогенность структур головного мозга (1,9%), пороки развития мозга (0,8%), очаги ишемического поражения (0,6%).

Амбулаторно в режиме скринингового исследования обследованы неврологически “здоровые” дети первого года жизни. При нейросонографии в 17 % случаев выявлены патологические изменения. В большинстве случаев диагностировались последствия перенесенного кровоизлияния в мозг в виде венрикуломегалии (15,6%), расширение межполушарной щели и большой цистерны мозга (7,5%). К редкой патологии можно отнести обнаруженную кисту III желудочка, кальцинат зрительного бугра, расширение полости прозрачной перегородки.

Нейросонографическое исследование у детей первого года жизни позволяет проводить раннюю топическую диагностику, дифференциальную диагностику патологии ЦНС, выявлять структурные изменения головного мозга у неврологически “здоровых” детей. Таким образом, ультразвуковое исследование ЦНС

является необходимым скрининговым методом обследования у детей первого года жизни в условиях родильных домов, отделений выхаживания недоношенных, патологии новорожденных, амбулаторной практике педиатра.

А.В.Дмитриев, В.В.Юркова, О.А.Ненахова

**ОЦЕНКА МАКРОМОЛЕКУЛЯРНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ У
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАЗНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА**

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии

**Кафедра биологической химии с курсом клинической
лабораторной диагностики**

ЖКТ обладает функцией барьера, препятствующего поступлению во внутреннюю среду организма макромолекул пищевых веществ, токсинов кишечной микрофлоры, живых микроорганизмов и вирусов. Эта функция в норме обеспечивается сложной системой защитных механизмов, ограничивающих всасывание антигенов в кровь. Кишечный барьер включает в себя эпителиальный слой, пищеварительные ферменты, нормальную микрофлору и лимфоидную ткань. Расширение проницаемости барьера в результате его незрелости в раннем возрасте является одним из патогенетических факторов формирования пищевой непереносимости, болезни Крона, неспецифического язвенного колита, целиакии, сепсиса. Поэтому адекватное становление барьерной функции ЖКТ является залогом благополучной постнатальной адаптации к внеутробной жизни.

У новорождённых детей в силу несовершенства ферментативных, иммунных, регуляторных механизмов резервы для исключения антигена невелики. Особенно уязвимы в этом отношении дети с осложнённым течением внутриутробного периода и родов, малым сроком гестации, нарушением формирования кишечного биоценоза. В связи с этим определение макромолекулярной проницаемости для сохранивших антигенную структуру веществ как интегрального показателя состояния кишечного барьера имеет диагностическое значение.

Для оценки макромолекулярной проницаемости используют различные методы. В частности, всасывание низкомолекулярных индикаторов проницаемости (ПЭГ, декстранов, рентгенокон-

трастных веществ, Cr^{51} -ЭДТА). Однако, использование этих методов в детском возрасте небезопасно. Альтернативным подходом является тестирование проницаемости кишечного барьера с помощью оценки всасывания и экскреции пищевых белков, а именно основного белка грудного молока – α -лактоальбумина. Учитывая низкий уровень содержания этого белка в сыворотке крови и моче детей после пероральной нагрузки, для его определения требуется высокочувствительный метод, которым является твёрдофазный двухвалентный иммуноферментный тест.

Цель работы: тестирование макромолекулярной проницаемости кишечного барьера с помощью α -лактоальбумина грудного молока у недоношенных новорождённых детей разного гестационного возраста. Кровь для определения α -лактоальбумина забирала через 160-170 минут после первого кормления грудным молоком, которому предшествовал 6-часовой ночной перерыв, в течение которого происходила полная элиминация антигена. При исследовании почечной экскреции α -лактоальбумина мочу собирали в течение 12 часов.

Проницаемость барьера ЖКТ с возрастом по мере созревания у ребёнка барьерной функции ЖКТ снижается. В течение первого месяца жизни у детей с относительно благоприятным течением неонатального периода происходило 2-кратное снижение проницаемости и экскреции α -лактоальбумина. Влияние степени зрелости состоит в замедлении снижения проницаемости с возрастом. Это влияние менее заметно. Новорождённые различного гестационного возраста при тестировании проницаемости для α -лактоальбумина в начале позднего неонатального периода и второго месяца жизни имели близкие по значению показатели.

Выводы.

1. Процессы поглощения и экскреции α -лактоальбумина у недоношенных новорождённых испытывают определённое влияние возраста и степени зрелости.

2. Проницаемость барьера ЖКТ с возрастом снижается.

3. Отмечается удлинение периода повышенной проницаемости у детей с малым сроком гестации.

Р.А.Гудков, М.А.Бугулова

КАЧЕСТВО СНА И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЕГО НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии

Качество сна – важная составляющая здоровья человека и качества жизни в целом. Нарушение сна – распространенный неспецифический синдром многих заболеваний и расстройств. Хорошо изучено нарушение сна при бронхиальной астме, гипертрофии аденоидов, аллергическом рините, наблюдающееся вследствие ночной гипоксии, при сахарном диабете – вследствие ночной гипогликемии, при рефлюксной гастроэзофагеальной болезни из-за рефлюксной реакции. В этих случаях нарушение сна является причиной соответствующей дневной (утренней) симптоматики, проявляющейся в виде неудовлетворённости сном, головной боли, снижения работоспособности и т. д.

Нарушение сна сопровождают эндогенные интоксикации, сосудистые заболевания мозга и вертебро-базилярные расстройства, является важным компонентом неврастения и депрессивных расстройств. В существенной части случаев диссомния у детей носит изолированный характер и определить её нозологическую принадлежность не удаётся.

Существуют несколько классификаций нарушений сна, в общем, выделяют расстройства засыпания, собственно нарушения сна и пробуждения. Чрезмерно длительное засыпание вечером может сопровождаться различного рода негативными ощущениями и в последующем ребёнок может иметь тревожное ожидание времени сна взамен нормальной положительной окраски. Внутренняя структура сна может быть нарушена кратковременными пробуждениями, в части случаев представляющими фрагментацию сна. Свообразным нарушением сна у детей следует считать энурез, имеющий высокую распространённость в дошкольном возрасте. Кроме того, у детей чаще, чем у взрослых наблюдаются снохождение и сноговорение. Большая группа нарушений сна представлена расстройством сновидений, практическое значение у детей имеют ночные кошмары. Расстройства фазы пробуждения у детей включает неудовлетворённость сном при пробуждении, наличие в этой фазе патологических симптомов, таких как головная боль, чувство тяжести или состояние «невысыпания» в различных формах. Последнее состояние очень распространено у школьников, однако следует выделять расстройства вызванные

сокращением времени сна или нарушением ритма сна и бодрствования. Преждевременное пробуждение у детей встречается значительно реже, чем у взрослых.

Обнаружено, что фактическая распространённость и структура нарушений сна у детей в целом и при различной патологии недостаточно изучены. Несмотря на имеющийся в настоящее время большой интерес к изучению сна, в том числе у детей, мало данных о взаимосвязи этих расстройств и конкретных заболеваний, об их клиническом значении. Изучение сна у детей раннего и дошкольного возраста имеет известные сложности. Как правило, при этом используются сведения сообщаемые родителями. Объективный метод - исследование электрической активности головного мозга в различные фазы сна – вряд ли может быть широко использован в клинике.

В клинической практике имеется потребность в простых методах оценки качества сна, которые могут быть использованы для диагностики, определения тяжести нарушения, и прежде всего – оценки эффективности лечебных мероприятий. Мы разработали опросник для детей среднего и старшего школьного возраста, апробировали и оптимизировали его в ходе предварительного клинического интервьюирования и провели исследование 198 детей в возрасте от 9 до 17 лет. Основную группу составили 112 детей с хроническими заболеваниями, находящихся на стационарном лечении в областной детской больнице. У детей этой группы были диагностированы такие заболевания как бронхиальная астма, хронические гастродуоденит и пиелонефрит, сахарный диабет. Большинство детей имели сочетанную патологию с различной степени выраженными астено-невротическими и вегетативными проявлениями. Контрольную группу составляют 86 условно здоровых учащихся, посещающих школу в 1 смену.

Опросник содержит 24 вопроса, объединённые в несколько разделов. Первый раздел включает вопросы о подготовке ко сну и характере фазы засыпания, внутренние характеристики сна (интерфаза), в частности, касающиеся сновидений, фаза пробуждения - удовлетворенность сном, а также некоторые дневные составляющие режима и анамнестические данные. Возможные ответы унифицированы и оценены в баллах, что позволяет проводить сравнение пациентов и их групп, а также статистическое изучение.

Менее 30% детей ложатся спать до 22 ч 30 минут, большинство детей (56,5%) - с 23 до 24 часов, почти каждый пятый ребенок – после полуночи. Причем для больных детей позднее укладывание более характерно. Режим сна соблюдают только 30% детей, больные дети придерживаются сна в определённые часы в 2 раза реже. Большинство детей испытывают по вечерам сонливость, но после того как ложатся все равно не могут заснуть.

В норме человек должен засыпать за 10-20 минут, регулярное засыпание более 30 минут можно считать расстройством, поскольку данная ситуация обычно сопровождается негативным восприятием со стороны пациента. В нашем исследовании такое нарушение отметили более трети здоровых и больных детей. 24,2% здоровых и 39,4% больных детей считают, что они засыпают с трудом. Известно, что качественный сон часто определяет характер времяпровождения перед сном. Считается, что просмотр телевизора, игра в компьютер не способствуют здоровому сну, тем ни менее именно данные занятия выбирают большинство детей.

Одной из патологических характеристик сна являются мешающие сну навязчивые мысли. Их отмечают больше половины, как больных, так и здоровых детей. Ночные пробуждения имеют больше одной трети детей. Снохождение и сноговорение выявлены у каждого 5 ребенка. Взаимосвязь между характером сновидений и уровнем здоровья рассматривается неоднозначно, тем не менее, этот вопрос представляет известный интерес. Мы исследовали этот вопрос и выяснили, что 25-30% детей не видят снов. Ночные кошмары, безусловно, являются признаком расстройства или болезни. Кошмарные сновидения отметили половина детей, причем 28% детей страдают ими регулярно. У больных детей кошмары встречаются достоверно чаще. Оценка характера сновидений у детей довольно затруднительна, так как многие дети не запоминают содержание снов. По нашим данным половина детей не помнят фактического содержания своих снов, а сохраняют в памяти только их эмоциональную окраску и только каждый десятый может уверенно воспроизвести содержание сна. Каждый второй ребёнок считает, что не высыпается, причем такая критическая оценка более характерна для здоровых детей.

Здоровые дети просыпаются до 7 часов утра в 67,2% случаев, а больные только в 26,3%, после 8 часов – 30,2% больных и в 2 раза

меньше здоровых. Данный факт подтверждает закреплённый в народной мудрости вывод о пользе раннего пробуждения. Так же мы изучили дневные составляющие и определили, что сонливость после обеда испытывает каждый 5 ребенок, причем больные в 2 раза чаще. Около 55% детей испытывают сонливость во время занятий в школе. Большинство детей независимо от состояния здоровья чувствуют значительную усталость после школы.

Несомненно, на характеристику сна оказывают влияние некорректируемые социальные условия, и детский организм в этом отношении обладает значительными резервами адаптации. Тем не менее, диссомния обычно ассоциирует с каким либо хроническим заболеванием или функциональным расстройством, что подтверждает наше исследование. Нарушения сна имеют чрезвычайно широкое распространение у детей школьного возраста, мы их наблюдали у 75% детей. Регулярное нарушение режима сна может способствовать манифестации или обострению различной патологии. Основные нарушения сна чаще отмечаются у детей, имеющих хронические заболевания, в данном случае они выступают как один из самых распространенных неспецифических синдромов, а качество сна является важным индикатором течения болезни и эффективности терапии.

**Р.А.Гудков, Т.Г.Ткаченко, Н.В.Власова, Е.И.Шоркина,
Е.Е.Шатская**

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии
ГУЗ «Рязанский областной консультативно-диагностический
центр для детей»**

МУЗ «Городская клиническая больница №11», г. Рязань

Заболевания органов пищеварения у детей в силу своей широкой распространенности представляют актуальную медико-социальную проблему. Всеми отечественными исследователями отмечается рост заболеваемости на протяжении последних двух десятилетий. Можно выделить три аспекта такой динамики. Во-первых, за указанный период времени существенно улучшились возможности инструментальной диагностики, что определило

рост частоты диагнозов хронического гастродуоденита и дискинезии желчевыводящих путей. Во-вторых, произошли изменения в методологических подходах к диагностике: больше внимания уделяется функциональным заболеваниям, появились новые нозологические единицы, новые классификации. В-третьих, очевидны объективные причины роста гастроэнтерологической заболеваемости детей. В качестве основных факторов или гипотез рассматривают глобальные изменения в питании, в частности вскармливании детей раннего возраста, ксенобиотическую (в том числе медикаментозную) нагрузку.

Несмотря на улучшение возможности диагностики и совершенствование гастроэнтерологической службы остаётся высокой доля детей с несвоевременно диагностированными заболеваниями, высокая частота трансформации функциональной патологии в органическую и формирования осложнений. Анализ публикуемых данных, а также собственные ранее проводимые исследования показывают, что гастроэнтерологические заболевания у детей имеют отчётливую возрастную динамику. Распространённость функциональных нарушений со стороны всех отделов пищеварительного тракта в неонатальном и грудном возрасте приближается к 100% и обусловлена перинатальными неврологическими и гастроэнтерологическими повреждениями, проблемами вскармливания. Тем не менее, в большинстве случаев наблюдается адаптация и компенсация функций – в ясельном, дошкольном и младшем школьном возрасте частота диагностируемой патологии значительно снижается. Следующий скачок заболеваемости наблюдается в подростковом возрасте. При этом, как правило, диагностируются уже хронические заболевания, что показывает запоздалость диагностики и неэффективность профилактических мер.

Целью нашего исследования является разработка мер, которые позволили бы повысить эффективность диспансеризации детского населения в отношении своевременного выявления гастроэнтерологической патологии, профилактики заболеваемости и её прогрессирования. Нами был проведен анализ заболеваемости детей болезнями органов пищеварения по показателям медицинской статистики, амбулаторной и стационарной медицинской документации, данным направленного анкетирования и интервьюирования больных и «условно здоровых» детей.

Показатели заболеваемости детей Рязанской области болезнями органов пищеварения характеризуются ростом с уровня 30-60‰ в первой половине 90-х годов до 102,1‰ в 2007 г. В общей структуре заболеваемости на неё приходится 4,6-4,9%, в диспансерной группе - 10,6%, среди причин инвалидности - 1,9%. Диспансерная гастроэнтерологическая группа включает неоднородные по тяжести случаи заболеваний – от функциональных расстройств до тяжёлых органических повреждений.

По данным изученных отчётов хроническая патология органов пищеварения диагностирована у 2,5% от всех детей. В тоже время, обследование школьников средних классов выявило, что жалобы и симптомы гастроэнтерологического плана систематически отмечаются у каждого четвёртого, среди старшеклассников – у каждого третьего или второго, среди детей школьного возраста, имеющих другие хронические заболевания – у 68,8%.

Заболевания желудочно-кишечного тракта диагностируются в большинстве случаев по обращаемости в поликлинику, в части случаев – при госпитализации, очень редко - при медосмотрах. Пик диагностики приходится на средний и старший школьный возраст. Однако, ретроспективный анализ показывает, что первые симптомы чаще были отмечены уже за 3-5 лет до постановки диагноза. Почти во всех случаях выявлялись отчётливые факторы риска и отягощенный ранний анамнез. Хотя, следует отметить, что указанные факторы риска и отягощённость анамнеза широко распространены во всей детской популяции, независимо от состояния здоровья. Столь же широко распространены среди детей нарушения пищевого поведения. Интервьюирование родителей выявило следующие проблемы: игнорирование со стороны родителей имеющихся жалоб ребёнка, недостаточно внимательное отношение к ним, отсутствие консультации врача, отсутствие попыток коррекции рациона и пищевого поведения, недостаточная последовательность врачебного наблюдения, отсутствие информации и долгосрочных рекомендаций.

Наиболее часто у школьников диагностируются воспалительные заболевания гастродуоденальной зоны и функциональные билиарные расстройства. Гастриты и дуодениты в структуре гастроэнтерологической заболеваемости занимают 23,8%, в структуре диспансерной гастроэнтерологической группы - 41,8%. На

нарушения билиарного тракта приходится 17,2%, в диспансерной группе – 31,7%. Диагностика гастродуоденитов пропорциональна доступности и частоте направления на эндоскопическое обследование, диагноз хронического гастрита в 38,2% выставлен на основании однократного эндоскопического выявления поверхностного гастрита. Дискинезии желчевыводящих путей диагностируются более чем в четверти случаев на основании некоторых изменений, выявленных при УЗИ (без соотнесения с клиникой).

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки впервые диагностируется в среднем в 36 случаях в год, в диспансерной гастроэнтерологической группе на эти заболевания приходится 2,1%, что составило в 2007 г 178 детей. Обращает внимание группа детей (22,7%) с впервые выявленной язвой двенадцатиперстной кишки и признаками длительно текущего процесса. Среди детей с диагностированной язвой обращает внимание преобладание мальчиков, высокая частота курения и распространённость факторов социального неблагополучия. В структуре больных с язвенно-эрозивным повреждением слизистой верхних отделов пищеварительного тракта имеется группа детей, длительно получающих противовоспалительные препараты.

Функциональные расстройства верхних отделов пищеварительной системы в структуре гастроэнтерологической заболеваемости по статданным составляют 4,7%. Анализ амбулаторных карт показывает недостаточную информированность участковых педиатров в вопросах диагностики функциональных расстройств органов пищеварения. В тех случаях, когда эндоскопическое исследование не выявляло воспалительных изменений дальнейшее лечение и наблюдение ребёнка оказывалось не адекватными. Отмечен низкий уровень своевременной диагностики запоров у детей разного возраста. Более половины родителей детей с хроническими заболеваниями, у которых в качестве сопутствующего состояния диагностированы запоры, не имели представления о нормальной частоте стула у ребёнка, не считали характер дефекации у него поводом для обращения к врачу.

В ведении ребёнка с патологией пищеварительной системы (по данным опроса родителей и анализа амбулаторных карт) основную роль играет врач-гастроэнтеролог, участковые педиатры занимаются обследованием и лечением только в 1 случае из 7. Ро-

дители в 75% случаев отмечают недостаточную доступность помощи специалиста с одной стороны, и неудовлетворённость помощью участкового врача – с другой. Из 172 детей госпитализированных с эндоскопической картиной поверхностного гастрита адекватное обследование и лечение на амбулаторном этапе получили менее 52% детей.

Существенные особенности имеет комплаентность детей и их семей. В подавляющем большинстве случаев обследованные дети имели сочетанную патологию, в качестве сопутствующих нарушений наиболее распространены были психо-неврологические расстройства. В 54,5% случаев дети в течение года получали два и более раза антибактериальную терапию по поводу острых инфекционных заболеваний. В 75% случаев ребёнок наблюдался одновременно несколькими врачами-специалистами. Как правило, родители отмечали сложности координации назначений специалистов. Полностью рекомендации врача выполнили при первом обращении или после первой госпитализации не более 75% семей, после повторного обращения (обострения) – менее 50%. Время с момента обострения заболевания до обращения к врачу с каждым разом увеличивалось, каждый третий при третьем-четвёртом обострении к врачу не обращался, нарастала частота самолечения. Отмечено, что с увеличением длительности наблюдения выраженность (острота) симптоматики уменьшается, но вместе с тем снижается эффективность терапии и комплаентность. Каждый четвёртый родитель отметил отсутствие удовлетворяющей его информации о прогнозе и долгосрочных рекомендаций со стороны врача. Наибольшие проблемы в сумме имели пациенты с функциональными расстройствами и с диагнозом «хронический гастродуоденит». Родители отметили эффективность стационарного лечения детей, независимо от кратности госпитализации. Однако вызывает опасение развитие черт госпитализма у повторно госпитализированных детей.

Таким образом, заболевания органов пищеварения у детей диагностируются преимущественно по обращаемости, имеется высокая доля несвоевременно диагностированных случаев. Существует относительная гипердиагностика хронических воспалительных заболеваний при гиподиагностике функциональной патологии. Существует тенденция избыточной госпитализации детей с заболе-

ваниями гастроэнтерологического профиля, при недостаточной эффективности поликлинической помощи этим пациентам.

Целесообразно повышение роли поликлиники и участкового педиатра в ведении детей с широко распространёнными гастроэнтерологическими заболеваниями. Для оптимизации диагностики заболеваний органов пищеварения у детей, особенно дошкольного и младшего школьного возраста, следует использовать методы активного скринингового выявления с использованием опросников для детей и родителей. Полезно учитывать проспективные группы риска среди детей, имевших в грудном возрасте выраженные общие расстройства и нарушения пищеварения. При наблюдении детей с определёнными хроническими заболеваниями, в особенности сочетанными, высокой медикаментозной нагрузкой следует иметь гастроэнтерологическую настороженность. Необходимо шире внедрять образовательные программы для семей и школьников.

М.С.Коваленко, В.Г.Чикин, Л.М.Соломатина

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА И РОДОВ
У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН СТАРШЕ 35 ЛЕТ**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и
гинекологии ФПДО

В условиях снижения рождаемости особое значение приобретает качество здоровья детей, которое в значительной мере зависит от здоровья матери, особенностей течения беременности и родов.

Наиболее благоприятным для деторождения является возраст женщин с 18 до 35 лет. В возрасте после 35 лет у большинства женщин отмечается угасание репродукции, неблагоприятное течение беременности. Поэтому выявление особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у первородящих женщин критических возрастных периодов представляет значительный интерес для практической медицины.

Цель исследования: анализ течения гестационного процесса и родов у первородящих женщин старше 35 лет при трехлетнем наблюдении. Проведено исследование здоровья, образа жизни, течения беременности и родов, послеродового периода у первородящих женщин старше 35 лет; состояния здоровья новорожден-

ных.

В Рязани с января 2005 г. по июль 2008 г. родоразрешено 25 женщин в возрасте 35 лет и старше. Одной из причин позднего наступления первой беременности у 17 женщин (68%) явилось позднее вступление в брак. Повторные браки были у 8 первородящих (32%). Незарегистрированные браки составили 6 случаев (24%). Другой немаловажной причиной явилось бесплодие, имевшее место у трети женщин этой группы. Средний возраст менархе - $13,6 \pm 0,07$ лет. Средний возраст начала половой жизни – $24,8 \pm 0,39$ лет. Среди гинекологических заболеваний преобладали воспалительные заболевания женских половых органов – у 6 (24%), на втором месте – миома матки – у 5 (20%), эндометриоз – 1 (4%), кисты яичников – 1 (4%). Расстройства менструального цикла имели 3 женщины (12%).

Наиболее частым осложнением во время беременности был гестоз – у 21 женщины (84%), из них у 5 – тяжелой степени (20%) и у 10 – средней (40%). Гестозы тяжелой и средней степени протекали на фоне соматической патологии: гипертонической болезни, нейроциркуляторной дистонии, ожирения, миопии, эндокринной патологии, хронического пиелонефрита. Второе по частоте осложнение – угроза прерывания беременности – у 16 женщин (64%). Далее, анемия – у 9 (36%), токсикоз первой половины – у 6 (24%), многоводие – у 3 (12%), маловодие – у 3 (12%), тазовое предлежание – у 2 женщин (8%).

Родоразрешение у 22 первородящих старше 35 лет (88%) произведено путем кесарева сечения, причем у 7 преждевременно на сроке – 35-37 недель (28%). В структуре показаний к операции кесарева сечения преобладали экстрагенитальные заболевания – 39%, бесплодие – 44%, гестозы – 31%. В экстренном порядке произведено 7 (32%) операций кесарева сечения. Кровопотеря во время операции в среднем составила 600 мл. Роды через естественный родовой путь были у 3 первородящих женщин старше 35 лет (12%). Средняя продолжительность родов 10 ч (1-й период 9 ч, 2-й – 50 мин, 3-й – 10 мин). Во всех случаях отмечалась слабость родовой деятельности. В одном случае проводилась амниотомия, в двух – эпизиотомия. Кровопотеря в родах: 250 мл.

Выводы. 1. Первородящие в возрасте после 35 лет входят в группы высокого риска по развитию гестозов на фоне экстраге-

нитальных заболеваний. Течение гестационного процесса чаще осложняется угрозой прерывания беременности, анемией, чаще отмечается маловодие и многоводие.

2. Возрастные особенности организма накладывают отпечаток на течение родового акта: отмечается слабость родовой деятельности, возникают ситуации (преэклампсия, острая гипоксия плода, преждевременная отслойка плаценты), требующие экстренного оперативного родоразрешения. С целью рождения живого, не травмированного ребенка, в 88% случаев беременность закончена операцией кесарева сечения.

М.С.Коваленко, Л.М.Соломатина, О.И.Пыхтунова

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ БЕРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства
и гинекологии ФПДО

МУЗ «Городской клинический родильный дом №2», г.Рязань

Общеизвестно, что социально-экономические изменения в обществе отразились в смене стереотипов поведения в подростковой среде. Снизилась заинтересованность подростков в занятиях спортом, у них отсутствуют необходимые знания и социальные мотивации для сохранения и укрепления собственного здоровья; в то же время, получили широкое распространение такие вредные привычки, как курение, употребление алкогольных и наркотических веществ. Эти привычки ассоциируются с определенным сексуальным поведением, превращаются, как и вступление в интимные отношения, в символ взросления.

Цель исследования: анализ распространенности вредных привычек среди беременных подростков.

Проведен анонимный опрос подростков, наблюдавшихся по беременности в женской консультации и родильном доме №2 г.Рязани в 2007 г. Как показали данные анонимного опроса, доля ни разу не пробовавших курить составляет лишь 4,2%, а общий удельный вес некурящих на момент опроса немногим превышает четверть — 28,6%. Показательно, что как доля ни разу не пробовавших курить, так и удельный вес курящих регулярно мало изменяются с возрастом, то есть уже к 15 годам почти треть девушек выкуривает около пачки сигарет в день и более.

Аналогичная картина складывается и в отношении употребления девушками алкогольных напитков. Лишь 5,2% беременных несовершеннолетних полностью воздерживается от них, тогда как почти три четверти (72,8%) заявили, что употребляют их «изредка, по праздникам», каждая пятая респондентка (20,6%) - употребляет алкоголь несколько раз в месяц, а 1,4% - 2 раза в неделю и чаще, то есть практически ежедневно.

Отчетливой возрастной динамики частоты употребления алкогольных напитков, как и в случае с курением, не выявлено.

Респондентки, употребляющие алкоголь «по праздникам», полагают, что обычно при приеме алкоголя достигают состояния легкого опьянения, тогда как каждая пятая достигает, по собственной оценке, опьянения средней степени, а отдельные девушки – сильного опьянения. Среди пьющих регулярно, то есть несколько раз в месяц и чаще, опьянения средней степени достигает половина опрошенных, а сильного опьянения – 13,6%.

Иными словами, эти подростки употребляют алкоголь не только чаще, но и больших количествах. Учитывая склонность пьющего человека приуменьшать степень своего опьянения, результаты вызывают серьезные опасения.

Еще больший ущерб здоровью подростка, чем курение и алкоголь, способны принести наркотики. По данным проведенного в настоящем исследовании анонимного анкетирования (возможно, не совсем полным, с учетом степени откровенности респонденток), 9,8% беременных несовершеннолетних, 6,9% девушек, ведущих половую жизнь, и столько же случайно отобранных старшеклассниц хотя бы раз в жизни пробовали употреблять наркотические и стимулирующие препараты в немедицинских целях.

Респонденткам задавался также вопрос, направленный на выявление скрытой готовности к употреблению наркотиков: «Если в компании курят гашиш или употребляют разные стимулирующие вещества, как Вы ответите на предложение попробовать?». Каждая пятая девушка-подросток допускает для себя гипотетическую возможность согласиться на такое предложение в смоделированной ситуации, так как они дали ответы «согласюсь» или «не знаю, все зависит от обстоятельств», обращает на себя внимание тот факт, что готовность к подобному эксперименту выше в группе 15-летних по сравнению с более старшими девушками.

Таким образом, выявлен высокий уровень распространения вредных привычек у беременных подростков. Разумеется, продолжение курения, употребления алкогольных напитков и наркотических препаратов в период беременности особенно опасно для организма юной женщины и тем более будущего ребенка, если она планирует беременность сохранять.

ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

О.В.Медведева, О.Е.Коновалов, Н.В.Чвырева

ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ
(НА ПРИМЕРЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО

Сохранение репродуктивного потенциала населения России - важная стратегическая задача демографической политики, а сложившаяся демографическая ситуация в значительной мере определяет режим воспроизводства населения [3].

Еще в 1995 г. в Российской Федерации коэффициент рождаемости снизился до 9,3‰, а показатель смертности составил 15,0‰, что привело к выраженному отрицательному естественному приросту (-5,7‰). В Рязанской области демографическая ситуация была еще более трагична: в 1995 г. коэффициенты рождаемости и смертности составили 7,8‰ и 17,9‰ соответственно, а показатель естественного прироста – (-10,1‰).

До 2002 г. в области отмечалось устойчивое снижение рождаемости на фоне роста смертности (рис. 1).

Самые низкие показатели рождаемости зафиксированы в 2000-2001 гг. (7,0‰), это ниже, чем в целом по Российской Федерации (7,7‰ и 8,0‰ соответственно) и по Центральному Федеральному округу (8,7‰ и 9,1‰ соответственно).

В отдельные годы среди городского населения уровень рождаемости был в 1,5 раза выше, чем среди сельского. Основной причиной этого является уменьшение доли жителей в возрасте 20-39

лет в общей численности сельского населения [2].

В условиях выраженной миграции населения области и почти полной (до 97%) занятости женщин репродуктивного возраста в общественном производстве, в 80-е гг. прошлого века тенденция к формированию малодетной семьи приобрела явно выраженный характер.

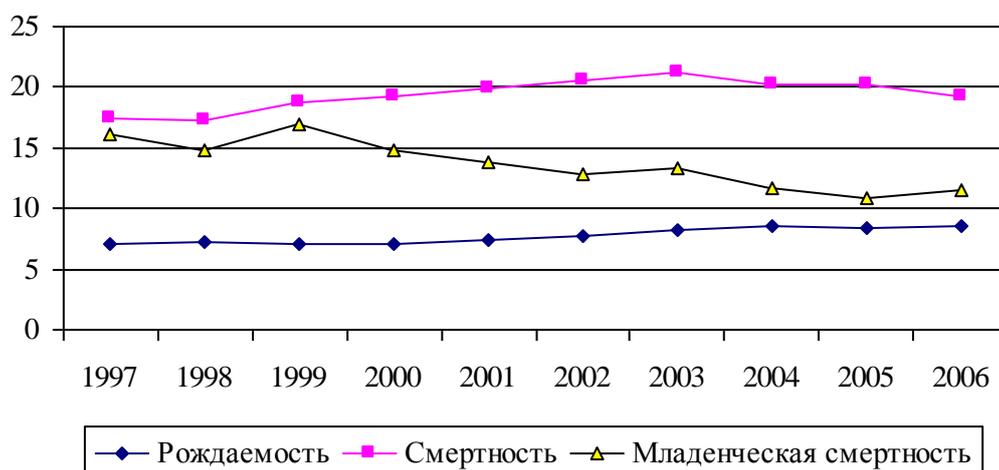


Рис. 1. Динамика показателей естественного движения населения Рязанской области за 1997-2006 гг.

Уже в 1985 г. на детей, родившихся третьими и более по счету, приходилось всего 10,4%, а в городских поселениях еще меньше - 6,8%, начиная с 90-х гг., картина заметно ухудшилась.

В 1994 г. в Рязанской области доля первенцев составила 65,1%, тогда как удельный вес детей, родившихся третьими и более по счету по Рязанской области, составил - 9,0%.

В 2002 г. картина несколько изменилась: уменьшилась доля первенцев (61,6%), однако вырос, хотя и не значительно (в 1,3 раза), удельный вес детей родившихся вторыми по счету, что можно объяснить относительной экономической стабилизацией общества. В то же время доля детей, родившихся третьими и более по счету, сократилась в 1,5 раза и составила 6,0%.

Для простого воспроизводства населения необходимо, чтобы суммарный коэффициент рождаемости был равен 2,16-2,17 ребенка. В Рязанской области за 1990-2005 гг. этот коэффициент составлял немногим больше единицы, а в 2000 г. для городского населения он был меньше единицы (0,995). И только в 1990-

1991 гг. для сельского населения Рязанской области его значение было 2,250 – 2,050 соответственно [2].

Самые высокие показатели смертности в Рязанской области отмечались в 2002 и 2003 гг. (20,5‰ и 21,2‰). Уровень смертности населения области в 2002 году превысил общероссийский в 1,2 раза, а по Центральному Федеральному округу – в 1,4 раза [1].

Выраженное влияние на показатели общей смертности оказывает уровень младенческой смертности. Показатели младенческой смертности в Рязанской области не превышают аналогичные показатели по Российской Федерации и Центральному Федеральному округу. Динамика показателей младенческой смертности за указанные годы не имела четко выраженной тенденции ни к росту, ни к снижению. Относительно монотонный характер динамики этого показателя свидетельствует о том, что действие факторов, определяющих его уровень, отличался большим постоянством.

Очевидно, ведущая роль в формировании динамики младенческой смертности принадлежит факторам социально-гигиенического характера, которые в обычных условиях не имеют тенденции к скачкообразным изменениям.

В целом показатели естественного движения населения Рязанской области достаточно близки к показателям Российской Федерации. Они характеризуются беспрецедентным в мирное время высоким уровнем смертности и падением рождаемости, что еще в 90-е годы прошлого века привело к отрицательному естественному приросту, сохраняющемуся и в настоящее время.

Литература:

1. Демографический ежегодник. Рязанская область. – Рязань, 2006. – С. 37-60.
2. Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 года.- М.,2003. - 48 с.
3. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России / О.П. Щепин [и др.] – М.,2007. – С 23-84.

Н.В.Чвырева, О.Е. Коновалов
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ
ВНЕ СЕМЬИ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО

В современной литературе уделяется достаточно большое внимание проблеме состояния здоровья детей, воспитывающихся вне семьи, что связано с неуклонным пополнением вышеназванного контингента. В Российской Федерации мы наблюдаем тенденцию к устойчивому росту численности детей-сирот, что в свою очередь способствует расширению домов ребенка, детских домов, школ-интернатов и социальных приютов. При попадании в вышеперечисленные учреждения ребенок оказывается в условиях эмоционального стресса и психологической дезадаптации. «Адаптационный синдром» проявляется замкнутостью, плаксивостью, капризностью детей, отказом их от еды, нарушением сна, что, в свою очередь, проявляется снижением массы тела, учащением и утяжелением заболеваний. Не приходится сомневаться в том, что это отрицательным образом сказывается на здоровье детей, оставшихся без попечения родителей.

Состояние здоровья детей, воспитывающихся вне семьи, имеет свои особенности. Как правило, для детей-сирот помимо повышенной общей заболеваемости характерны инфекционные заболевания, нарушения физического, психического и социально-психологического развития.

За период пребывания в домах ребенка, детских домах, интернатах практически у каждого ребенка выявляются отклонения от нормального развития. Даже, несмотря на качественный уход, полноценное питание и медицинское обслуживание дети, оставшиеся без семьи, отстают в физическом и психическом развитии от своих сверстников. Нельзя забывать и о том, что основной частью воспитанников учреждений для сирот, являются дети из группы риска. Дальнейшее пребывание их в закрытых учреждениях, как правило, приводит к ухудшению основных показателей здоровья и накоплению соматической патологии.

С первого года жизни воспитанники детских домов имеют немаловажные отличительные черты в своем психическом статусе. Они апатичны, медлительны, лишены жизнерадостности. Данные признаки ложатся в основу формирования личности ребенка. И с

возрастом к уже имеющимся отклонениям присоединяются новые: задержка речевого развития и овладения предметными навыками.

Здоровье ребенка определяется образом жизни матери во время беременности. Зачастую, матери таких детей во время беременности имеют вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем, прием наркотических препаратов, а также ведут асоциальный образ жизни. Нередко это женщины, не состоящие на учете в женской консультации в течение всего периода беременности, которая протекает на фоне инфекционных заболеваний.

При анализе социальной среды, из которой вышли дети-сироты, выявляется наличие в ней двух ведущих факторов социального риска: тяжелые материальные условия и алкоголизм родителей. Социальный статус детей, воспитывающихся вне семьи, также достаточно разнообразен. Среди таких детей преобладают дети, рожденные вне официального брака, дети из многодетных семей или дети, у которых родители находятся в местах лишения свободы.

В современном обществе обнаружился новый феномен – «скрытое» социальное сиротство. Под влиянием тяжелых жизненных ситуаций, падением нравственных устоев в семье наблюдается изменение отношения к детям, вытеснение их из семей, следствием чего является увеличение беспризорности.

Главенствующая роль в обеспечении дальнейшей жизнедеятельности детей-сирот принадлежит органам опеки и попечительства. Но в деятельности таких учреждений имеются довольно значимые недостатки. Это отсутствие преемственности между учреждениями закрытого типа и учреждениями здравоохранения и образования, частая их смена, неопределенность в содержании деятельности социальных служб. Стоят новые задачи по подготовке высококвалифицированных кадров – психологов, педагогов, социологов, которые могли бы помочь в успешной адаптации детей и подростков к сложившейся тяжелой жизненной ситуации.

В настоящий момент уже предприняты первые шаги в данном направлении. Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 года была утверждена федеральная целевая программа «Дети России» на 2007 – 2010 годы.

Программа предусматривает решение следующих задач по проблеме здоровья детей-сирот:

- профилактика социального неблагополучия семей с детьми,

защита, в первую очередь, интересов и прав детей;

- усовершенствование системы по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних детей;
- проведение эффективной реабилитации детей, попавших в сложную жизненную ситуацию;
- профилактика социального сиротства;
- постепенный переход от содержания детей в учреждениях интернатного типа к семейным формам устройства;
- обеспечение профессиональной подготовки и социальной защиты выпускников интернатных учреждений.

Вышеназванные задачи планируется реализовывать в условиях Программы «Дети России» на 2007 – 2010 годы за счет средств, перечисляемых Правительством Российской Федерации.

О.В. Медведева

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ БРАЧНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО

Брачность и разводимость являются одними из составляющих процесса воспроизводства брачной структуры населения. За 1990-2000 гг. в Рязанской области отмечалась тенденция к снижению как брачности (с 8,4‰ до 5,9‰), так и разводимости - с 9,2‰ до 7,6‰.

В последующие годы динамика показателей брачности населения характеризуется незначительным ростом числа браков на 1000 жителей: с 6,7 в 2001 г. до 7,2 в 2005 г. Одновременно имело место увеличение частоты разводов (с 7,6 до 10,0 на 1000 жителей), негативные последствия которых не сглаживают и повторные браки. В 1989 г. в семьях проживало 85,8% жителей Рязанской области, из каждой 1000 мужчин в Рязанской области 54 находились в разводе, среди женщин – 68 [1].

За период между переписями число лиц, никогда не состоявших в браке, увеличилось на 13% (табл. 1).

Доля мужчин, никогда не состоявших в браке, по итогам проведенных переписей примерно одинакова, однако, в целом по об-

ласти, она несколько больше, чем доля женщин (19,4% и 22,9% против 12,7% и 14,7% соответственно). Кроме того, за прошедший между переписями период она выросла 1,2 раза, как у мужчин, так и у женщин. Удельный вес женщин, состоящих в зарегистрированном браке, в Рязанской области ниже, чем удельный вес мужчин, как в 1989 г. (57,5% и 72,1% соответственно), так и в 2002 г. (54,2% и 64,8% соответственно).

Таблица 1

Распределение мужского и женского населения Рязанской области по состоянию в браке в возрасте 16 лет и старше по данным переписей 1989 и 2002 г.г. (в % к итогу)

	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	1989	2002	1989	2002	1989	2002
Население в возрасте 16 лет и более в том числе:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
никогда не состоявшие в браке	15,7	18,4	19,4	22,9	12,7	14,7
состоящие в браке	64,0	57,9	72,1	64,8	57,5	54,2
вдовы	14,0	14,0	2,9	3,9	22,8	22,2
разошедшиеся, разведенные	6,3	9,7	5,6	8,4	7,7	8,9

Обращает на себя внимание разница между удельным весом вдовых мужчин и женщин. Для мужчин, в целом по области, он равен 2,9% в 1989 г. и 3,9% - в 2002 г., тогда как для женщин – более 22%.

Число пар, расторгнувших брак, возросло на 37%. По официальным данным ежегодно расторгается примерно около 9 тыс. браков (в 1989 г. их было в 2 раза меньше), в результате - почти 7 тыс. несовершеннолетних детей, остались без одного из родителей [2]. Возрастной пик разводимости приходится на 25-39 лет (около 40% всех расторгнутых в 2002 г. браков), при этом, примерно половина разводов приходится на молодые супружеские пары, прожившие в браке менее пяти лет. Это, в свою очередь,

привело к повышению доли разведенных в брачной структуре населения (с 6,3% в 1989 г. до 9,7% в 2002 г.). Особенно это важно для женщин, поскольку для них вступление в повторный брак весьма затруднено из-за диспропорции населения по половому и возрастному составу.

Доля разведенных женщин в 1989 г. также была несколько выше, чем доля разведенных мужчин (7,7% и 5,6% соответственно), однако уже в 2002 г. эти доли стали одинаковыми, что может свидетельствовать о нежелании как женщин, так и мужчин регистрировать новые браки. Неблагоприятное развитие брачно-семейных отношений способствует росу внебрачной рождаемости. В 1989 г. доля внебрачных детей составила в Рязанской области 9,3% от общего числа родившихся. Ситуация еще больше обострилась в последующие годы.

При проведении последней переписи было проведено исследование незарегистрированных брачных союзов, распространение которых привело к увеличению числа детей, рожденных вне юридического брака. За 1989-2002 гг. доля таких детей увеличилась более, чем в 2 раза и составила 22,5% от общего числа ежегодных рождений: если в 1989 г. почти каждый одиннадцатый ребенок был рожден вне официального брака, то в 2002 г. - почти каждый пятый. Однако 41% этих детей зарегистрированы по совместному заявлению отца и матери, т.е. фактически признаются отцом (такое явление характерно для большинства европейских стран) [1].

Хотя сами по себе показатели брачности и разводимости не носят санитарно-демографического характера, однако уровень брачности, как, впрочем, и разводимости, связан с рождаемостью и оказывает влияние на формирование семьи и изменение семейной структуры населения.

Литература:

1. Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. - М., 2003. - 48 с.
2. Демографический ежегодник. Рязанская область. – Рязань, 2006. – С. 62-80.

Н.А.Афонина

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО

Хронические болезни органов дыхания, возникают еще в дошкольном возрасте, в значительной степени определяют здоровье человека в последующие периоды жизни. Поэтому выявление и ранняя профилактика данной группы заболеваний, имеет большое медико-социальное значение.

Раннее выявление основных факторов риска хронических заболеваний позволяет разработать основные направления профилактики. Ее проведение условно можно разделить на три этапа.

Первый этап – до наступления беременности. Это мероприятие, которые направлены на воспитание у будущих матерей формирование ответственного отношения к своему здоровью и здоровью потомства. В кабинетах здорового ребенка детских поликлиник необходимо обучать здоровому образу жизни, вести разъяснительные беседы по следующим направлениям:

- организация правильного, сбалансированного питания;
- устранение возможных антигенных веществ в быту и в школе;
- закаливание организма;
- профилактика заболеваний передаваемых половым путем;
- профилактика курения и употребление алкогольных напитков.

Также должна проводиться просветительная работа в общеобразовательных учреждениях, необходимо читать лекции, выпускать санбюллетени. Кроме того, в детских поликлиниках необходимо проводить мероприятия по раннему выявлению групп риска развития патологии у потомства при наличии в анамнезе у девочек данных, указывающих на наличие наследственных заболеваний у нее самой и родственников, а также других провоцирующих факторов, которые могут привести к возникновению хронических болезней органов дыхания. В центрах медицинской профилактики основной задачей должно являться воспитание здорового образа жизни будущих родителей.

Второй этап – во время течения беременности. Работа должна проводиться с беременными женщинами с первых месяцев беременности в женских консультациях, в центрах планирования се-

мы и в центрах медицинской профилактики. На этом этапе необходимо тесное сотрудничество педиатра, терапевта, акушера-гинеколога в вопросах раннего формирования групп риска по развитию данной патологии у их потомства.

В женских консультациях должны осуществляться следующие мероприятия по выявлению:

- хронических заболеваний у женщины и отца;
- хронических заболеваний у родственников родителей;
- выявление и своевременное лечение экстрагенитальной патологии;
- выявление и лечение токсикозов беременности;
- необходимо раннее обучение в школе беременной женщины на ранних сроках и в конце беременности;
- организация правильной диеты;
- исключение во время беременности аллергенов как пищевых, так и бытовых;
- осторожное применение лекарств;
- разъяснение необходимости грудного вскармливания, правильного введения прикорма, уход за грудным ребенком;
- соблюдение режима дня, регулярная уборка жилья, эмоциональный покой в семье, прогулки на свежем воздухе, закаливание ребенка;
- своевременная санация хронических очагов инфекции, как у матери, так и у ребенка.

Третий этап – после рождения ребенка. Это мероприятия по профилактике заболеваний у детей раннего возраста. Данные мероприятия должны проводиться в детских поликлиниках и в детских дошкольных учреждениях. Особое внимание должно уделяться работе с детьми из групп риска, у которых возможно возникновение хронических болезней органов дыхания.

В детских поликлиника выделяют детей, относящихся к группам риска:

- с неблагоприятной наследственностью по развитию отдельных заболеваний;
- перенесших гипоксию в родах, имевших в период новорожденности выраженную токсическую эритему, себорею волосистой части головы, опрелости;
- переведенных на искусственное вскармливание в первые три

месяца жизни;

- перенесших заболевание на первом месяце жизни.

В задачи педиатра, помимо осмотров, надо включать выявление семейных факторов риска формирования заболеваний в раннем возрасте, диагностику ранних признаков заболеваний, назначение своевременной терапии, согласование рекомендаций с другими специалистами. На основании полученных результатов необходимо проводить индивидуальное прогнозирование развития отдельных заболеваний у детей и отнесение их к соответствующей группе риска.

Таким образом, профилактика хронических болезней органов дыхания должна проводиться комплексно по всем направлениям, и при этом необходима совместная работа органов здравоохранения, образования, социальной защиты населения.

О.Е. Коновалов, М.А. Сычев

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
РАБОТНИКОВ БЮДЖЕТНОЙ СФЕРЫ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО

Социально-экономические преобразования последних лет в стране сказались не только на условиях труда, быта, но и на здоровье работников бюджетной сферы, к которым относятся работники образования, науки, здравоохранения, культуры и т.д.

Реализация Национального проекта «Здоровье» предполагает укрепление первичного звена медицинской помощи, раннее выявление заболеваний, увеличение объемов и качества медицинской помощи, а также совершенствование профилактики и пропаганду здорового образа жизни. С учетом сказанного весьма актуальным является вопрос о разработке научно обоснованных подходов к снижению уровня заболеваемости врачебного персонала старших возрастных групп путем коррекции составных элементов образа жизни и оказания адекватной медико-социальной помощи и медицинского обеспечения.

Одной из особенностей кадровой ситуации в здравоохранении России является большой удельный вес среди медицинских ра-

ботников лиц в возрасте 40 лет и старше. С одной стороны, эти работники обладают достаточным опытом и являются высококвалифицированными специалистами, с другой стороны, у многих из них развиваются хронические заболевания, повышается заболеваемость, в том числе с временной утратой трудоспособности.

На базе Рязанской области, относящейся к Центральному Федеральному округу нами было проведено социально-гигиеническое исследование по изучению заболеваемости врачей старшего трудоспособного возраста.

Принято подразделять работающих на три возрастные группы: младший, средний и старший трудоспособный возраст (Овчаров В.К. [и др.], 2002). К младшему трудоспособному возрасту относятся лица от 16 до 25 лет; к среднему – от 25 до 40 лет; к старшему трудоспособному возрасту относятся мужчины 40-59 лет и женщины 40-54 лет.

По данным Рязаньстата, удельный вес врачей в возрасте 40-59 лет в Рязанской области достигает 56,5%. По данным территориального органа федеральной службы государственной статистики по Рязанской области (Рязаньстата), численность врачей в 2006 г. равнялась 6,4 тыс. Из них работали в лечебно-профилактических учреждениях г. Рязани – 4,8 тыс. Обеспеченность Рязанской области врачами всех специальностей составила 54,6 на 10 тыс. населения, г. Рязани – 91,5 на 10 тыс. населения.

Программа исследования строилась в соответствии с общепринятыми требованиями к социально-гигиеническим исследованиям и учитывала конкретные особенности и специфику настоящей работы, которая выполнялась в несколько этапов.

Настоящее исследование проводилось на базе крупных лечебно-профилактических учреждений г. Рязани. Была получена и проанализирована информация о 1173 врачах старшего трудоспособного возраста. Анализ проводился как в целом по выборочной совокупности, так и отдельно по профессии, полу и возрасту: мужчины и женщины 40 – 49 лет, врачи-мужчины 50 – 59 лет и врачи-женщины 50-54 лет, врачи терапевтического и хирургического профиля.

Исследование заболеваемости изучаемого контингента проводилось на базе крупных лечебно-профилактических учреждений г. Рязани по материалам данных индивидуальных карт амбула-

торного больного (ф. № 025/у), талонов на законченный случай временной нетрудоспособности (ф. № 025-9у-96), материалов годовых отчетов отдела профессиональной патологии Рязанской областной клинической больницы, карт учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина (ф. № 131/у – ДД). Заболеваемость врачей анализировалась как в целом по выборочной совокупности, так и отдельно по следующим группам: мужчины и женщины 40 – 49 лет, врачи-мужчины 50 – 59 лет и врачи-женщины 50 – 54 года.

Проведена выкопировка данных о заболеваниях из 627 медицинских карт амбулаторного больного. Проанализированы 2119 талонов на законченный случай временной нетрудоспособности за период 2004-2006 гг. Изучались данные дополнительной диспансеризации работающего населения за 2006 г. и 2007 г. (проанализированы 1173 карты учета дополнительной диспансеризации врачей старшего трудоспособного возраста).

Проанализированы материалы работы экспертного совета по связи заболевания с профессией за период с 1997 по 2007 гг.

На 3-м этапе проводилась оценка особенностей образа и условий жизни врачей старшего трудоспособного возраста с позиции сохранения здоровья. При этом были определены ведущие социально-гигиенические факторы риска, формирующие уровень заболеваемости у изучаемого контингента врачей в современных условиях.

В ходе социологического исследования было опрошено 627 врачей, из них: 254 (40,5%) мужчины и 373 (59,5%) женщины. Необходимое число анкет, обеспечивающее репрезентативность полученных результатов, рассчитывалось по стандартной формуле бесповторной выборки (Мерков А.М., Поляков Л.Е., 1974).

Медико-социальные и социально-психологические факторы риска были условно разделены на две подгруппы:

- связанные с условиями труда (удовлетворенность работой, психо-эмоциональная и физическая нагрузка, наличие профессиональных вредностей на рабочем месте, средний уровень доходов);
- связанные с особенностями быта и семейным положением (паритет брака, количество детей, характер взаимоотношений в семье, ведущие причины конфликтов, условия проживания, совместное проживание с другими родственниками и др.);

Отдельный блок вопросов касался медицинской активности врачей старшего трудоспособного возраста. Уточнялось их отношение к собственному здоровью, наличие вредных привычек, выполнение профилактических мероприятий.

4-й этап включал разработку, с учетом полученных на предыдущих этапах данных, мероприятий медико-социального и лечебно-профилактического характера по снижению заболеваемости и социальной поддержке врачей старшего трудоспособного возраста.

В соответствии с программой исследования использовался комплекс методов: социально-гигиенический (в т.ч. анализ медицинской документации), социологический, математико-статистический, экспертный.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере. При обработке полученных материалов использовались следующие математико-статистические подходы: расчет относительных показателей, определение средних величин, оценка достоверности различий результатов по критерию Стьюдента, анализ динамических рядов, определение корреляционной зависимости.

Е.А.Соколова

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Кафедра государственно-правовых дисциплин

Одной из актуальных проблем современного медицинского права является режим возмездности-безвозмездности медицинской услуги. В модели отношений врача и пациента, где пациент сам вносит денежные средства за оказание ему медицинской услуги, вопрос о возмездности не возникает в принципе. Но в сфере государственного и муниципального здравоохранения, где оплата медицинских услуг, оказываемых пациенту, обычно проводится через систему обязательного медицинского страхования, возмездность оказания таких услуг не столь очевидна.

Ввиду этого при рассмотрении врачебных дел суды по-разному толкуют нормы Гражданского кодекса РФ и закона «О защите прав потребителей», не всегда применяя их в целях защиты по-

страдавшего пациента, что неоправданно снижает степень правовой защищенности граждан в отношениях с монопольной системой здравоохранения. Между тем, Конституция РФ содержит однозначное, совершенно определенное указание на возмездный характер соответствующих отношений. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, как указано в ст. 41 Конституции РФ, оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующих бюджетов, страховых взносов и других поступлений. Следовательно, медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях уже не является безвозмездной. А значит, и медицинские услуги, оказываемые в рамках медицинской помощи, также не являются безвозмездными.

Таким образом, под бесплатными медицинскими услугами в контексте отечественного законодательства следует понимать те услуги, которые оплачиваются за счет средств соответствующих бюджетов, страховых взносов и других поступлений. Что же касается остальных медицинских услуг, оказываемых в рамках медицинской деятельности, но не составляющих единое целое с медицинской помощью (например, действия патологоанатома при вскрытии трупа), то в доказательство их возмездности можно привести п. 2 ст. 779 Гражданского Кодекса РФ, где содержится перечень видов услуг, в которых на втором месте обозначены медицинские услуги без дифференциации их на платные и бесплатные.

Как считает Е. Козьминых (2002), совершенно очевидно, что законодателю должно было быть известно о существовании в России как платных, так и бесплатных медицинских услуг. Однако, не выделяя их в тексте статьи 779 ГК РФ, законодатель тем самым презюмирует, что любые медицинские услуги оказываются по возмездному договору, а следовательно, являются платными тем более, что специальные законы не содержат на этот счет каких-либо изъятий» [4; 46]. Такой вывод является недостаточным для определения платного характера всех медицинских услуг.

Исходя из общих принципов гражданского права в России, законодательно закреплена презумпция возмездности любого гражданско-правового договора. В ст. 423 ГК РФ указано, что «договор предполагается возмездным, если из закона, иных правовых актов, содержания или существа договора не вытекает

иное». Сам же возмездный договор есть договор, по которому сторона должна получить плату или иное встречное предоставление за исполнение своих обязанностей [3; 154]. Следовательно, основная цель возмездного договора на оказание медицинских услуг состоит в том, чтобы данные услуги были оплачены самим пациентом, его работодателем, родственником или страховыми компаниями и т.д., и чтобы эта оплата была получена исполнителем за выполнение своих обязанностей.

Государство гарантирует бесплатное предоставление следующих видов медицинской помощи: а) скорой - при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина либо окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах; б) амбулаторно-поликлинической, включая мероприятия по профилактике (в том числе по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров и диспансерного наблюдения населения), диагностике и лечению заболеваний в поликлинике, на дому и в дневных стационарах всех типов; в) стационарной - при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям; при плановой госпитализации с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях; при патологии беременности, родах и абортах; в период новорожденности.

Основанием предоставления медицинских услуг на возмездной основе является желание гражданина получить конкретную услугу именно на платной основе, оформленное в виде договора. В медицинской карте должен быть зафиксирован отказ пациента от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счет государственных средств в данном учреждении здравоохранения. На уровне субъектов федерации разрабатываются нормативные акты, регулирующие порядок предоставления платных медицинских услуг, в частности указывается перечень услуг предоставляемых за плату.

Таким образом, оказание платных медицинских услуг пред-

ставляет собой одно из направлений реализации прав граждан на получение медицинской помощи, свободу выбора врача и лечебного учреждения.

Литература:

1. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года.

2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Утверждены Верховным Советом РФ 22 июля 1993 года № 5487-1 (с изм. и доп.).

3. Гражданский кодекс Российской Федерации. Части первая, вторая и третья. Официальный текст. - М., 2006. - 416 с.

4. Козьминых Е. Бесплатные медицинские услуги как форма возмездных отношений / Е. Козьминых // Российская юстиция. - 2002. - № 12. - С. 45-52.

О.В.Нариманова, А.Г.Семянко

АНАЛИЗ ОБЩИХ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ
«БАНК-КЛИЕНТ»

Кафедра менеджмента

Не секрет, что существенный процент (30-40%) привлекательных клиентов мигрирует из одной кредитной организации в другую в поисках лучших условий. Сами банки признают, что "перетягивание" клиентов из одного банка в другой – тактика распространенная. Тенденция настоящего времени на рынке банковских услуг изменила свою стратегию: на нем теперь господствует не продавец, а покупатель. Стремительно меняются клиенты банков, и вместе с развитием их потенциала растут потребности, в том числе в качественно новых банковских продуктах и услугах.

С другой стороны, банковский сектор в течение ряда лет оставался самым доходным, породив высококонкурентную среду. В условиях современной конкуренции почти никто не ставит под сомнение необходимость наличия у банка четкой стратегии, которая бы позволила ему постоянно увеличивать клиентуру, знать конкурентов "изнутри" и идти в ногу со временем, предлагая клиентам привлекательные банковские продукты и решения.

При формальном отношении к созданию подразделений по работе с корпоративными клиентами появление еще одного со-

трудника, обслуживающего клиента, создает не "комплекс услуг", а "комплекс проблем" – удлиняется время принятия решений, а их качество не улучшается. Банки это осознали – нужна новая клиентоориентированная философия. Можно говорить о комплексном подходе, но первичная задача состоит в том, чтобы суметь грамотно его изложить и реализовать. И здесь, наверное, речь уже будет идти о том, как этому подходу научить менеджеров по работе с клиентами – тех, кто непосредственно является для клиента лицом банка.

Все игроки рынка используют одни и те же технологии. Если появляются новые, то они быстро копируются или появляются аналоги. Решающим фактором будет являться образование и развитие персонала банка, понимание клиентского бизнеса изнутри. Другими словами, персоналу необходимо ориентироваться в ситуации на рынке, проводить мониторинг и анализировать имеющуюся клиентскую базу банка.

Немаловажным является также комплексный подход с точки зрения не только реализации услуг корпоративному клиенту как таковому, но и с точки зрения того, что любой корпоративный клиент – это смычка розничного и корпоративного бизнеса банка. Например, есть некий завод – можно предоставить ему кредит, организовать облигационный заем. И вопрос, собственно, не только в том, чтобы предоставить предприятию кредит или организовать корпоративное финансирование, а в том, что банк с началом сотрудничества приобретает в лице сотрудников предприятия потенциальных клиентов. Интерес может вызвать автомобильное и потребительское кредитование, ипотека, пластиковые карты и т.д.

Таким образом, банк развивает бизнес не только предприятия, но и удовлетворяет потребности его сотрудников. Тесное партнерство между кредитной организацией и ее клиентами объясняется тем, что корпоративные клиенты хотят видеть в банке не только обслуживающую организацию, но прежде всего бизнес-партнера.

Клиенты стали плотнее работать с банком, лучше понимать требования банка к документам, зачастую в финансовых службах компаний работают бывшие банковские кадры. Можно утверждать, что компании, которые намерены развивать бизнес, сегодня становятся более открытыми, поскольку их собственники и менеджеры понимают, что эффективно привлекать внешнее фи-

нансирование. В свою очередь банки глубже подходят к оценке бизнеса, вместе с клиентом работают над его инвестиционными проектами. Поэтому, задача Транскапиталбанка не просто дать клиенту коротких денег, перекредитовать, а понять, что ему нужно дальше, предложить ему готовые комплексные решения.

Банком должен быть сформирован портфель услуг, предоставляемых клиенту в соответствии с разработанной стратегией на взаимовыгодной основе. При этом банку важно постоянно оценивать рентабельность обслуживания каждого клиента и в зависимости от полученных результатов корректировать планы его обслуживания.

Итак, за последние 5 лет кардинальным образом изменился характер взаимоотношений "банк - клиент". В настоящее время банки должны быть готовы к тому, что право выбора остается за клиентом, клиент выбирает банк, он диктует условия, и он будет работать уже не с одним, а с несколькими банками. Это стоит принять как реальность, и каждый из банков, ведя борьбу за конкурентные преимущества, предлагая все большее количество услуг, широкую продуктовую линейку, высокое качество обслуживания, должен иметь в виду, что он постоянно находится под прессом выбора клиента, соответствия рыночным условиям.

Экс-менеджеры банков, пополнившие ряды финансовых служб предприятий, на сегодняшний день рассматривают кредитные организации уже совершенно с другой стороны. Что бы ни предлагал банк, каждый из клиентов будет самостоятельно решать, с какими из банков он будет сотрудничать, по какому из направлений, сопоставлять наилучшие предложения и предлагать банку свою игру. И клиенты сами решат, кому из банков выживать в условиях обострившейся конкуренции.

В этих условиях очень многое будет зависеть от уровня квалификации и компетенции тех менеджеров банка, которые будут прямо контактировать с тем или иным клиентом. И здесь на первое место выходит человеческий фактор. Основные условия кредитования у ведущих банков схожи. Профессионализм сотрудника, его лояльность к клиенту банка может перевесить незначительную разницу в процентной ставке по кредитам.

Очень много будет зависеть от стандартов управления, принятых в банке, оперативности принятия решений и чувствительно-

сти кредитной организации к благоприятной конъюнктуре рынка, на котором она позиционируется. Все это будет позволять привлекать новых клиентов и удерживать уже обслуживающихся в банке, тем самым создавая для клиента персонифицировано комфортные взаимоотношения, основанные на прочной и долгосрочной платформе, и как следствие, данный банк будет получать необходимые ему конкурентные преимущества.

РАЗРАБОТКА НАУЧНЫХ ОСНОВ МЕДИЦИНЫ ТРУДА,
ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И
ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

О.В.Дмитриева, С.К.Кондратов, В.П.Моисеенко

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ КУРСАНТОВ РФМУ МВД РОССИИ

Кафедра гигиены и экологии ФПДО

ЦГСЭН МСЧ УВД по Рязанской области

В последние годы большой интерес представляет мониторинг здоровья не только популяции в целом, но и отдельных групп. В частности здоровья учащихся высших военных учебных заведений силовых ведомств. Особенность данной группы – тщательный медицинский отбор при поступлении в вуз, поскольку высокое качество здоровья – требование профессии.

Нами проведен анализ состояния здоровья учащихся по результатам углубленного медицинского осмотра в динамике.

Получены следующие данные (табл. 1, 2).

Таблица 1

Показатели заболеваемости курсантов

Годы наблюдения	2002	2003	2004	2005
Зарегистрировано случаев всего	287	219	175	246
Общая заболеваемость на 1000 курсантов	916,9	722,7	510,2	627,5
Заболеваемость с ВУТ:				
случаи	259	219	175	246
дни	1726	1307	830	1217

На 100 курсантов: случаи	82,7	72,3	51,02	62,75
дни	551,43	431,35	241,98	310,46
Средняя длительность одного случая	6,7	5,96	4,74	4,95

Таблица 2

Количество случаев зарегистрированных заболеваний

Годы	2003	2004	2005
Нозологические формы			
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	19	16	9
Болезни органов дыхания	193	158	233
Болезни органов пищеварения	5	1	4
Травматизм, в том числе спортивный	72 15	69 8	72 3

Как видно из рисунка 1, более 90% всех зарегистрированных случаев заболеваний приходится на болезни органов дыхания.

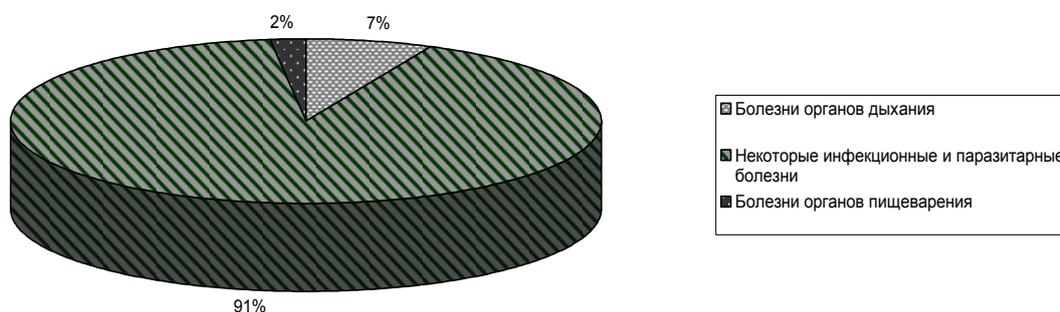


Рис. 1. Структура заболеваемости курсантов.

Однако, согласно международной классификации, в эту группу включаются такие инфекционные заболевания, как грипп, ОРВИ. Если объединить эти инфекции с соответствующими показателями 1 группы, то получатся следующие данные, представленные в таблице 3.

Таблица 3

Инфекционная заболеваемость среди курсантов

Годы	2002	2003	2004	2005
Число случаев				
Краснуха	19	-	-	-
ПТИ	7	4	2	1
Ветряная оспа	10	6	9	8
Пневмонии	8	3	-	3
Грипп, ОРВИ	131	110	129	193

Из полученных нами данных вытекает необходимость дальнейшей разработки профилактики гриппа, ОРВИ. Хотя в целом показатели здоровья, их динамика свидетельствуют о хорошем уровне медицинского обслуживания курсантов.

А.О.Абрамова
 МОНИТОРИНГ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО
 РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ
 Кафедра гигиены и экологии ФПДО

Основной задачей современного этапа развития системы социально-гигиенического мониторинга (далее – СГМ) является унифицирование системы сбора, обработки и оценки информации по загрязнению среды обитания человека и показателям здоровья населения.

При этом очень важно правильно отобрать для анализа именно приоритетные факторы, чтобы не тратить время и деньги для обработки бесполезной информации. Необходимо, чтобы полученная информация легко поддавалась интерпретации, была представлена в доступном, понятном виде для лиц, ответственных за

проведение оздоровительных мероприятий и, главное, пригодна для быстрого принятия управленческих решений.

В Рязанской области созданы базы данных по двум блокам показателей: состояние среды обитания и здоровье населения. Однако отдельно существуют базы данных наблюдения за обеспечением санитарно-эпидемического благополучия населения и окружающей природной среды, оперирующие инфекционной заболеваемостью, которая являет собой один из основных показателей социально-гигиенического мониторинга.

В 2007 г. на территории Рязанской области зарегистрировано 214691 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний, что на 1,7 % больше, чем в 2006 г. (табл. 1).

Таблица 1

Структура инфекционных заболеваний (%)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Воздушно-капельные инфекции	92,7	89,6	89,4	89,6	90,4	91,8	93,7
Кишечные инфекции	2,1	2,3	2,2	2,1	2,5	2,1	2,1
Паразитарные заболевания	3,8	3,0	2,6	2,4	2,0	1,5	1,3
Прочие	1,4	5,1	5,8	5,9	5,1	4,6	2,9

В 2007 г. в структуре инфекционной заболеваемости ведущее место принадлежит группе воздушно-капельных инфекций – 93,7%, на втором месте – социально обусловленные, внутрибольничные и зооозно-трансмиссивные инфекции, третье место занимают острые кишечные инфекции – 2,1 %, паразитарные заболевания – 1,3 % - на четвертом месте.

Данная тенденция наблюдается по Рязанской области с 2005 года. С 2002 по 2004 годы на третьем месте находились паразитарные заболевания, а острым кишечным инфекциям принадлежало на четвертое место.

Рост заболеваемости в 2007 г. отмечен по 17 нозологическим формам: дизентерия – в 1,1 раза, ОКИ неустановленной этиологии – в 1,1 раза, гепатит «А» - в 1,5 раза, туляремия – в 4,3 раза, болезнь Лайма – в 1,3 раза, ГЛПС - в 4 раза, хронический гепатит «В» - в 1,1 раза, хронический гепатит «С» - в 1,1 раза, ОВП - в 3,9 раза, коклюш - в 1,7 раза, вирусный гепатит «С» - в 1,1 раза, скарлатина – в 1,6 раза, туберкулез – на 5,7 %, малярия – на 3 случая (в 2006 – 0), послеоперационные инфекции – на 37 случаев (в 2006 г – 0), другие заболевания ВБИ – в 9,3 раза, ГСИ родильниц – в 1,3 раза.

Снижение заболеваемости наблюдается по 15 нозологическим формам: сальмонеллез – в 1,5 раза, ОКИ установленной этиологии – на 0,8 %, краснуха – в 6,5 раза, инфекционный мононуклеоз – в 1,1 раза, ВИЧ – инфекция – в 1,8 раза, вирусный гепатит «В» - в 1,8 раза, носительство вируса гепатита «В» - в 1,1 раза, носительство вируса гепатита «С» - в 1,4 раза, эпидемический паротит – в 2 раза, менингококковая инфекция – в 1,2 раза, сифилис – на 4 %, гонорея – на 11,8 %, чесотка – в 1,3 раза, грипп – в 1,2 раза, ГСИ новорожденных – в 1,3 раза.

Не регистрировалась заболеваемость брюшным тифом, паратифами, столбняком, полиомиелитом, кампилобактериозом, клещевым энцефалитом, риккетсиозами, сибирской язвой, трихинеллезом, холерой, псевдотуберкулезом, бешенством, легионеллезом, пневмоцистозом, энтеровирусной инфекцией, корью, цитомегаловирусной инфекцией.

Регистрировались единичные случаи: дифтерия – 1 случай, ОВП – 4 случая, паротит эпидемический – 2 случая, бруцеллез – 1 случай, тениаринхоз – 1 случай, токсокароз – 4 случая, тениоз – 1 случай.

На уровне 2006 г. сохранилась заболеваемость трихофитией.

Е.С.Данилова

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «РЯЗАНСКИЙ ДОМ РЕБЕНКА»
Кафедра гигиены и экологии ФПДО

В настоящее время правительство Российской Федерации уделяет пристальное внимание демографическим проблемам. Внед-

ряется большое количество государственных программ, направленных на улучшение демографической ситуации в стране. На данный момент остро стоит вопрос о воспитании и охране здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, особенно в возрасте до одного года.

Среди факторов, оказывающих влияние на качество лечебно-профилактической и воспитательной работы с детьми, немаловажное значение имеет и состояние здоровья персонала учреждения.

Поскольку исчерпывающей информации о состоянии здоровья работников домов ребенка в доступной нам литературе не было получено, нами сделана попытка оценить здоровье персонала Государственного учреждения здравоохранения «Рязанский дом ребенка».

Первый этап исследования включал оценку тяжести и напряженности трудового процесса. Установлено, что на воспитателей и медицинских работников ГУЗ «Рязанский дом ребенка» действует ряд неблагоприятных факторов среды и трудовой деятельности таких, как нервно-психические перегрузки (эмоциональные перегрузки, работа в ночную смену).

Таким образом, согласно руководства Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» условия труда могут быть отнесены по показателям тяжести трудового процесса ко 2 классу (допустимый), по показателям напряженности к – к 1 степени 3 класса (напряженный 1 степени).

Нами было проведено анкетирование работников Государственного учреждения здравоохранения «Рязанский дом ребенка» с целью оценки состояния их здоровья. Была составлена анкета из 13 вопросов с вариантами ответов и подпунктами о наличии различных диагностированных заболеваний, отмечавшихся за время работы в данном учреждении. В опросе принял участие персонал в возрасте от 18 до 69 лет в количестве 91 человек, все респонденты женского пола.

В ходе обработки анкет было выявлено, что среди работников Государственного учреждения здравоохранения «Рязанский дом ребенка» диагностированную ЛПУ патологию со стороны сердечно-сосудистой системы имеют 30,7%, патологию со стороны

органов дыхания – 2,2%, патологию со стороны нервной системы – 36%, патологию со стороны опорно-двигательного аппарата – 17,1%, патологию со стороны системы крови (анемии) – 8,3%, аллергические заболевания – 5,7% (рис. 1).

Исходя из полученных данных видно, что наибольший процент приходится на патологию со стороны нервной, сердечно-сосудистой систем и со стороны опорно-двигательного аппарата, при этом 92,3% респондентов предъявляют жалобы на периодические головные боли.

Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости проведения лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение качества здоровья персонала, в том числе диспансеризацию сотрудников, что, в конечном итоге, должно благоприятно сказаться и на качестве лечебно-профилактической и воспитательной работы с воспитанниками дома ребенка.

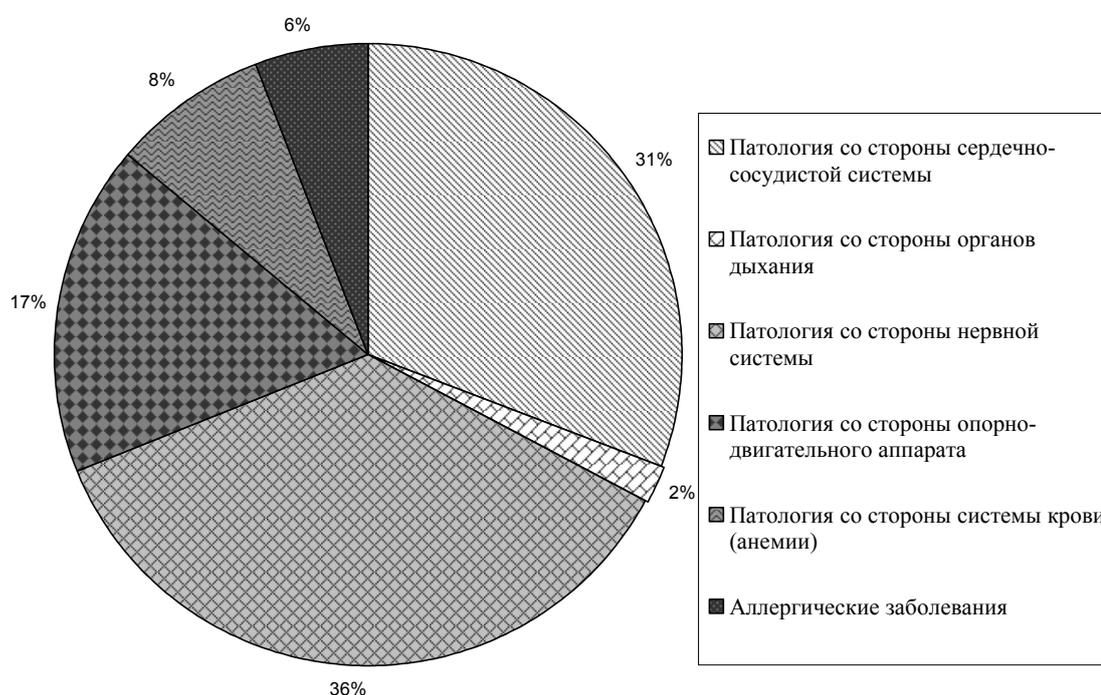


Рис. 1. Структура патологической пораженности персонала ГУЗ «Рязанский дом ребенка»

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ АПТЕЧНОЙ
СЛУЖБОЙ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ
В РЫНОЧНЫХ УСЛОВИЯХ, ИЗЫСКАНИЕ НОВЫХ
СПОСОБОВ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВ И ИХ АНАЛИЗ

Н.Т.Казакова

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ВЕЩЕСТВА И ИХ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ
ФУНКЦИИ

Кафедра фармацевтической технологии

Согласно определения ОСТ 91500.05.001-00 «Стандарты качества лекарственных средств» вспомогательные вещества - это вещества органической или неорганической природы, которые используют в процессе производства готовых лекарственных форм для придания им необходимых свойств. Основная характеристика лекарственного препарата, определяющая его применение в медицинской практике, складывается из трех составляющих: безопасность, эффективность и качество. Роль вспомогательных веществ в обеспечении этих свойств лекарственных препаратов в настоящее время велика, поскольку их применение позволяет существенно расширить ассортимент лекарственных средств с различной заданной степенью биодоступности. При создании современных лекарственных препаратов в мире используется порядка 500 наименований вспомогательных веществ, каждый из которых имеет свои определенные технологические функции. Технологическая функция вспомогательного вещества – это та функция, которую оно выполняет в процессе приготовления и в составе препарата и субстанции.

В основе классификаций вспомогательных веществ лежит ряд признаков:

- 1) природа (в том числе химическая структура);

2) влияние на технологические характеристики и фармакокинетику лекарственной формы.

По своей природе вспомогательного вещества делят на: природные (органические и неорганические соединения); синтетические и полусинтетические вещества. В зависимости от влияния на физико-химические характеристики и фармакокинетику лекарственной формы вспомогательные вещества делят на: формообразующие, стабилизаторы, пролонгаторы, солюбилизаторы, корригенты. Данная классификация в полной мере не отражает технологические функции вспомогательных веществ. Необходимость их более конкретной систематизации обусловлена требованиями безопасности лекарственных препаратов, согласно которым применение вспомогательных веществ в их составе должно быть функционально обоснованным.

Наиболее оптимальной и информативной, имеющей как теоретический, так и практический интерес является, на наш взгляд, классификация вспомогательных веществ на основе их технологических функций (А.В. Титова, 2006).

Технологические функции веществ разделены на четыре основных группы:

1 – вспомогательные вещества, обеспечивающие эффективность лекарственного препарата. К ним относятся вспомогательные вещества, обеспечивающие необходимую концентрацию лекарственного вещества в субстанции или лекарственной форме (наполнители для капсул, таблеток, гранул, мазевые основы, разбавители, аэрозольный пропеллент и др.) и модификаторы биодоступности лекарственного вещества из лекарственной формы (пенетрирующие вещества, магнитные носители, дезинтеграторы).

2 – вспомогательные вещества, увеличивающие срок годности лекарственного препарата и субстанции. К ним относятся стабилизаторы химической структуры лекарственного или вспомогательного вещества в субстанции и лекарственной форме (антиокислители, восстановители, фотопротекторы, криопротекторы); протекторы микробной порчи субстанции или лекарственного препарата (консерванты); стабилизаторы агрегативного состояния и равномерного распределения лекарственного или вспомогательного вещества в субстанции и дозированной форме (эмуль-

гаторы, пенообразователи и пр.).

3 – корригенты внешнего вида, органолептических свойств лекарственного препарата и его физиологической комфортности. Это корригенты внешнего вида лекарственной формы (крясящие вещества пигменты); корригенты вкуса и запаха лекарственного препарата (подсластители, ароматизаторы); корригенты свойств лекарственной формы, обеспечивающие ее физиологическую комфортность (регуляторы величины рН) и вещество, используемое для прикрепления лекарственного препарата к месту воздействия – к кожному или ногтевому покрову (пленкообразователь).

4 – облегчающие и ускоряющие технологический процесс изготовления лекарственного препарата. К ним относятся вещества, используемые для растворения активного вещества или субстанции для введения их в лекарственную форму (растворители, солюбилизаторы); антисольванты; регуляторы консистенции или вязкости лекарственной формы (загустители, уплотнители); оболочкообразующие вещества (пленкообразующие и гелеоболочкообразующие вещества) и вещества, выполняющие другие функции (экстрагенты, осушители, пеногасители, пластификаторы, скользящие, антиадгезивные и пр.)

Такая классификация позволит проводить более четкое функциональное обоснование применения вспомогательных веществ в составе лекарственного препарата и подойти к разработке методик определения их технологических функций.

Н.Б.Леонидов, Н.Г.Селезнев

**ИННОВАЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ**

Кафедра фармацевтической технологии

Решения Второго Всероссийского съезда работников медицинской промышленности от 27.05.2008 г. констатируют системный кризис отечественной фарминдустрии и требуют ее восстановления и ускоренного развития на инновационной основе, усиления роли государства в ее функционировании. Приходит понимание, что только кардинальные меры и многофакторный, системный подход к разрешению сложившейся ситуации с разработкой, производством и реализацией отечественной фармацевтической

продукции позволит гарантировать обеспечение населения России лекарственными средствами отечественного производства, отсутствие или перебои в поставке которых является значимым фактором, угрожающим национальной безопасности страны.

Основным элементом решения проблемы лекарственного обеспечения является, по нашему мнению, необходимость изменения парадигмы отечественной фарминдустрии, а именно, государственное признание и разработка нормативно-правовых мер по приоритетности создания, производства и применению на территории России только оригинальных патентнозащищенных лекарственных субстанций, готовых лекарственных средств, технологий получения, методов контроля и, желательно, методов лечения. При этом основное внимание и государственная поддержка должны быть направлены, в первую очередь, на получение, производство и применение оригинальных, патентнозащищенных лекарственных субстанций.

Технологическими основами выполнения этого требования могут быть следующие технические решения, изученные и реализованные мировой фармацевтической наукой и практикой:

1. Получение хиральных (оптически активных) лекарственных веществ – выделение моноэнантиомерных версий существующих и применяющихся в медицине лекарственных субстанций и их использование в соответствующих лекарственных формах. Это направление успешно реализовано за рубежом в разнообразных технологиях диастереомерной или ферментативной кристаллизации, асимметрического синтеза и препаративной хиральной хроматографии. В настоящее время для России наиболее практически значимой является применение противоточной адсорбционной хроматографии (SMB- технологии).

2. Разработка и использование различных нанотехнологий, обеспечивающих наноразмерное и структурное диспергирование лекарственных веществ и получение на их основе оптимальных лекарственных форм, сохраняющих особенности полученных наносубстанций. Это направление включает также разработку и применение разнообразных систем доставки лекарственных веществ.

3. Разработка и использование технологии полиморфного модифицирования лекарственных и вспомогательных веществ.

Приоритетное развитие этих трех направлений в отечественной фармацевтической промышленности в состоянии в достаточно короткое время (5-7 лет) не только обеспечить и гарантировать восстановление отрасли на инновационной основе, но и вывести ее на передовой мировой уровень.

Использование в отечественном здравоохранении дженериков должно быть исключением, а не правилом, и обеспечиваться комплексом регулирующих, ограничительных и запретительно-стимулирующих мер.

Отдельной сложной задачей является обеспечение предлагаемого пути развития фармацевтической отрасли необходимыми объемами исходных синтезируемых субстанций. Здесь возможен 2-х этапный вариант ее решения. Первым этапом является продолжение на определенное время (1-2 года) использования импортируемых субстанций для получения из них оригинальных, патентно-защищенных модифицированных версий. Второй этап состоит в закупке (альтернативы: разработка и производство) многоцелевых блочно-модульных узкоспециализированных химических производств, а также производств фармацевтической и биотехнологической продукции с гарантированным уровнем GMP.

Решение поставленной проблемы должно включать опережающее развитие требований НТД к качеству фармацевтической продукции, соответствующих требованиям FDA и ЕМ, включая QBA, и их международная гармонизация.

Выполнение предлагаемой программы инновационного развития отечественной фармацевтической отрасли для достижения поставленных целей в указанные сроки требует обязательного одновременного восстановления ведущих НИИ химико-фармацевтического профиля: НИХФИ, НИИФ, НИИА и ГосНИИ «Биоэффект», как государственных учреждений.

Предлагаемый комплекс мер позволит уже через 2-3 года начать производство инновационных лекарственных препаратов, позволяющих замещать импорт, прежде всего, из «Списка жизненно важных и важнейших лекарственных средств РФ», а также начать их экспорт не только в СНГ, но и страны дальнего зарубежья.

Р.М.Стрельцова**ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ ТАБЛЕТОК НЕКОТОРЫХ СУЛЬФАНИЛАМИДОВ МЕТОДОМ ПРЯМОГО ПРЕССОВАНИЯ****Кафедра фармацевтической технологии**

Применение методов прямого прессования при производстве таблеток является одним из существенных способов повышения производительности таблеточного производства, так как ведет к уменьшению числа вспомогательных операций, экономичности процесса и улучшению качества таблеток.

Для прямого таблетирования очень важным является наличие у порошковых смесей оптимальных значений основных технологических характеристик - сыпучести (текучести) и прессуемости, что необходимо для производительной работы таблеточных машин и обеспечения оптимальных качественных показателей таблеток.

Недостаточная сыпучесть может привести к колебаниям в массе отдельных таблеток, не укладываемые в допустимые пределы ГФХІ, а также к нарушению точности дозирования лекарственных веществ и изменению терапевтической активности лекарственной формы.

С целью изучения возможности получения таблеток прямым прессованием нами были исследованы следующие сульфаниламидные препараты: стрептоцид I и II серии, сульфадимезин, норсульфазол, норсульфазол-натрий, этазол.

Для данных сульфаниламидов определялись сыпучесть и прессуемость. Сыпучесть порошков сульфаниламидов определялась по скорости высыпания определенного количества материала (30г) из металлической воронки со строго заданными геометрическими параметрами. Рассчитывался коэффициент текучести. Как показывают результаты исследований, сыпучестью обладают только две из представленных субстанций: стрептоцида II серии и норсульфазол-натрия

Наилучшие показатели сыпучести были выявлены у норсульфазол –натрия: сыпучесть составила - 4,75 г/сек, коэффициент текучести – 60,2. Достаточной для прямого прессования сыпучестью обладает стрептоцид II серии: сыпучесть составила - 4,33 г/сек, коэффициент текучести – 54,87.

У субстанций стрептоцида I серии, сульфадимезина, норсульфазола и этазола сыпучесть отсутствует в свободном и вынужденном режимах. Частицы этих порошков зависали в воронке, вибрация воронки также не приводила к вытеканию порошков.

Дальнейшим этапом исследования было определение прессуемости сульфаниламидов. Прессуемость порошков – это способность частиц к взаимному притяжению и сцеплению под давлением. От степени проявления этой способности зависит прочность и устойчивость таблетки после снятия давления. Лекарственные вещества, входящие в состав таблеток, обладают различной индивидуальной прессуемостью.

Прессуемость оценивали по прочности таблеток $m=0,3$ г на сжатие и выражали в абсолютных величинах (МПа).

Полученные данные показывают, что все сульфаниламидные препараты способны к сжатию. Стрептоцид I серии, сульфадимезин, норсульфазол и этазол обладают прессуемостью; полученные из них таблетки имеют хороший внешний вид, но при разрушении происходит отслаивание верхней части таблеток. Таблетки стрептоцида II серии имеют удовлетворительный внешний вид, но малая величина прочности говорит о недостаточной прессуемости порошка данного препарата. При воздействии разрушающих усилий на полученные таблетки происходит их расслаивание.

Высокими показателями прессуемости характеризуется порошок норсульфазол-натрия, полученные из него таблетки имеют удовлетворительный внешний вид.

Таким образом, из изученных сульфаниламидов наилучшими технологическими характеристиками, позволяющими получить таблетки методом прямого прессования, обладает норсульфазол натрия.

С.Г.Шестопалова

РАЗРАБОТКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ С МОДИФИЦИРОВАННЫМ
ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ КАК ОДНО ИЗ АКТУАЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ
В РАЗВИТИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Кафедра фармацевтической технологии

Успехи современной фармакотерапии связывают не только с

созданием новых эффективных лекарственных веществ, но и с разработкой новых оптимальных лекарственных форм (ЛФ) для уже существующих и применяемых в медицине препаратов. Выбор оптимальной ЛФ и использование адекватного пути введения лекарства в организм больного в значительной степени определяют клиническую эффективность лечения.

В настоящее время большое внимание стали уделять вопросам комплаентности, т.е. приверженности пациентов к соблюдению предписанной врачом лекарственной терапии. Снижение комплаентности больных часто является следствием использования принципов полипрагмазии, т.е. назначения одному пациенту нескольких различных лекарственных препаратов, принимаемых несколько раз в сутки, что часто является причиной пропуска больным приема лекарства или несвоевременного применения. С учетом этого фактора большую актуальность в медицинской практике приобретает проблема создания препаратов с продолжительным фармакологическим действием.

На данный момент широко используют ЛФ с модифицированным высвобождением и действием.

В зависимости от степени управления процессом высвобождения они подразделяются на ЛФ пролонгированные и с контролируемым высвобождением. По характеру высвобождения могут быть с периодическим, непрерывным и отсроченным высвобождением.

Из ЛФ с периодическим высвобождением лекарственное вещество (ЛВ) высвобождается порциями, с непрерывным - сначала высвобождается начальная доза ЛВ, а затем остальное количество постепенно, в виде поддерживающей дозы, а из ЛФ с отсроченным высвобождением ЛВ высвобождается через некоторое время, после введения в организм.

Для модификации высвобождения применяют различные методы: физические (использование вспомогательных веществ, изменяющих фармакокинетику лекарственного вещества); физиологические (достигается посредством взаимодействия ЛВ между собой, введенных в одну ЛФ); иммунологические (использование антител для влияния на превращения ЛВ в организме); технологические (основанные на разработке специальных покрытий для постепенного высвобождения ЛВ); химические (основанные на

введении новых химических группировок в состав молекулы исходного вещества); Примером химической модификации является пролонгирование действия флуфеназина путём этерификации остатков капроевой кислоты, при этом повышается его молекулярная масса и приобретает высокая лиофильность препарата. После внутримышечной инъекции высвобождается активный флуфеназин и обеспечивается длительное нейролептическое действие до 2 недель.

ЛФ пролонгированные (от лат. *prolongare* - удлинять) – это ЛФ с замедленным высвобождением и увеличенной продолжительностью действия ЛВ. В зависимости от пути введения различают пролонгированные формы «депо» и ЛФ «ретард» И та и другая форма создают запас ЛВ в организме, однако первая вводится преимущественно парентеральным путём, а вторая – пероральным.

В зависимости от технологии получения ЛФ «ретард» делятся на резервуарные и матричные. ЛФ «ретард» резервуарного типа представляют собой ядро с лекарственным веществом, покрытое полимерной (мембранной) оболочкой, которая определяет скорость высвобождения. ЛФ «ретард» матричного типа содержат полимерную матрицу, в которой распределено лекарственное вещество, и часто имеют вид обычной таблетки.

Разновидностью ЛФ с модифицированным высвобождением являются ЛФ с контролируемым высвобождением, основным отличием которых является изменение времени поступления и высвобождения вещества.

Современная номенклатура данного вида включает системы терапевтические, капсулы, таблетки. Наиболее интересными являются следующие разновидности: таблетки пролонгированного действия на принципе гидродинамического баланса; таблетки пролонгированного действия, действующие по принципу «осмотического насоса» (примером является антигипертензивный препарат - таблетки Осмоадалата. Данная ЛФ позволяет обеспечить постоянный уровень ЛВ в плазме в течение 24 ч);

Широкое распространение находят также терапевтические системы: офтальмологические (глазные лекарственные плёнки (ламели), окулярные терапевтические системы, офтальмологические системы доставки) трансдермальные, пероральные (типа «Орос»).

Примером последней является система «Орос» с индометацином позволяет поддерживать постоянную концентрацию лекарственных веществ в плазме крови в течение 18ч.

Таким образом, ЛФ с модифицированным высвобождением позволяют снизить кратность назначения лекарства, а, следовательно, уменьшить частоту развития и выраженность нежелательных реакций лекарственных средств, что особо значимо для лечения хронических заболеваний.

Н.Г.Селезнев, М.А.Фролова, Н.Е.Романова

РАЗРАБОТКА СОСТАВА ГЕЛЕВОЙ ФОРМЫ МЕТИЛУРАЦИЛА

Кафедра фармацевтической технологии

Одним из направлений совершенствования мазей является расширение их видов, в частности гелей, кремов, паст, линиментов, что значительно повышает эффективность субстанций в мазях. В клинической практике широко применяется 10% метилурациловая мазь для лечения ран, ожогов, трофических язв, как препарат ускоряющий клеточную регенерацию и заживление ран, а также обладающий противовоспалительным действием. Мазь изготавливается на вазелин-ланолиновой основе, имеющей существенные недостатки, что требует разработки новых составов, позволяющих повышать её качество и эффективность, учитывая характер течения раневого процесса.

Современным направлением совершенствованием технологий мазей является преимущественное использование гидрогелей высокомолекулярных веществ. Они обеспечивают мягкую консистенцию, высокую биологическую доступность лекарственных веществ. Гелевые формы хорошо очищают гнойные раны.

Нами разработан новый состав гелевой формы метилурацила (МУ) на полиэтиленоксидной основе (ПЭО). Выбор ПЭО обосновывался тем, что подобные гели отличаются многонаправленностью действия за счет основы, в частности вследствие осмотического эффекта, ослабления патогенных свойств микробного возбудителя, его сопротивляемости к различным лекарственным средствам, высокой стабильности.

В работе использованы ПЭО марки 400 и 1500, при этом микроскопическим анализом установлено, что в ПЭО основе МУ образует суспензионную мазь, что важно для выбора технологии

производства. Для оптимального сочетания ПЭО, определяющих структурно-механические и реологические свойства геля, были изучены составы с процентным соотношением ПЭО-1500 от 10% до 70%, ПЭО-400 от 90% до 30% , при содержании МУ в геле 10%. Поскольку ПЭО относятся к гидрофильным основам, то для всех составов определялось время растворения в воде по методике ГФ XI. Время растворения укладывалось в допустимый предел (1 час) и составляло для всех основ время от 34 до 55 мин.

Реологическими исследованиями, основанными на оценке способности геля - выдавливаться из алюминиевой тубы, установлено, что наиболее оптимальным является соотношение ПЭО- 1500 (20%) к ПЭО – 400 (80%).

Гель выдавливается из тубы при давлении 13,33 к ПА, что входит в оптимум промышленных образцов мазей (от 10 до 25 к ПА) проверенных нами экспериментально. Для всех составов была проведена биофармацевтическая оценка по высвобождению МУ из геля в носитель, пропитанный нитратом кобальта (II) с измерением диаметра окрашенных зон, образующихся при взаимодействии МУ с реактивом, сине-фиолетового цвета через 4 часа диффузии.

Из предлагаемого нами состава ПЭО основы МУ высвобождается с образованием окрашенной зоны $40,5 \pm 1$ мм, что значительно больше, чем при других соотношениях ПЭО. Следует отметить, что МУ из промышленных образцов выпускаемых мазей образовывал окрашенные зоны диаметром $28,0 \pm 1,1$ мм, что в 1,5 раза меньше, чем для предлагаемого нами состава.

Методом тонкослойной хроматографии на пластинах «Силуфол» в трёх различных системах растворителей подтверждена совместимость МУ с ПЭО основой. Использовали системы растворителей: хлороформ – ледяная уксусная кислота – 95:5 (I), н-бутанол - уксусная кислота – вода - 4: 1: 5 (II), хлороформ – метанол 7: 3 (III), проявители - пары йода (коричневое окрашивание при наличии МУ), щелочной раствор нитрата кобальта (серо-коричневое окрашивание при наличии МУ).

При всех трёх системах на хроматограммах обнаруживались пятна с величиной R_f 0,28 (I); 0,55 (II); 0,27 (III).

Нами изучено рН среды при растворении ПЭО всех составов в

воде. При этом рН гелей МУ составлял 6,8, что близко к значению рН кожи человека.

На основании проведенных исследований нами предложен состав гелевой формы МУ: на 100 г геля - метилурацила 10 ч, основы ПЭО - 90 ч (при соотношениях компонентов основы ПЭО – 1500 20%; ПЭО – 400 80%).

А.А.Боброва, Е.Г.Мартынов

ВОДОРАСТВОРИМЫЕ ПОЛИСАХАРИДЫ ПЕРВОЦВЕТА ВЕСЕННЕГО
Кафедра общей химии

Известно, что первоцвет весенний (*Primula veris* L.) – многолетнее травянистое растение, 15-20 см высоты, семейства первоцветных (Primulaceae). Корневище короткое, неветвистое усаженное беловатыми шнуровидными корнями. Листья прикорневые, яйцевидные. Цветочная стрелка одна (или несколько), несет соцветие – простой однобокий зонтик. Цветки крупные, ярко-желтые. Плод – многосеменная яйцевидная бурая коробочка. Цветет в мае. Растет обильно в лиственных смешанных лесах средней и лесостепной зон Европейской части РФ. Это растение содержит ряд биологически активных веществ (БАВ): в корнях растения найдены сапонины, эфирное масло и гликозиды: примулаверин относящийся к тритерпеновым соединениям. В листьях также найдены сапонины, в цветках – сапонины и флавоноиды. Все органы содержат аскорбиновую кислоту. Настои и настойки из растения обладают отхаркивающими свойствами.

Однако химический состав этого растения изучен недостаточно, а водорастворимые полисахариды (ВРПС) ранее не рассматривались. Мы изучали накопление и моносахаридный состав ВРПС, выделенных из целого растения, его соцветий и листьев. Растения собирали в период массового цветения (май) в окрестностях р.п. Пронск Пронского района Рязанской области в 2007 г.

Предварительно очищенное этанолом (1:10), измельченное воздушно-сухое сырье (влажность 10-11%) экстрагировали горячей водой при 90-95°C (1:20) 1,5 часа. Экстракт фильтровали и обрабатывали 96%-ным этанолом (1,5 объемом). Осадок полисахаридов (ПС) отделяли, промывали этанолом, ацетоном и высу-

шивали в эксикаторе над концентрированной серной кислотой (можно и над P_2O_5). Затем определяли их зольность сжиганием образцов ПС в муфельной печи при 600° , а количество уронового ангидрида – комплексонометрическим методом по З.К. Каракеевой, Р.Ш. Абаевой и др., 1976 г.

Гидролиз ВРПС (50 мл их растворяли в 2,5 мл 1 моль/л серной кислоте) проводили на водяной бане в течение 9 часов. Полученный гидролизат нейтрализовали $CaCO_3$ до $pH=7$ и фильтровали на воронке Бюхнера. Продукты гидролиза исследовали методом нисходящей бумажной хроматографии в системе бутанол – 1 – уксусная кислота – вода (4:1:5) в течение 69-70 час. при температуре $21,5-23^\circ$ (бумага Ленинградская марки «М, плотность 80 г/м^2 »). Нейтральные сахара проявляли анилинфталатом 10 мин. при $105-110^\circ$.

Установлено, что ВРПС первоцвета весеннего состоят из 8 моносахаридных компонентов: D-галактуроновой кислоты, D-галактозы, D-глюкозы, L-арабинозы, D-ксилозы, L-рамнозы и двух неидентифицированных моносахаридов, хроматографически более подвижных, чем D-ксилоза и L-рамноза, содержащихся в следовых количествах. Соотношение моносахаридов определяли фотоэлектроколориметрически на КФК-2 по методике Г.Н. Зайцевой и Т.П. Афанасьевой.

Существенных различий в накоплении ПС (6,2-6,6%) в первоцвете весеннем и его отдельных органах, а также содержании золы (18,7-19,2%) и галактуроновой кислоты (53,6-55,9%) не отмечается. Преобладающим компонентом целого растения и листьев является галактоза, соцветий – арабиноза. Содержание арабинозы в ПС целого растения и листьев примерно одинаковое и находится на уровне галактозы в соцветиях, которая в них аккумулируется в 1,5 и 1,2 раза меньше, чем соответственно в целом растении и листьях. Уровень ксилозы примерно одинаков во всех ПС. Содержание рамнозы в листьях и целом растении также в основном одинаковое, а в соцветиях оно находится на уровне глюкозы. В количественном отношении глюкозы больше накапливается в листьях, меньше в целом растении. Количество галактуроновой кислоты позволяет отнести ВРПС первоцвета весеннего к классу пектиновых веществ.

Выводы. 1. Из целого растения, соцветий и листьев первоцвета

весеннего выделены ВРПС.

2. Установлен их моносакхаридный состав, который состоит из: D- галактуроновой кислоты, D- галактозы, D- глюкозы, L- арабинозы, D- ксилозы, L-рамнозы и двух неиндефицированных моносакхаридов.

3. Достаточно высокое содержание (53,9-55,0%) галактуроновой кислоты позволяет ПС первоцвета весеннего отнести к классу пектиновых веществ.

Н.Г.Селезнев, М.А.Фролова, В.В.Старикова
О СТАНДАРТИЗАЦИИ ГЕЛЯ СУЛЬФАДИМЕЗИНА
Кафедра фармацевтической технологии
Кафедра общей химии

Одной из актуальных задач фармацевтической науки является разработка новых лекарственных средств. Сульфадимезин относится к сульфаниламидным препаратам, которые имеют ограниченный ассортимент мазевых форм. Целью исследования было изучение методов идентификации и количественного определения сульфадимезина в разработанной нами ранее лекарственной форме – «Геле сульфадимезина 10 %».

В фармацевтическом анализе редко приходится иметь дело с совершенно неизвестными веществами. Поэтому обнаружение функциональных групп может дать достаточную информацию о подлинности изучаемого вещества. Для качественного анализа геля сульфадимезина нами была рассмотрена возможность использования свойств функциональных групп препарата, а именно, первичной ароматической аминогруппы, сульфамидной группы, бензольного кольца. Мы изучили возможность прохождения реакций по данным функциональным группам и дальнейшее их использование для целей идентификации препарата в лекарственной форме. В результате исследований были выбраны наиболее чувствительные и специфичные реакции – реакцию Овчинникова (лигниновая проба), для целей экспресс-анализа; реакцию образования азокрасителя (с добавлением ацетата натрия); реакцию комплексообразования с меди сульфатом. В своей работе мы особое внимание уделили последнему типу реакций и проверили комплексообразующую способность сульфадимезина с 20 катионами металлов. Установлено, что белые

осадки различной структуры образуют катионы Hg^{2+} , Hg_2^{2+} , Pb^{2+} , Ag^+ , Cd^{2+} , Al^{3+} , Zn^{2+} , Bi^{3+} ; осадки телесного цвета – Fe^{3+} и Mn^{2+} ; осадок светло-зеленого цвета Ni^{2+} ; розового – Co^{2+} ; осадок желто-зеленого цвета, быстро переходящий в коричневый – Cu^{2+} .

Количественное определение геля сульфадимезина проводили нитритометрически и методом нейтрализации в спирто-ацетоновой среде (индикатор – тропеолин 00). Установлено, что оба метода по точности и воспроизводимости равнозначны, результаты анализа не отягощены систематической ошибкой. А изученные реакции подлинности показали возможность использования получения азокрасителя для фотоэлектроколориметрического определения сульфадимезина в геле. Таким образом, были предложены три реакции идентификации геля сульфадимезина 10 % и разработаны методики его количественного определения.

В.И.Коноплева, Л.Ю.Кулешова, М.А.Фролова

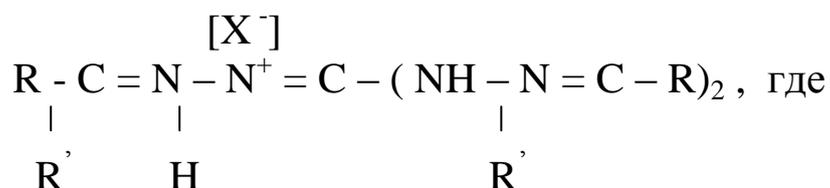
ТРИСЗАМЕЩЕННЫЕ АМИНОГУАНИДИНЫ, ПРОЯВЛЯЮЩИЕ
АНТИМИКРОБНУЮ АКТИВНОСТЬ

Кафедра микробиологии

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии

Кафедра общей химии

В отечественной медицинской практике бисзамещенное производное гуанидина «Химкокцид» (N,N - бис(n -хлорбензилиденамино)гуанидин) эффективно используется в качестве антипротозойного препарата. С целью изучения влияния количества радикалов, введенных в структуру на биологическую активность и её спектр был синтезирован ряд трисзамещенных аминогуанидиний йодида формулы:



№ п/п	R	R'
1	Rh	H
2	C ₃ H ₇	H

3	4 – Cl Ph	CH ₃
4	2 – OH – 5 – OCH ₃ Ph	H
5	2 – OC ₂ H ₅ Ph	H
6	CH ₃	CH ₃
7	4 – Cl Ph	CH ₃ (основание)
8	Ph	CH ₃
9	4 – OCH ₃ Ph	CH ₃

Вещества были получены конденсацией триаминогуанидиний йодида с алифатическими и ароматическими альдегидами или кетонами в среде этанола. Изучение антимикробной активности проводилось методом двукратного разведения 0,04 % растворов веществ в питательном бульоне на стандартных штаммах грамположительных и грамотрицательных бактерий (*Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Citrobacter diversus*).

Результаты проведенных испытаний показали наличие подавления роста бактерий веществами 2 и 3. Эти данные позволяют провести расширенный эксперимент с использованием более низких концентраций веществ и более широкого спектра бактерий, а также на грибах рода *Candida* и простейших.

А.В.Мусатова, А.Н.Козырева, В.З.Локштанов
О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНДЕНСАТОВ,
СОДЕРЖАЩИХ ЭФИРНЫЕ МАСЛА
 Кафедра общей химии

Ароматерапия - одно из направлений в медицине, изучающее воздействие эфирных масел на организм человека, в том числе улучшение психологического и физического состояния. Эфирные масла содержат витамины, гормоны, антибиотики, феромоны, вещества, регенерирующие клетки, питающие и придающие силы ослабленному организму.

Целью нашей работы было получение конденсатов эфирных масел из различного растительного сырья методом перегонки с водяным паром и предложение по использованию этих конденсатов в практических целях. Перегонку осуществляли в течение 1,5 часов, для этого брали по 10 г сухого растительного сырья и 200 мл воды.

Затем определялись некоторые физико-химические параметры полученных конденсатов, а именно (табл. 1):

- концентрация полученных эмульсий – с помощью приготовленных стандартных образцов (из 0,1 мл растительного масла, 1 мл детергента и 10 мл воды);
- поверхностное натяжение полученных конденсатов – сталагмометрическим методом (методом счета капель);
- значение рН – методом потенциометрии с использованием иономера, стеклянного электрода, обладающего водородной функцией и хлорсеребряного электрода сравнения.

Таблица 1

Физико-химические параметры конденсатов эфирных масел

Название растительного сырья	Концентрация эфирных масел в эмульсии (С), %	Поверхностное натяжение (σ), иДж/м ²	рН
Ромашка	0,005	49,5	6,1
Укроп	0,009	64,8	6,7
Можжевельник	0,009	55,7	4,7
Майоран	0,01	55,7	4,3
Базилик	0,01	52,4	7,0
Тмин	0,01	46,9	5,4
Розмарин	0,015	50,2	6,2
Душица	0,02	57,5	5,6
Мята	0,04	49,5	4,5

По нашим данным, эфирные масла представленных образцов растительного сырья имеют различную растворимость в водных растворах (1-5%), разные значения рН (4-7), что обусловлено различным химическим составом.

Эти различия физико-химических параметров и позволили нам предложить использовать полученные конденсаты: в ароматерапии и в качестве биологически активных добавок к пище, так как эфирные масла содержат множество полезных веществ, поддерживающих здоровье человека, помогают снять стресс, а также могут использоваться для профилактики и лечения заболеваний.

Л.В.Корецкая
ИНФРАСТРУКТУРА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО СЕКТОРА
ТУНИССКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Кафедра управления и экономики фармации
с курсом фармации ФПДО

Целью исследования явилось изучение системы административных и контрольных структур, а также товаропроводящей системы фармацевтического сектора Туниса.

Необходимо отметить, что подлинное развитие фармацевтический сектор получил с провозглашением независимости Туниса в 1956 году. Изменения коснулись прежде всего тунисификации профессии фармацевта. Осуществлено регламентирование аптечной, оптовой торговли и промышленного производства лекарственных средств [1, 2, 3, 4, 5].

Созданы основные административные и контрольные структуры: Управление фармации и лекарственных средств (1981); Управление фармацевтической инспекции (1961); Национальная лаборатория контроля лекарственных средств (1979); Национальный центр изучения побочного действия лекарственных средств (1984); Национальный совет Фармацевтической ассоциации.

Ведущая роль в организации лекарственного обеспечения страны принадлежит Управлению фармации и лекарственных средств.

На Управление возложено выполнение следующих задач:

- регистрация лекарственных средств и выдача разрешений на внедрение на рынок импортных и отечественных лекарственных препаратов, а также заменителей материнского молока и подобных продуктов, косметики, диетических продуктов и фильтров для гемодиализа;
- контроль импорта лекарственных средств;
- выдача лицензий и контроль промышленного производства лекарственных препаратов;
- административное руководство частными аптеками и оптовыми фирмами (создание, приобретение, передача, закрытие, перемещение);
- работа со списками ожиданий фармацевтов на открытие аптек;

- предоставление виз на рекламу;
- контроль деятельности медицинских представителей и агентов по сбыту;
- контроль научной медицинской информации;
- контроль оборота наркотических средств и психотропных веществ (Управление фармации и лекарственных средств с 1986г имеет в своем составе Национальное бюро наркотических средств);
- пополнение базы данных информационной системы SIAMED, которая позволяет контролировать фармацевтический рынок Туниса, осуществлять выбор лекарственных средств.

Управление Фармацевтической инспекции контролирует аптеки, оптовых посредников, предприятия-производители в отношении выполнения предписаний всех законов и нормативов, относящихся к деятельности указанных фармацевтических организаций, а также осуществляет контроль качества ЛС местного производства.

Национальная лаборатория контроля лекарственных средств осуществляет исследования, анализы и испытания лекарственных, диетических, санитарно-гигиенических и косметических средств, а также контроль качества импортных лекарственных средств в фармацевтических организациях до и в процессе реализации.

Совет Фармацевтической ассоциации состоит из 11 провизоров, которые избираются на генеральной ассамблее Фармацевтической ассоциации сроком на три года. Совет дает согласие на открытие новых аптек, фармацевтических фирм, аналитических лабораторий и в целом высказывает мнение по всем аспектам фармацевтической деятельности. Члены Национального совета Фармацевтической ассоциации участвуют также в работе Дисциплинарного совета, который наделен полномочиями по наложению дисциплинарных взысканий на специалистов фармацевтического сектора.

Промышленное производство лекарственных средств осуществляют 30 фармацевтических предприятий, из которых 2 – государственные, 5 – совместные с зарубежными партнерами и 23 – частные. Товаропроводящая сеть включает 46 оптовых фирм, одну государственную аптеку (Центральную аптеку Туниса).

са) и 1400 частных аптек, из них 120 аптек – ночные. Среднее количество жителей на одну аптеку 7795.

Таким образом, в стране созданы необходимые структуры фармацевтического сектора по административному руководству промышленной и товаропроводящей сетью и осуществлению контроля качества ЛС импортного и отечественного производства, оборота наркотических средств и психотропных веществ, а также деятельности медицинских представителей и агентов по сбыту.

Литература.

1. Le secteur pharmaceutique tunisien. – Organisation mondiale de la Santé, 2003.

2. Loi n^o 73-55 du 3 août 1973 organisant les professions pharmaceutiques.

3. Décret n^o 81-793 du 9 juin, 1981 portant organisation des services de l'administration centrale du ministère de la santé publique.

4. Loi 90-79 du 7 août 1990 portant création du laboratoire national de contrôle des médicaments.

5. Décret n^o 86-3 du 7 janvier 1986 fixant les attributions et l'organisation du bureau national des stupéfiants.

М.Ю.Клищенко, Г.А.Харченко, С.В.Семенова

**МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА АПТЕЧНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ**

**Кафедра управления и экономики фармации
с курсом фармации ФПДО**

В настоящее время на аптечном рынке наблюдается значительная конкуренция.

Важно отметить, что рост конкуренции вызвал изменения и в ассортиментной политике: привел к изменению ассортиментной линейки (широты, глубины, полноты, новизны) в качественном и количественном отношении.

Формирование ассортимента - одна из важнейших и трудных задач, стоящих перед каждым аптечным предприятием.

Ассортимент в аптеке имеет свои особенности:

- возможность деления на разные группы по различным признакам;

- необходимость постоянного поддержания определенного ассортимента минимума;
- исключение из ассортимента старых лекарственных средств и включение новых.

На формирование ассортимента ЛС в аптеках сильное влияние оказывает социальный состав обслуживаемого населения, характер трудовой деятельности и уровень дохода населения.

Чтобы отойти от ценовой конкуренции, создать бренд аптеки необходимо увеличить широту ассортимента. Создание оптимального ассортимента предлагаемых товаров, является одним из важных условий бесперебойной работы аптечной организации, удовлетворяющей запросы конечных потребителей.

Анализ ассортимента был проведен на базе нескольких аптек города Рязани, все из которых ориентированы на покупателей со средним уровнем достатка, т.к. расположены в «спальных» районах города, где преобладают пенсионеры и семьи со средним уровнем доходов.

При анализе замечено, что ассортиментный минимум, присутствующий во всех изученных аптеках, представлен следующими группами: лекарственные средства, средства ухода и гигиены, медицинские приборы и инструменты, БАДы, минеральные воды и средства ухода за детьми до трех лет – эти товары пользуются у покупателей постоянным спросом. Такие ассортиментные группы, как стоматологические приборы, инструменты и материалы представлены в аптеке, расположенной неподалеку от стоматологической поликлиники, реактивы и диагностические средства и очковая оптика – в аптеке рядом с поликлиникой и кардиологическим диспансером.

Коэффициент широты является одним из показателей конкурентоспособности аптеки, т.к. чем больше ассортимент предлагаемых товаров, тем более разнообразные потребности могут удовлетворить покупатели.

Полнота ассортимента характеризует способность набора лекарственных средств однородной группы удовлетворять одинаковые потребности посетителей. Чем больше полнота ассортимента, тем выше вероятность того, что потребительский спрос будет удовлетворен.

Увеличение полноты ассортимента может служить одним из

средств стимулирования спроса в аптеке и удовлетворять различные потребности. Увеличение полноты требует от провизоров знания общности и различия потребительских свойств лекарственных средств.

Глубина ассортимента характеризует возможности аптеки в удовлетворении спроса на конкретные разновидности лекарственных средств. При отсутствии в аптеке необходимой в данный момент больному лекарственной формы или дозировки, посетители вынуждены обращаться в другие аптеки. Таким образом, происходит потеря клиентов.

При анализе полноты ассортимента аптек были изучены антибиотики групп азитромицина (всего существует 14 групп) и ципрофлоксацина (всего 18 групп), а глубины – препараты «Сумамед» (всего 15 форм) и «Ципролет» (всего 10 форм). Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели ассортимента антибиотиков

А п т е к и	Показатели ассортимента								
	Ши- рота	Полнота				Глубина			
		Кол-во подгрупп		Коэффициент		Кол-во форм		Коэф-т	
		Группа азитро мицина	Группа ципро флокса цина	Группа азитро мицина	Группа ципро флокса цина	«Су- ма- мед»	«Ци- про лет»	«Су- ма- мед»	«Цип- ролет »
1	58%	6	3	43%	17%	6	3	40%	30%
2	83%	9	7	64%	39%	10	8	67%	80%
3	75%	8	9	57%	50%	14	6	93%	60%
4	50%	5	4	36%	22%	8	7	53%	70%
5	51%	7	4	50%	22%	4	6	27%	60%

Таким образом, ассортимент наиболее полно представленный в условных аптеках №2 и №3 обеспечивает признание потребителя, влияет на имидж аптеки.

Постоянное изучение ассортимента позволяет удерживать своих

постоянных покупателей и привлекать новых.

Формирование ассортимента лекарственных средств в аптеке должно быть в первую очередь подчинено интересам наиболее полного удовлетворения потребностей промежуточных и конечных потребителей, т.е. должна быть обеспечена достаточная широта предлагаемого ассортимента.

Г.А.Харченко, М.Ю.Клищенко, С.В.Семенова
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА МАСТЕРОВ
ОПТИКИ

Кафедра управления и экономики фармации
с курсом фармации ФПДО

Целью настоящего исследования является анализ состояния работ в оптических мастерских и магазинах «Оптика», учет, нормирование труда сборщиков очков и разработка мероприятий по увеличению производительности труда работников.

Ранее нами были разработаны нормы времени на изготовление очков корригирующих при изготовлении вручную и с использованием стеклорезных станков. В настоящее время мы провели исследование на современных бельгийских станках полуавтоматах. Согласно рецепту вводятся основные параметры очков, а также размер и форма оправы. В полуавтомат прочно закрепляется линза с шаблоном двумя винтами с резиновыми прокладками. Корпус станка закрывается, и идет обточка стекла с подачей воды, чтобы не летела стеклянная пыль. На каждую новую оправу изготавливается шаблон, который маркируется ее типом и в нем просверливается отверстие. Все виды шаблонов вывешиваются на специальные стенды. Чем чаще используются оправы, тем больше на стенде этих шаблонов, чтобы мастер не терял времени и не ждал данный шаблон. Нормы времени на изготовление очков корригирующих определялись с помощью хронометражных и самохронометражных замеров.

Хронометраж проводился преимущественно в отношении повторяющихся элементов машинно-ручной работы мастеров-оптиков. Рабочее время пребывания мастеров-оптиков на произ-

водстве складывается из времени работы и перерывов. Время работы состоит из основного, вспомогательного, подготовительно-заключительного и времени обслуживания рабочего места. Основное и вспомогательное время в сумме составляют оперативное время. Время обслуживания рабочего места необходимо для поддержания рабочего места в надлежащем состоянии.

Подготовительно-заключительное время требуется для подготовки рабочего места и средств производства к выполнению заданной работы и ее завершения. Его продолжительность в отличие от основного и вспомогательного времени не зависит от числа обрабатываемых изделий.

Время перерывов включает в себя время перерывов, зависящих от рабочего, и время перерывов, связанных с неполадками на производстве.

Перерывы, зависящие от рабочего, подразделяются на два вида: перерывы для отдыха и личных надобностей работника и перерывы, вызываемые нарушением трудовой дисциплины (опоздание к началу смены и после обеденного перерыва, преждевременный уход с работы перед обеденным перерывом и в конце смены), самоотвлечением исполнителей от выполняемой ими работы. Все потери рабочего времени по организационным и техническим причинам объединялись в одну группу перерывов, связанных с неполадками на производстве.

Для каждого вида работ в зависимости от характеристик сырья (линзы, оправы) в соответствии со сложностью технологии были разработаны комплексные нормы времени и определена продолжительность выполнения отдельных операций по изготовлению очков. На каждую отдельную операцию были рассчитаны нормы времени, которые увязаны в общую норму выработки продукции в рабочую смену.

Рассчитано среднее количество продукции в 1 час (нормо-час) и средняя часовая заработная плата, учитывались виды работ и их фактическая трудоемкость. На основании четко установленных норм выработки готовой продукции разработаны расчетные таблицы, позволяющие оперативно определять количество труда по фактическому объему выполняемых работ и нормировать задания на смену в зависимости от квалификации сборщиков очков, от количества принятых заказов для индивидуального и массового

изготовления.

Контролер-бригадир подводит итоги выработки продукции за смену каждому работнику в своей бригаде, отражает в «журнале регистрации заказов, полученных контролером для распределения работы сборщикам очков». Одновременно определяется уровень качества сдаваемой продукции, что отражается в объеме заработной платы и премии работников. Ежемесячная оценка определяется на основании суммирования оценок рабочих дней.

Нормирование труда сборщиков очков позволило повысить производительность труда и качество готовой продукции, на выполнение которых были разработаны следующие мероприятия: освобождение сборщиков очков от вспомогательных работ, повышение требований контролера на принятие изготовленных очков с первого предъявления, самоконтроль изготавливаемой продукции, улучшение оснащенности рабочих мест и оргоснастки, микроклимата и эстетичности помещений, выполнение мероприятий, способствующих созданию здоровых и безопасных условий труда, сборщику очков.

Г.А.Харченко, М.Ю.Клищенко

**ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП
ПОКУПАТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

**Кафедра управления и экономики фармации
с курсом фармации ФПДО**

Современные исследования по маркетингу выделяют в качестве одного из основных вопросов изучение своих потребителей. Знание их характеристик, предпочтений, потребностей и взаимоотношения с ними на выгодных для субъектов условиях позволяют сформировать свою постоянную, лояльную к данной организации, клиентуру.

Для оптимизации работы аптеки необходимо выделить свой сегмент на рынке, для которого будет работать аптека. Если существуют два или более потенциальных рыночных сегмента, то целесообразно выбрать тот, который создает наибольшие возможности, учитывая при этом, что наибольший сегмент не обязательно принесет прибыль, т. е. вполне вероятно сильная конкуренция или высокая степень удовлетворенности потребителей. В

настоящее время существует множество классификаций потребителей по различным признакам.

Мы исследовали 2 сегмента: мужчины и женщины. Каждую группу мы рассматривали по следующим характеристикам: возраст, достаток, стиль поведения и др. При концентрации усилий только на одном сегменте аптека имеет возможность сконцентрировать свою деятельность и значительно сэкономить финансовые затраты, однако это связано с некоторым риском. Подобный подход привлекателен для небольших и средних аптек.

При работе, направленной на удовлетворение потребностей нескольких сегментов (недифференцированная стратегия маркетинга), снижается риск предприятия, но в этом случае затраты более высокие. Такую стратегию используют чаще всего крупные аптеки. Долгосрочная специализация на одном сегменте может привести к формированию определенного имиджа.

Для фармацевтических предприятий при выборе стратегии маркетинга возникает вопрос, сколько сегментов необходимо охватить в своей деятельности – один, несколько или все. Выбор зависит от имеющихся ресурсов, экономического значения отдельных сегментов и поведения конкурентов. Выбор соответствующего сегмента обеспечивает рыночный успех фирмы.

Основным различием между сегментами в области спроса являются возрастные особенности каждого сегмента. Эти исследования требуют постоянного и пристального внимания. Основной задачей является поиск групп потребителей, которые предъявляют конкретные требования к определенному виду товаров. В данном случае необходимо учитывать, что их требования отличаются от требований других покупателей.

Сегменты должны значительно отличаться друг от друга. Кроме того, сегмент должен быть достаточно большой, чтобы оправдать особую стратегию маркетинга.

Ниже в таблице 1 мы приводим сведения о потребляемых товарах в зависимости от сегмента и их возрастных особенностей.

Молодые мамы в возрасте от 20 до 30 покупают молокоотсосы, средства по уходу за грудными детьми. Наиболее часто пользуются спросом наборы Авента стоимостью 2100 рублей, что дает дополнительную прибыль аптеке.

Потребители с более высоким достатком покупают эксклюзив-

ные товары, являются приверженцами известных торговых марок.

Проанализировав посещаемость, необходимо выбрать сегмент для аптеки. Исходя, из того, какие посетители чаще всего приходят в аптеку, необходимо планировать ассортимент, выявлять потребности. Удовлетворение спроса покупателей повышает имидж и конкурентоспособность аптеки.

Таблица 1

Сведения о потребляемых товарах в зависимости от сегмента и их возрастных особенностей

Возраст	Мужчины	Женщины
до 25 лет	БАДы для улучшения памяти, санитарно-гигиенические средства, косметика.	средства для похудения, противогрибковые, витаминные, санитарно-гигиенические средства
26-40	Виа гра, противопохмельные, тональные крема, крема от морщин, средства от выпадения волос, для укладки волос, эссенциале форте.	противозачаточные средства, лечебная косметика от морщин L'Oreal, Vichy, Olay, против целлюлита, средства от головной боли: темпалгин, Пенталгин, ферментные препараты.
41-60	гипотензивные, для лечения аденомы, средства от облысения	БАДы, противодиабетические, гормональные ЛС, ЛС против остеопороза, психотропные препараты, противогрибковые.
после 60	против склероза, тонометры, кавинтон	гипотензивные средства, противодиабетические, тонометры против склероза, при заболеваниях суставов,

М.С.Назарова

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Кафедра управления и экономики фармации

с курсом фармации ФПДО

С уверенностью можно утверждать, что в современных условиях больничная аптека необходима каждому лечебно-профилактическому учреждению (ЛПУ). Аптека ЛПУ обеспечивает оптимальные условия для лекарственного обеспечения лечебного процесса, хранения лекарственных средств (ЛС); информирование медработников о новых ЛС; определение потребности в ЛС, выявление фармакоэкономических преимуществ препаратов.

В соответствии с требованиями Федерального закона РФ № 86-ФЗ от 22.06.98 г. «О лекарственных средствах» (статья 29) фактически установлен запрет на отпуск оптовыми фармацевтическими организациями лекарственных средств в ЛПУ, не имеющие больничных аптек. Этот факт ещё раз подтверждает необходимость функционирования больничных аптек на современном этапе развития. Важная роль принадлежит больничной аптеке в сфере формирования ассортимента ЛС.

Был исследован ассортимент готовых лекарственных средств, закупаемых больничной аптекой ГУЗ «Рязанская областная клиническая больница» (РОКБ). Данная аптека функционирует как структурное подразделение ЛПУ, имеет общую площадь – 419,1 м², штат больничной аптеки представлен 21 сотрудником (из них 11 провизоры). Общий коечный фонд больницы составляет 1100 коек. Структурно ОКБ состоит из 21 профильного лечебного отделения, кроме того, имеются 5 вспомогательных служб, а также областная поликлиника, городская поликлиника, женская консультация.

Ассортиментная политика аптеки реализуется в соответствии с формулярным перечнем, который включает 499 наименования медикаментов и изделий медицинского назначения по МНН, 2634 по торговым наименованиям. Основными поставщиками лекарственных средств являются такие оптовые фирмы, как «Протэк», «Рязань – Фармация», «Роста», «Морон», «Аптека - Холдинг», «Интермед-сервис», «Медифлон», «Медрост» (субстанции). Важную роль в выборе поставщиков играют такие факторы, как широта ассортимента, цена, условия поставки.

В первую очередь закупаются ЖНВЛС для реанимации, анестезиологии, операционного блока, а также наркотические средства, психотропные вещества, спирт этиловый, рентгеновская пленка,

дезсредства, шприцы, системы для переливания растворов.

Исследование ассортимента готовых ЛС, поступающих в стационар через больничную аптеку, проводилось в IV квартале 2007 года. Для систематизации ЛС была использована классификация по фармакологическим группам. Номенклатура лекарственных средств, закупленных за указанный период, составила 1200 наименований, при этом группы препаратов распределились в процентном соотношении следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Структура готовых лекарственных средств, закупаемых
больничной аптекой РОКБ

№ п/п	Группы препаратов	%
1	ЛС, действующие на сердечно – сосудистую систему	22,1
2	ЛС, влияющие на процессы обмена веществ	21,3
3	ЛС, действующие преимущественно на ЦНС	16,5
4	ЛС для лечения и профилактики инфекционных заболеваний	15,5
5	ЛС, действующие на периферические нейромедиаторные процессы	10,5
6	ЛС, действующие преимущественно в области чувствительных нервов окончаний	4,7
7	ЛС, усиливающие выделительную функцию почек	4,5
8	препараты разных фармакологических групп	2,2
9	Гепатотропные	1,9
10	рентгеноконтрастные и некоторые другие диагностические средства	0,8

Следует обратить внимание на тот факт, что значительную долю среди ЛС, закупаемых Рязанской областной клинической больницей, составляют препараты для парентерального введения. Соотношение препаратов отечественного и импортного производства составило 40 % - 60 %, соотношение оригинальных препаратов и дженериков - 30 % - 70 %.

Таким образом, исследование показало, что ассортимент больничной аптеки существенным образом отличается от ассортимен-

та розничных фармацевтических организаций, в частности преобладанием инъекционных лекарственных форм. Преобладание в ассортименте дженериковых препаратов объясняется их более низкой стоимостью.

Значительную широту ассортимента можно объяснить многопрофильностью стационара. Стоит отметить, что наибольшая доля ЛС приходится на группу кардиологических препаратов, что отражает общую тенденцию увеличения доли сердечно-сосудистых заболеваний среди других нозологических форм.

М.С.Назарова

ПОРТРЕТ ИДЕАЛЬНОГО ПРОВИЗОРА ПО МНЕНИЮ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК, ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ И СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

**Кафедра управления и экономики фармации
с курсом фармации ФПДО**

Осуществление профессиональной деятельности фармацевтического работника сопряжено с постоянным общением с большим количеством разных людей, часто нездоровых. Следовательно, провизор – консультант, работающий в торговом зале, должен быть не только высококвалифицированным специалистом в своей области, иметь обширные знания, умения и навыки, но и обладать определёнными нравственными, психологическими и коммуникационными качествами. В качестве примера таких качеств можно привести общительность, уверенность в себе, уравновешенность, наблюдательность, вежливость, внимательность, чувство такта, деликатность, хорошую память, эмпатические способности, общую культуру. Немаловажное значение имеет и внешний вид сотрудника, который создаёт первое впечатление об аптеке.

Представляется интересным сравнить мнения посетителей аптек, самих фармацевтических работников и студентов фармацевтического факультета, о качествах, которыми должен обладать идеальный провизор. Для этого было проведено анкетирование 65 аптечных работников, 72 студентов фармацевтического факультета и 100 посетителей аптек.

Результаты анкетирования приведены в таблице 1.

Проанализировав мнения трёх категорий респондентов, мы со-

ставили портрет идеального провизора. Предпочтения распределились следующим образом. В пятёрку самых популярных ответов у всех категорий опрашиваемых вошли следующие качества: ответственность (1 место у студентов, 2 – у фармацевтических работников, 4 – у населения); умение дать консультацию (2 место у студентов, 3 – у фармацевтических работников, 1 – у населения); вежливость (4 место у студентов, 5 – у фармацевтических работников и населения); компетентность (5 место у студентов, 1 – у фармацевтических работников, 3 – у населения).

Таблица 1

Оценка профессиональных и личностных качеств провизора посетителями аптек, студентами и фармацевтическими работниками

Варианты ответа	%		
	студенты	фарм. работники	население
а) серьёзность	3,7	6,3	4,4
б) честность	4,8	9,9	14,2
в) ответственность	17,5	12,2	13,7
г) доброжелательность	4,8	5,3	7,1
д) вежливость, внимательность	11	8,6	13,2
е) внешние данные (приятная внешность, опрятность, скромность)	4,2	8,6	3,3
ж) стрессоустойчивость	7,6	6,1	
з) компетентность	8,5	13,2	14
и) отзывчивость	6,2	4,8	5,5
к) сообразительность	5,1	5,6	
л) умение дать консультацию	14,1	11,1	18,1
м) терпеливость, спокойствие	12,5	8,3	6,5

Фармацевтические работники среди качеств, которыми должен обладать работник первого стола отметили честность (4 место), для населения это качество имеет более важное значение (респонденты поставили его на 2 место). Студенты на третье место поставили такое качество, как терпеливость. Кроме того, было изучено мнение посетителей аптек о профессиональной подготовке провизоров. Подавляющее большинство опрошенных сочло профессиональный уровень работников аптечных учреждений удовлетворительным (54 %), 46 % опрошенных – хорошим. Вариант неудовлетворитель-

ный не был выбран ни одним респондентом. Культурный уровень фармацевтических работников был оценен как средний - 86 процентами опрошиваемых, как высокий – 12 %, низкий – 2 %.

Таким образом, при осуществлении профессиональной деятельности провизора играет большую роль целая совокупность качеств: от профессиональных до личностных. С уверенностью можно сказать, что всегда бывает востребован тот специалист, с которым будет комфортно работать и коллегам, и врачам, и, прежде всего, потребителям.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО ГУМАНИТАРИЗАЦИИ

М.П.Булаев, О.В.Мильвидас, О.А.Назарова
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИСЦИПЛИНАХ
КАФЕДРЫ МАТЕМАТИКИ И ИНФОРМАТИКИ
Кафедра математики и информатики

Современное высшее образование работает в условиях информационной перегруженности студентов практически по всем дисциплинам ГОС. Противоречие между быстрым темпом приращения знаний в современном мире и ограниченными возможностями их усвоения конкретным индивидом заставляет современную педагогику подчас отказаться от всестороннего развития личности и перейти к развитию востребованных способностей человека к саморегуляции и самообразованию.

Модернизация образования сегодня невозможна без внедрения в учебно-воспитательный процесс информационных компьютерных технологий (ИКТ). При этом основными средствами информатизации образования являются аппаратное обеспечение, программное обеспечение и его содержательное наполнение.

Преимущества использования ИКТ в высшем образовании перед традиционным обучением тривиальны:

1. Информационные технологии значительно расширяют возможности предъявления учебной информации. Применение цвета, графики, звука, всех современных средств видеотехники позволяет воссоздавать реальную обстановку изучаемого объекта (явления, события).

2. Компьютер позволяет существенно повысить мотивацию

студентов к обучению. Мотивация повышается за счет применения адекватного поощрения правильных решений задач.

3. ИКТ вовлекают студентов в учебный процесс, способствуя наиболее широкому раскрытию их способностей, активизации умственной деятельности.

4. Использование ИКТ в учебном процессе увеличивает возможности постановки различных учебных задач и управления процессом их решения.

5. Компьютеры позволяют строить и анализировать модели различных предметов, ситуаций, явлений.

6. ИКТ позволяют качественно изменять контроль деятельности студентов, обеспечивая при этом гибкость управления учебным процессом.

7. Компьютер способствует формированию у студентов рефлексии, т.е. дает возможность обучающимся наглядно представить результаты своих действий, определить этап в решении задачи, на котором сделана ошибка, и исправить ее.

8. Наличие связи с ИНТЕРНЕТ открывают большие возможности информатизации учебного процесса. В компьютерных сетях наравне с простым общением могут быть реализованы образовательные проекты, дистанционное обучение.

К числу компонент ИКТ используемых в различных дисциплинах на нашей кафедре следует отнести:

1. Визуализацию знаний:

- энциклопедические программы (энциклопедия Кирилла и Мефодия (1-8ч.), медицинские энциклопедии (Анатомический атлас Medical Vision, Мать и дитя, Энциклопедия лекарств 2007, Детские болезни и т.д.), L'Encyclopédie de la Santé et du Corps humain, Большая техническая энциклопедия, Энциклопедия компьютерной безопасности;

- программа презентаций Power Point;

- Скорая помощь 2.

2. Проведение лабораторных работ с использованием обучающих программ: «Обучение Microsoft Windows XP», «Обучение WORD XP», «Обучение EXCEL XP», «Обучение CorelDraw 11», «Обучение Adobe Photoshop CS» и т.д.

3. Медицинские программы: Слух, Фитотерап, ПатАн, Невро, Гастро, Chrono, Гиппократ, ОргДых и др.

4. Закрепление изложенного материала (тренинг – разнообразные обучающие программы, Turbo Pascal 7.0, Interpol, Chisdiff, Nelinur, Optim, Integr и др.).

5. Система контроля и проверки:

- тестирование с оцениванием (кафедра получила патент «Универсальная программа для тестирования знаний студентов с произвольной базой вопросов по любой дисциплине»);

- контролирующие программы (в конце каждой обучающей программы (6 семестров и др.) после изучения материала предлагается выполнить самостоятельную работу по пройденным разделам); тесты по математике, информатике, гистологии, микроскопии, министерские тесты и др.

6. Самостоятельная работа студентов (выполнение индивидуальных заданий по пройденным темам, технологии математики и статистики, применение полученных знаний).

7. Проведение интегрированных уроков по методу проектов, результатом которых будет создание Web-страниц, проведение телеконференций, использование современных Интернет-технологий.

8. Тренировка конкретных способностей студента (внимание, память, мышление и т.д.).

Все перечисленное является основой для формирования информационной культуры специалиста, уровень сформированности которой определяется, во-первых, знаниями об информации, информационных процессах, моделях и технологиях; во-вторых, умениями и навыками применения средств и методов обработки и анализа информации в различных видах деятельности; в-третьих, умением использовать современные информационные технологии в профессиональной (образовательной) деятельности; в-четвертых, мировоззренческим видением окружающего мира как открытой информационной системы.

И.С.Аверина, М.П.Булаев, Е.В.Прохорова

ПРОГРАММНЫЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ ЗАДАЧ МАТЕМАТИКИ

Кафедра математики и информатики

Серьезный анализ современного состояния и тенденций развития процессов физических и общественных явлений не может обойтись без знаний по таким разделам математики как линейная

алгебра, дифференциальное и интегральное исчисления, дифференциальные уравнения, теория вероятности, случайные величины, математическая статистика и т.д.

В помощь пользователям, задачи которых связаны с выше упомянутыми разделами, для реализации на ПК имеются типовые пакеты: Statistica 5, SPSS 7.52, MathCad 2001Pro, Math Lab V6.0, Statist Professional, Mathe Max Pro и др. Они хорошо «работают» в тех случаях, когда исследуемая величина (сигнал) описывается детерминированной и не детерминированной моделью с гауссовским распределением. Однако это не всегда соответствует характеру обрабатываемых данных (измерений).

Так как для многих наборов экспериментальных данных $X_i (i = 1, \bar{n})$ более реалистичной является не строгая модель гауссовского распределения, а модель, содержащая грубые ошибки (засорения),

$$P_\varepsilon(X) = (1 - \varepsilon) * \varphi(X) + \varepsilon * h(X)$$

и распределение выборки в этом случае состоит из гауссовского $\varphi(X)$ и засорения $h(X)$. Последнее может быть нормальным со значительно большей дисперсией, чем $\varphi(X)$ (обычно принимают $\delta_h / \delta_\varphi = 3 - 10$), либо вовсе отличаться от него. В этих условиях ставится задача получения статистически значимых параметров для построения зависимостей по экспериментальным данным.

Классический подход с применением метода наименьших квадратов (МНК) для таких задач приводит к результатам с большими погрешностями и не позволяет их правильно оценить. Из статистических методов наиболее пригодными для рассматриваемой задачи следует считать робастные (устойчивые) методы. Получаемые оценки (робастные оценки) должны удовлетворять двум основным требованиям:

- мало уступать в эффективности оптимальным оценкам, когда распределение действительно является гауссовским;
- оставаться достаточно хорошими при отклонениях от основной модели, когда распределение отлично от гауссовского.

Ниже приведена программа, отвечающая этим требованиям.

```
(*****  
(* Робастные оценки *)  
(***)
```

```

(* K - Массив результатов наблюдений *)
(* N - Объем выборки *)
(* M - Оценки среднего *)
(* D - Оценки дисперсии *)
(* A - Уровень отсеечения *)
(* G - Количество отсекаемых элементов *)
(*****
PROGRAM ROBEST;
USES CRT;
CONST
  NMAX=30; (* МАХ ОБЪЕМ ВЫБОРКИ *)
TYPE
  MAS=ARRAY[1..NMAX] OF REAL;
VAR
  M, D, S, ALFA:REAL;
  X, Y:MAS;
  I, J, K, N, G, L, P:INTEGER;
  CH:CHAR;
  F:TEXT;
  (* Генератор равномерно распредел. сл. величины *)
FUNCTION RAN(N:INTEGER;VAR P:INTEGER):REAL;
VAR
  I:INTEGER;
  Y:REAL;
  BEGIN
    FOR I:=1 to n do
      BEGIN
Y:=1.5491932*(RANDOM+RANDOM+RANDOM+RANDOM+RANDOM+RANDOM+RANDOM+RANDOM-2.5);
        RAN:=0.3*(Y+0.02*Y*(Y*Y-3));
      END;
    END;
  (* Процедура сортировки массива M длины N *)
PROCEDURE SORT(VAR M:MAS;N:INTEGER);
VAR
  M1:REAL;
  I, J, K:INTEGER;
  BEGIN
    FOR I:=1 TO N-1 DO
      BEGIN
        K:=I;
        M1:=M[I];
        FOR J:=I+1 TO N DO
          BEGIN
            IF M[J]<=M1
              THEN
                BEGIN

```

```

        K:=J;
        M1:=M[J];
    END;
END;
M[K]:=M[I];
M[I]:=M1;
END;
END;
(* Генератор нормально распредел. сл. величины *)
(* с мат. ожиданием M и ско S *)
FUNCTION NORM(M,S:REAL):REAL;
VAR
    I:INTEGER;
    SS:REAL;
BEGIN
    SS:=0;
    FOR I:=1 TO 12 DO SS:=SS+RAN(L,P);
    NORM:=(SS-6)*S+M;
END;
(* Винзоризованные оценки *)
PROCEDURE VINZ(X:MAS;N,G:INTEGER;VAR M,S:REAL);
(* G-кол-во знач., кот. делаются один. слева и справа *)
VAR
    I:INTEGER;
    S1,S2:REAL;
BEGIN
    (* Оценка среднего *)
    M:=(G+1)*(X[G+1]+X[N-G]);
    FOR I:=G+2 TO N-G-1 DO M:=M+X[I];
    M:=M/N;
    (* Оценка дисперсии *)
BEGIN
    ASSIGN (F,'T.DAT');
    REWRITE (F);
    WRITELN ('Робастные оценки');
    WRITELN (F, 'Робастные оценки');
    WRITELN ('Введите объем выборки');
    READ (N);
    WRITELN (F, 'Объем выборки N=',N:2);
    WRITELN ('Выбирете способ задания выборки');
    WRITELN ('1) Ввод результатов наблюдений с клав. ');
    WRITELN ('2) Формирование случайной последовател. ');
    WRITELN ('==>');READLN (I);
    IF I=1
    THEN
        BEGIN
            WRITELN (F, 'Ввод с клавиатуры');

```

```

FOR I:=1 TO N DO
  BEGIN
    WRITE ('X=');READLN (X[I]);
  END;
END
ELSE
  BEGIN
    L:=1357; J:=2793;
    WRITELN (F,'Формирование случайной последоват. ');
    FOR I:=1 TO N DO
      X[I]:=NORM(0,1);
    END;
  SORT (X,N);
  WRITE (F);
  WRITELN ('Упорядочная последовательность ');
  FOR I:=1 TO N DO
    BEGIN
      WRITELN (X[I]:8:4);
      WRITELN (F,X[I]:8:4);
    END;
  WRITELN ('Винзоризованные оценки');
  WRITELN (F,'Винзоризованные оценки');
  WRITELN ('Введите G');
  READ (G);
  VINZ (X,N,G,M,D);
  WRITELN ('G=',G:3);
  WRITELN (F,'G=',G:3);
  WRITELN ('Оценка среднего',M:8:4);
  WRITELN (F,'Оценка среднего',M:8:4);
  WRITELN ('Оценка дисперсии',D:8:4);
  WRITELN (F,'Оценка дисперсии',D:8:4);
  WRITELN (F);
  CLOSE (F);
  END.

```

Всего за текущий год программное обеспечение задач математики усилиями кафедры приросло десятью наименованиями и почти все они уже используются на практике.

Н.В.Дорошина, М.Н.Дмитриева
ФОРМЫ АКТИВИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
ПРИ ОБУЧЕНИИ ИХ МАТЕМАТИКЕ
Кафедра математики и информатики

Стремительная динамика экономических и социальных процессов современной действительности выдвигает новые (и довольно

высокие) требования к профессиональному становлению учащейся молодежи, специалисту-профессионалу любого профиля.

Современная реальность такова, что человек, войдя в самостоятельную жизнь, должен неустанно решать жизненные задачи, а не плыть по течению, если, конечно, он хочет жить достойно.

В связи с этим получение студентами знаний должно быть процессом активным и творческим. Выражение «прослушал курс лекций» не несет в себе никакой информации о знаниях специалиста-профессионала, поскольку истинные знания приобретаются лишь при активном участии в процессе обучения и желании учиться. Прежде всего, отметим особенности студенческой аудитории, специализирующейся в медицине (специальности 060101, 060104). К ним относятся: изначально негативный настрой к предмету, невниманье, средняя или ниже базовая школьная математическая подготовка (например, средний балл по математике студентов-первокурсников составляет 3,7 – данные за 3 года), т.е. гуманитарная направленность аудитории в целом, отсутствие желания заниматься добросовестно по этой дисциплине в силу ее «ненужности».

Кроме того, курс математики достаточно краток, изучается лишь в первом семестре (14 лекционных часов, 24 практических часа и 18 часов на самостоятельную работу), и включает в себя классические основы математического анализа и теории дифференциальных уравнений, теории вероятности и математической статистики.

Несмотря на то, что любой вузовский курс рассчитан на среднестатистического студента и вполне может быть им освоен при определенных усилиях с его стороны, возникает вопрос: какие формы способны организовать эффективное обучение математике студентов-медиков в этих условиях? Вот некоторые из них:

1. Пробуждение интереса к предмету.

Известный немецкий педагог А. Дистервег писал: «Где начинается скука, там прекращается внимание, а, следовательно, и образование». Интерес – форма проявления познавательной потребности, обеспечивающая направленность личности на осознание целей деятельности. Пробудить интерес гуманитарной аудитории к математике можно: более ярким, четким изложением курса, включая некоторые исторические факты (например, история возникновения и формирования теории вероятности как науки), примеры применения математики в будущей специальности и в

повседневной жизни. Это ни в коей мере не умаляет строгости изложения материала, которая присуща предмету «Математика».

Положительные стороны привлечения такой гуманитарной составляющей математики таковы: внимание на занятиях произвольное или послепроизвольное; снижается утомление; значительно повышается работоспособность; эмоционально-представленный материал лучше запоминается и дольше сохраняется; отсутствуют отрицательные эмоции; улучшается психологический климат в группе.

2. Планирование самостоятельной работы студентов.

Проблема развития у студентов опыта самостоятельной работы также имеет богатую историю, поскольку самостоятельная работа – это высшая форма учебной деятельности, форма самообразования, связанная с его работой в аудитории и в домашних условиях. Успех самостоятельной работы возможен только в том случае, если она учитывает 3 момента, разработанные и внедренные в учебный процесс преподавателем: организационный, методический и управленческий.

Первый момент предполагает планирование всех видов деятельности на весь учебный год: рекомендации и требования по планированию собственной деятельности, необходимой для домашней работы; обеспечение учебно-методической литературой.

Второй момент состоит из разработки индивидуальных заданий; обучения приемам самостоятельной работы и помощь со стороны преподавателей или наиболее успевающих студентов. Предполагается дифференцированный подход к раздаче индивидуальных заданий, исходя из базовой математической подготовки студента, а также его желания освоить материал на соответствующем уровне.

Третий момент – контроль самостоятельной работы студентов.

3. Использование компьютерных технологий и ресурсов Интернет.

Практически каждый студент сегодня пользуется компьютером и в состоянии отыскать нужную информацию в Интернете. Это касается написания рефератов по математике, темы которых даются каждому студенту в середине семестра (вопросы по истории математики, применение численных методов, составление дифференциальных уравнений, применение математики в меди-

цине). При этом указывается ссылки на сайты (не менее 5) и использование печатной литературы (не менее 2 источников).

4. Использование различных форм обучения на практических занятиях.

Обычная форма проведения практического занятия – семинар. В начале каждого занятия каждому студенту даются 2 небольших теоретических вопроса (определения, свойства понятий, правила, формулы и прочее) и 2 практических задания по пройденному материалу.

Например, тест по теме «Производная» может быть таким:

- а) геометрический смысл производной;
- б) правила дифференцирования;
- в) найти производную функции $y = \sqrt{\cos 4x}$;
- г) вычислить приближенно $2^{0,9}$.

Внедрение таких проверок побуждает всех (!) студентов просматривать лекционный материал перед занятиями. Кроме того, используется работа в микрогруппах на скорейшее и наиболее оптимальное решение предложенной задачи (это особенно интересно при изучении теории вероятности при решении прикладных задач). Все вышеперечисленные формы активизации процесса обучения математике студентов-медиков хорошо зарекомендовали себя в студенческой среде, что, несомненно, благоприятно отражается на эффективном приобретении студентами математических знаний.

Т.В.Гончарова

К ВОПРОСУ О СООТНОШЕНИИ ПСИХОЛОГИИ ПАМЯТИ И
ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Кафедра латинского языка и русского языка

Известно, что зачет и экзамен являются наиболее активной и обстоятельной формой проверки знаний за определенный период обучения, которым в высшей школе считается семестр. Однако не следует забывать, что студенты младших курсов – это вчерашние школьники и попадают они в обстановку, отличную от школы по форме и методам обучения и поэтому для них крайне сложную. За сравнительно малый промежуток времени студент должен прослушать и усвоить большой объем изучаемого материала.

Все это требует особого подхода к учебному процессу на 1 курсе, где главной задачей должна быть организация самостоятельной систематической работы студентов и контроль за ней. При этом для обеспечения успешного усвоения и воспроизведения учебного материала необходимо учитывать различные стороны и свойства психики человека.

Как известно, индивидуальные параметры человеческой памяти отличаются очень большим диапазоном, и потому нельзя ожидать от всех обучаемых одинакового уровня усвоения учебного материала. Отсюда еще одно требование – память учащихся должна работать продуктивно. Для этого необходимо установить оптимальную скорость чтения лекций преподавателем. При слишком ускоренном или чрезмерно медленном темпе нарушается процесс структурирования материала: части не вычленяются из целого либо целое распадается на части. Четкая расчлененность и связность изучаемого материала – неременное условие и при проведении практических занятий. Поэтому весь учебный материал семестра необходимо разбить на части так, чтобы каждая представляла собой относительно законченный фрагмент, т. е. использовать модульный принцип изучения материала.

В педагогическом плане важнейшая задача – построить учебную деятельность так, чтобы материал запомнился учащимися в процессе работы с ним. Поэтому он должен даваться большими темами (блоками) и оцениваться по результатам их изучения, без промежуточного контроля знаний, который чисто психологически сдерживает ученика от консультаций с преподавателем, так как он боится показать свое незнание. В данном случае учитывается еще одно требование памяти – распределение повторения во времени.

В конце изучения каждой темы знание теоретического курса лучше проверять в письменной форме у всей группы студентов одновременно. Письменное изложение, в отличие от устного, требует от студента более четких знаний и формулировок, позволяет каждому сосредоточиться и ответить на поставленный вопрос.

Если придерживаться деления контроля знаний на три вида: текущий, периодический и итоговый, то первое в том виде, как это принято в средней школе – с выставлением оценок, вообще не должно быть в вузе, возможно лишь наблюдение преподавателя за самостоятельным изучением студентами материала. Зато очень

важен периодический контроль, причем при проверке наиболее сложных и объемных разделов курса можно разрешить студентам пользоваться учебным, учебно-методическим и лекционным материалом, так как главные функции этого вида контроля – обучающая, воспитательная и диагностическая.

Экзамен как один из этапов обучения должен структурно измениться в соответствии с системой укрепленных дидактических единиц: приложение к теоретическому билету нужно представлять в виде комплексного задания, подобранного таким образом, чтобы для его выполнения студенту необходимо было знать все разделы материала.

Расположение задач должно соответствовать порядку изучения тем в лекционном и практическом курсах. Последовательность выполнения и условия задач должны выбираться студентом самостоятельно, соответственно его подготовке, знаниям и умениям, которые он приобрел в течение семестра.

Э.А.Кечина

КУЛЬТУРА КАК АДАПТИВНЫЙ МЕХАНИЗМ И СПЕЦИФИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кафедра латинского языка и русского языка

До середины XVIII века европейские языки не располагали словами, равными по значению современным культура и цивилизация. Со второй половины века Просвещения почти одновременно оформляются два новых слова (культура, цивилизация), между которыми в разных языках постепенно устанавливаются тонкие и сложные градации.

Культура – понятие широкое и сложное, имеющее достаточно разнообразные толкования и насчитывающее более 200 определений. Красных В.В. представляет культуру с точки зрения учёных, изучающих национальную специфику коммуникативного поведения языковой личности как носителя национального ментально-лингвального комплекса, национального языкового сознания [2]. Итак, культура – это «некоторая сумма персистентной технологии в отличие от цивилизации, понимаемой как некоторая сумма развивающейся технологии» [6]; это «система сознания, связанная с определённой этнической системой (по Л.Н. Гумилё-

ву)» [7]; это «поведение, объективно наблюдаемые действия в отношении к социальным и физическим предметам, общие для всех членов данного коллектива» [1].

Э.С.Маркарян определяет культуру как «специфический способ человеческой деятельности и как «целостный адаптивный механизм, который способствует самосохранению человечества как рода» [5]. Термин «способ деятельности» понимается в широком значении, несводимом лишь к навыкам, умению, а предполагающем также охват многообразных объективных средств осуществления активности людей.... «Изучение истории общества сквозь призму понятия «способ деятельности» позволяет абстрагировать определённый культурный срез, элементами которого выступает комплекс внебиологически выработанных средств, благодаря которым действия людей <...> стимулируются, программируются, воспроизводятся. К ним относятся социогенные потребности, знания, орудия труда, юридические установления, одежда, пища, жилища... Этнические культуры представляют собой исторически выработанные способы деятельности, благодаря которым обеспечивалась и обеспечивается адаптация различных народов к условиям окружающей их природной и социальной среды» [4].

Формы адаптивной деятельности в человеческом обществе достигаются благодаря средствам культуры, и, прежде всего такого её специфического регулятивного механизма, как разум. С. Лем выделил два типа регуляторов жизненных процессов: «регулятор первого типа», основанный на наследственной передаче информации, и «регулятор второго типа» – мозг, действие которого основано на научении и создании «проблемных моделей ситуаций».

Продолжая логику его рассуждений, добавляет Маркарян Э.С., можно сказать, что возникновение человечества привело к созданию «регулятора третьего типа» – общественного сознания. Этот регулятор также основан на научении, но создаваемые им модели деятельности базируются уже не на индивидуальном, а на коллективном опыте, фиксируемом не только в поведении отдельных индивидов, но благодаря наличию особых знаковых систем и в жизнедеятельности всего общества [5].

По мнению С.В.Лурье, проявлением адаптационно-защитного плана культуры являются этнические константы, бессознатель-

ные комплексы, складывающиеся в процессе адаптации человеческого коллектива (этноса) к окружающей природно-социальной среде и выполняющие в этнической культуре роль основных механизмов, ответственных за психологическую адаптацию этноса. Все бессознательные образы, включённые в систему этнических констант тем или иным образом, определяют характер действия человека в мире, который является специфичным для каждой этнической культуры. Система этнических констант – это призма, сквозь которую человек смотрит на мир, на основании которой формируются адаптационно-деятельностные модели человеческого поведения [3].

Как своеобразная ментальная «экипировка», культура является для членов общества средством ориентации, взаимодействия, обсуждения, определения, категоризации и интерпретации текущего социального поведения в своём обществе [3].

Литература

1. Ахманова О.С. О психолингвистике / О.С.Ахманова. - М., 1957–С.33.
2. Красных В.В. «Свой» среди «чужих»: миф или реальность? / В.В.Красных. - М., 2003 – С.25.
3. Лурье С.В. Историческая этнология / С.В.Лурье. - М., 1997 – С. 89, 228.
4. Маркарян Э.С. Об исходных методологических предпосылках исследования этнических культур / Э.С. Маркарян // Методологические проблемы этнических культур: материалы симпозиума. - Ереван, 1978. – С.8-9.
5. Маркарян Э.С. Теория культуры и современная наука / Э.С. Маркарян. - М., 1983. – С. 22, 151.
6. Сорокин Ю.А. Стереотип, штамп, клише: к проблеме определения понятий / Ю.А. Сорокин // Общение: теоретические и прагматические проблемы. - М.,1978. – С.133-138.
7. Уфимцева Н.В. Сопоставительный анализ языкового сознания: этнические и культурные стереотипы / Н.В. Уфимцева // Этнопсихолингвистические аспекты преподавания иностранных языков. - М., 1996. – С.90-96.

Е.Е.Глубокая

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛЛЮСТРАТИВНЫХ МАТЕРИАЛОВ
«РОССИЙСКОЙ ГРАММАТИКИ» М.В. ЛОМОНОСОВА В
«ОСНОВАХ РУССКОГО ЯЗЫКА» ШАРПАНТЬЕ
Кафедра латинского языка и русского языка

Определяя путь научного познания, М.В. Ломоносов писал: «Из наблюдений устанавливать теорию, чрез теорию исправлять наблюдения есть лучший всех способ к исканию правды». В процессе работы над «Российской грамматикой» он шёл по указанному пути. Наглядное представление об этом даёт сопоставление подготовительных материалов к «Российской грамматике» и опубликованного текста этой грамматики. Теоретические обобщения делались М.В. Ломоносовым только на основе большого фактического материала.

Как отмечает Ф.М. Березин, подготовительные материалы к «Российской грамматике» «содержат огромное количество лексических и фразеологических примеров...». М.В. Ломоносов, разумеется, не имел возможности включить в иллюстративные материалы «Российской грамматики» всё множество собранных им примеров. В этом не было необходимости, так как приведённые примеры уже достаточно всесторонне и детально отражали суть описываемых языковых явлений.

В XVIII веке «Российская грамматика» М.В. Ломоносова рассматривалась как достойный для подражания образец описания русского языка. Это относилось не только к её теоретическим положениям, но и к содержащимся в ней иллюстративным материалам. Последнее обстоятельство определило широкое использование данных материалов в «Основах русского языка» Шарпантье (известна только фамилия автора), изданных на французском языке в 1768 в Петербурге. «Российская грамматика» М.В. Ломоносова явилась для «Основ русского языка» Шарпантье как теоретической базой, так и источником пояснительных примеров.

Так, например, Шарпантье в разделах своей книги, посвящённых имени существительному, приводит 301 пример. Из них 237 дублируют примеры «Российской грамматики», что составляет 79% от примеров, представленных в «Основах русского языка». В ряде случаев Шарпантье полностью или почти полностью воспроизводятся соответствующие ломоносовские примеры. Так,

полностью приводится иллюстративный материал по именам существительным на *-а* женского, мужского и общего рода: *похвала, величина, слава, Анна, девица, Козма, Никита, плакса, пьяница, ханжа*. Полностью он приводит и ломоносовские примеры кратких прилагательных: *кроток, бледен, долог, кругол, кисел, широк, высок, дорог, весел*. В «Основы русского языка» включены также почти все примеры, относящиеся к именам обозначающих мастеровых людей в женском роде: *мастерица, перевозчица, хлебница, калашница, кузнечиха, сапожничиха*. Опущено лишь слово *шапошница*.

Однако «Основы русского языка» Шарпантье нельзя рассматривать только как переложение «Российской грамматики». Его работа во многих отношениях носит самостоятельный характер. Можно отметить и творческий подход Шарпантье к поясняющим примерам. Его «Основы русского языка» имеют вполне определённую целевую установку: служить учебным пособием для иностранцев. Поэтому в сравнении с «Российской грамматикой» Шарпантье в целом существенным образом сократил общее количество примеров, так как их широкое привлечение было бы излишним и ненужным для иностранцев, не имевшим достаточной осведомлённости в лексике русского языка.

В связи с этим он часто оставляет лишь некоторые ломоносовские примеры, опуская остальные. Отбор примеров из «Российской грамматики» Шарпантье осуществляет, исходя из своих (подчас весьма субъективных) представлений о том, какие слова русского языка имеют особо актуальный характер для иностранца, т.е., если использовать современную терминологию, относятся к лексическому минимуму при изучении иностранного языка. Например, иллюстрируя существительные женского рода на *-я*, М.В. Ломоносов приводит восемь слов: *земля, буря, пуля, песня, баня, конюшня, пустыня, милостыня*, Шарпантье оставляет только четыре: *земля, буря, пуля, конюшня*.

Таким же критериям автор «Основ русского языка» руководствуется и при введении в текст работы собственных примеров. Так, давая иллюстративный материал на собирательные имена существительные, Шарпантье оставляет из примеров русского учёного только слово *лес*, опускает *полк, собор, стадо*, но вставляет *народ, армия*. Рассматривая имена существительные на *-мя*,

М.В. Ломоносов даёт перечень: *семья, племя, имя, темя*, Шарпантье меняет слово *темя* на *время*.

Следует отметить, что в некоторых случаях замена ломоносовских примеров собственными у Шарпантье была обусловлена стремлением к разнообразию иллюстративного материала. Давая поясняющие примеры к разделу об окончаниях российских имён, он заимствует у Ломоносова существительное *сила, солнце, рай, слово, любовь*, но вместо *человек, земля* даёт *воск, буря*. Структура «Основ русского языка» не всегда соответствует структуре «Российской грамматики». У Шарпантье слова *земля, человек* уже были приведены в предшествующих разделах, поэтому он заменяет их другими.

Следует также отметить, что в «Основах русского языка» излагается и такой теоретический материал, который отсутствует в «Российской грамматике». В подобных случаях Шарпантье использовал лишь собственные иллюстративные материалы.

Л.Н.Федосеева

ОБОЗНАЧЕНИЕ ПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ЯЗЫКЕ И РУССКОЯЗЫЧНОМ АУТЕНТИЧНОМ ТЕКСТЕ

Кафедра латинского языка и русского языка

Обозначение параметрической локализации связано с тем, что в современном русском языке и русскоязычном аутентичном тексте находят отражение отдельные свойства реального физическое пространства, в частности трехмерность. Эта характеристика актуализируется в таких словах как *длина* (величина, протяженность чего-нибудь в том направлении, в котором две крайние точки линии, плоскости, тела лежат, в отличие от ширины, на наибольшем расстоянии друг от друга), *ширина* (величина, протяженность чего-нибудь в том направлении, в котором две крайние точки плоскости, тела лежат, в отличие от длины, на наименьшем расстоянии друг от друга), *глубина* (протяженность, расстояние от поверхности до дна или до какой-нибудь точки по направлению вниз), *высота* (протяженность снизу вверх). Сюда же можно отнести лексемы *вдоль, поперек, линия, плоскость, полоса, объем* и др. Слова, выражающие свойство трехмерности, конкретизируют указанные значения в параметрах размерности.

В них отражаются наши количественные оценки пространственных объектов, и возникновение их, по-видимому, связано с тем, что человек воспринимает реальное физическое пространство не в его бесконечности, а дискретно – как ряд соотносящихся друг с другом объектов, которые можно сравнивать по своим физическим параметрам. Наличие в языке слов фазисной семантики (*начало, конец, середина, продолжение* и т. п.) и способность их сочетаться с пространственной лексикой также свидетельствуют о дискретности нашего восприятия реального физического пространства, что доказывает относительность человеческих представлений о нем.

Адекватное отражение в языке находит свойство симметрии пространства: *верх – низ, внутри – снаружи, правый – левый, север – юг* и многие другие. Параметрические значения выражаются в русском языке в симметричных системах прилагательных, наречий, глаголов и отглагольных имен, например: *длинный/короткий; длинно/коротко; удлинять/укорачивать; удлинение/ укорачивание*. Параметрические характеристики имеют в большинстве своем объективный характер, однако в некоторых случаях присутствует субъективизм оценок: то, что одному кажется высоким, другому таковым не представляется и т.п.

На базе основного значения при речевом употреблении у многих понятий сформировались дополнительные, по большей части переносные, в которых наблюдается угасание пространственной (параметрической) семантики.

Ср.: *глубокий*. 1. Имеющий большую глубину, простирающийся на большую глубину. *Глубокая река. Глубоко* (нареч.) *нырнул*. 2. Отдаленный, глубинный. *Глубокий тыл. Глубокая провинция*. 3. *перен.* Недоступный, тщательно скрываемый. *Глубокая тайна*. 4. *перен.* Обладающий глубиной, большой и сильный. *Глубокое чувство. Глубокий кризис*. 5. Достигший полноты своего проявления, высшего предела. *Глубокая ночь. Глубокая старость*. В данном случае мы наблюдаем переход от узкого параметрического значения к более широкому пространственному и затем – к переносным, метафоричным. При этом полного угасания пространственной составляющей в семантике слова *глубокий* не происходит благодаря хорошо закрепившейся в системе значений локальной доминанте. Подобные наблюдения можно сделать и в большинстве других

случаев, когда мы имеем дело с параметрической лексикой.

Следует отметить использование параметрических характеристик предметов в качестве лексических конкретизаторов пространственности, частей локуса, дополняющих основное значение. В этом случае происходит актуализация сем, указывающих на плоскостную сферу пространства, на его объемность (трехмерность), различную степень удаления от чего-либо и т.п. Таковы уточнения относительно

- сторон света (*на юге страны, к востоку от Москвы*);
- центра-края (*в середине толпы, в центре поселка, на окраине города*);
- правой – левой ориентации (*по обе стороны дороги, слева по шоссе*);
- нижней-верхней ориентации (*на вершине скалы, у подножия горы*) и т.п.

Конкретизаторы локуса зависят при этом от точки отсчета – положения говорящего (или какого-либо другого лица, предмета) и от тематических параметров: *в комнате – в углу, в середине, в центре комнаты; в лесу – на опушке леса, в чаще, на поляне, в дубрах; блиндаж – верх, боковая стенка, конец, вход* и т.д. Ср.: *Стараясь приглушить тревогу в душе, Агеев скорым шагом отправился из центра к окраине, прежде всего на зеленую, хорошо знакомую ему улочку* (Быков); *Он рухнул в провал, сбежал по страшной крутизне на самое дно, где взлетал волейбольный мяч, фигура замелькала среди сосен, поднимаясь на другой склон* (Дудинцев). В данных случаях наблюдается синкретичная семантика: объединяются признаки событийно-ситуативной, субъектно-ориентированной, предметно-соотносительной, динамической локализации с участием параметрического конкретизатора.

Таким образом, параметрическая характеристика объектов, явлений, действий представляется очень важной для отражения в языке и речи пространственной картины мира. Средства выражения семантики пространственности в данной сфере ограничены: это сравнительно небольшая группа существительных (как с предлогами, так и без них), отыменных прилагательных и наречий, глаголов и отглагольных имен.

М.А.Левина

**ФОРМИРОВАНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ КАК КОМПОНЕНТА
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

Кафедра латинского языка и русского языка

Одним из главных социальных институтов, способствующих формированию толерантной личности в современном обществе, является образование. Толерантность как особенность сознания или личностная черта не присуща человеку изначально и может никогда не появиться, не будучи сформированной.

Особая роль в формировании толерантности как компонента педагогической культуры у студентов высшей медицинской школы – принадлежит преподавателям.

Социально-педагогическая цель формирования толерантности направлена на развитие способности признавать существование иной точки зрения, многообразие культурных отличий на основе уверенности своих позиций в рамках универсальных прав и свобод личности, и при этом обеспечивать развитие независимого мышления, критического осмысления и выработку суждений, основанных на моральных ценностях.

Имея важнейшее значение в индивидуально личностном развитии и социализации, принцип толерантности в образовании определяет возможности личностного самообразования, активное усвоение разных способов познавательной деятельности, открытость новым образовательным возможностям.

Использование принципа толерантности в процессе социального воспитания создает благоприятные условия для дальнейшей экспансии толерантности в другие сферы социальных отношений, в частности в профессиональную деятельность медицинского работника. При этом вопросы формирования толерантности как профессионально важного качества медицинского работника в условиях обучения остаются малоизученными.

В ходе исследования нами было установлено, что в сложной "анатомии" толерантности ее психологической основой и ключевым измерением является личностное измерение толерантности – ценности, смыслы, личностные установки.

С этой точки зрения толерантность является важным компонентом жизненной позиции зрелой личности, имеющей свои цен-

ности и интересы, готовой, если потребуется, их защищать, но одновременно с уважением относящейся к позициям и ценностям других людей. Представляется, что основными психологическими критериями и показателями толерантности являются: социальная активность как готовность к взаимодействию в различных социальных ситуациях с целью достижения поставленных целей; дивергентность поведения как способность нестандартно решать обычные проблемы, задачи; ориентация на поиск нескольких вариантов решения; мобильность поведения; эмпатия как адекватное представление о том, что происходит во внутреннем мире другого человека.

Полноценная толерантность не может быть результатом только внешних воздействий: толерантность не столько формируется, сколько развивается. Помощь в ее становлении – создание условий для расширения психологического пространства личности, личностного роста – принадлежит образовательным институтам.

При этом психогигиена преподавателя имеет особо важное значение, так как способность собственным поведением и примером привлечь других на позиции толерантности является исходно необходимой для студентов-медиков и весьма важной для развития не столько общей, сколько межличностной толерантности, понимаемой как особый способ взаимоотношений и межличностного взаимодействия, как межличностный диалог.

Главный вопрос, который должны задавать преподаватели себе и студентам в процессе обучения медицинским специальностям, состоит не в том, "почему я проявляю толерантность?", а "во имя чего, ради чего я действую толерантно, какие ценности я отстаиваю и каков для меня в этом смысл?!"

От ответов на эти вопросы зависит подлинная суть тех или иных действий человека, специалиста. С этой точки зрения "вынужденную толерантность" так же, как "выученную", "скопированную", то есть не осмысленную, не принятую как ценность и не ответственную, следует рассматривать как псевдотолерантность.

За внешними условиями и внутренними предпосылками должна последовать смысловая и иная активность человека, его свободное и ответственное самоопределение в каждой конкретной жизненной ситуации. Для этого необходимо расширять "научное движение", в которое добровольно на почве заинтересованности

в позитивном развитии будут включены единомышленники, поддерживающие это движение, – преподаватели, студенты, социальные партнеры, прежде всего, помогающих профессий.

В этом существенная роль отводится службам психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса, на первых этапах деятельность которых должна осуществляться в рамках психологического просвещения, разъяснения природы толерантности. Программы в области образования должны способствовать улучшению взаимопонимания, укреплению терпимости в отношениях как между отдельными людьми, так и между различными группами (возрастными, профессиональными, социальными, культурными). С этой целью важно ввести в курсы общепрофессиональных и специальных дисциплин для студентов-медиков соответствующие аспекты рассмотрения толерантности в контексте их будущей профессии.

Г.В.Корнева

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ НАВЫКОВ МОНОЛОГИЧЕСКОГО ВЫСКАЗЫВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ (НА МАТЕРИАЛЕ НАУЧНЫХ ТЕКСТОВ)

Кафедра латинского языка и русского языка

Конечным речевым продуктом на основном этапе обучения профессиональному общению иностранных студентов оказывается обычно монологическое высказывание. Монологическая речь «является организованной системой облеченных в словесную форму мыслей, характеризуется преднамеренным воздействием на окружающих» и представляет собой, по определению В.В. Виноградова, продукт индивидуального построения речи [2]. Порождение монологического высказывания – это особое и сложное умение, которое необходимо специально формировать.

Формирование навыков монологического высказывания – один из главных аспектов обучения русскому языку иностранных студентов. Чтение научных текстов по избранной специальности, рефераты, выступления с докладами на конференциях выдвигают новые, более сложные коммуникативные задачи, для решения которых необходимо владение элементами монологического высказывания. В отличие от диалога, где вопрос собеседника выполняет функцию форми-

рования речи отвечающего, в монологической речи тема сообщений исходит «из мыслей субъекта, из того содержания, которое этот субъект хочет передать в развернутом высказывании» [1].

Проводя работу по формированию навыков монологического высказывания с использованием текстов по специальности, преподаватель развивает навыки извлечения научной информации. Для этого, в первую очередь, необходимо показать иностранным студентам характерные особенности научной речи.

Развитие у учащихся навыков построения монолога на научные темы требует определенной методической организации учебного материала и соотнесенных с нею типов учебных текстов. О.Д. Митрофанова (1985) отмечает, что «в основу создания учебных текстов целесообразно положить этапность в формировании необходимых навыков и умений с учетом психолингвистических трудностей, которые встретятся на пути изучающего неродной язык...» [2].

Учитывая большую психологическую сложность монолога, следует отметить, что формирование навыков монологической речи никак нельзя ограничивать простым пересказом, необходимо ставить перед учащимися более сложные задачи, связанные с активной мыслительной работой над текстом, формированием у них комплексных речевых и речемыслительных умений, воспитанием способности к спонтанному иноязычному общению.

В реальном речевом общении система операций при порождении речи в зависимости от ситуации реализуются по-разному: в одних случаях обеспечивается содержание высказывания, в других – безошибочность, в третьих – темп и т.д. Таким образом, можно сказать, что экстралингвистические факторы влияют на решение учащимся задачи - что и как сказать? В зависимости от ситуации возникает либо установка на содержание, либо установка на форму высказывания и соответственно меняется конкретная коммуникативная задача.

Одним из ведущих принципов методики преподавания русского языка как иностранного является связь грамматики с развитием речи учащихся. Этот принцип выражается в том, что основой изучения грамматики является синтаксическая конструкция. Данный принцип нашел свое отражение в работе по формированию навыков монологического высказывания. Обучение монологу, по мнению О.Д. Митрофановой, должно строиться на разви-

тии и автоматизации навыков оформления, использования и синтеза [2]. Навыки оформления предполагают быстрое и безошибочное пользование грамматическим, лексическим и фонетическим материалом. При выполнении упражнений по фонетике, лексике и грамматике внимание учащихся направлено на особенности языковой формы.

Второй этап работы над формированием навыков монологического высказывания – выбор адекватных языковых средств, т.е. переход к формированию навыков использования. Образование этих навыков происходит быстрее и легче при максимальном приближении процесса обучения к реальным условиям общения, т.е. к условиям учебно-профессиональной и проблемной ситуации.

Ситуативные упражнения, имитирующие настоящее общение на специальные темы, настоящую речь по специальности, важны, потому что они облегчают процесс переноса того или иного частного сформированного навыка в естественное речевое общение. Кроме того, выполнение ситуативно-направленных упражнений способствует произвольному запоминанию речевого материала.

Монологическое высказывание требует, однако, от учащихся знания не только того, что сказать, но и в какой последовательности, заставляет учитывать внутриязыковые закономерности, действующие не только на уровне предложения или высказывания. Этот уровень оказывается недостаточным для иллюстрации и объяснения законов функционирования многих языковых единиц. Отсюда третья большая задача – определение программы и построение текста через соединение различных высказываний в определенной логической последовательности, с использованием необходимых связочных средств, что связано уже с формированием навыков синтеза.

«Находить» адекватные средства выражения и соединять их приходится всегда в процессе речи «спонтанно», но учащийся должен быть подготовлен к этому всем процессом обучения. Поэтому задача преподавателя состоит в том, чтобы дать обучающемуся план, схему изложения, по которой он будет стремиться описывать, объяснять каждый из встретившихся ему предметов и явлений.

Одну из главных форм учебно-профессионального общения и предмет обучения избранной специальности составляет воспроизведение письменных текстов учебников и учебных пособий и

лекционных материалов. Умение воспроизвести информацию, содержащуюся в тексте, по утверждению психологов, является важным этапом на пути к достижению конечной цели обучения студентов – порождению самостоятельного высказывания. К созданию собственного монологического высказывания на научную тему учащийся может прийти, научившись свертывать чужое высказывание, т.е. трансформировать заданный текст, сокращать, а затем воспроизводить его.

Таким образом, формирование навыков монологического высказывания должно происходить при условии последовательного и поэтапного решения ряда конкретных учебных задач.

Литература.

1. Леонтьев А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания / А.А.Леонтьев. - М., 1969. - С. 138.

2. Митрофанова О.Д. Научный стиль речи: проблемы обучения / О.Д.Митрофанова / 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Русский язык, 1985. - С. 116-122.

Н.В.Яковлева

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ КОНЦЕПЦИИ ОБЩЕЙ ЖИЗНЕННОЙ МЕТАКОМПЕТЕНТНОСТИ ЛИЧНОСТИ*

Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики

Научная емкость теоретического конструкта компетентности как интегральной психологической характеристики, определяющей эффективность выполнения деятельности достаточно велика. Именно поэтому многие авторы используют его для изучения самых общих феноменов человеческого бытия. В структуре компетентности выделяют: профессиональную и надпрофессиональную, коммуникативную, интеллектуальную и аутопсихическую, эмоциональную специальную, социальную, личностную и индивидуальную и т.д. В контексте нашего исследования интересна компетентность личности в управлении своей жизнью и здоровьем – общая жизненная метакомпетентность (ОЖК).

Она отражает систему активной и целенаправленной реализации субъектом своих жизненных компетенций. Особенность ОЖК состоит в том, что она является первичной, базовой для любого другого вида активности. Архитектоника модели общей

жизненной метакомпетентности в основных компонентах должна совпадать с архитектурой управленческой деятельности по жизнеобеспечению, с другой, - соответствовать функционально-деятельностной модели компетентности как системе ведущих компетенций. Интегральными компонентами модели являются: жизненные компетенции, смысл жизни, обеспечивающий осознанную реализацию компетенций; качество жизни, определяющее степень успешности реализации компетенций.

Работа выполняется при финансовой поддержке РГНФ (грант № 08-06-00353а).

Целью исследования был анализ качества жизни в структуре метакомпетентности.

Качество жизни – сложный, неоднородный компонент ОЖК. Он включает и субъективные характеристики удовлетворенности личности своей жизнью и объективные показатели жизненного статуса. Нас интересовал ответ на вопрос: как влияет на качество жизни смысло-жизненные ориентации человека и уровень развития базовых способностей.

В исследовании приняли участие 145 студентов медицинских и гуманитарных факультетов РязГМУ в возрасте от 18 до 23 лет. Выборка была условно уравновешена по полу (37,2% мужчин). В качестве диагностического инструментария использовался психодиагностический комплекс Статус Пси.

Исследование интеркорреляционных связей между показателями качества жизни по каждому испытуемому свидетельствует об отсутствии явных связей, что свидетельствует о многообразии жизненных проявлений личности. Нами были выделены прямые и парадоксальные группы испытуемых по типу взаимосвязи объективных и субъективных показателей качества жизни. В «прямой» группе сохранялась закономерность: чем выше объективный статус личности, тем больше ее удовлетворенность жизнью. В «парадоксальной» группе наблюдался обратный эффект: статус не соответствовал субъективной удовлетворенности.

Взаимосвязь способностей жизнеобеспечения с интегральными характеристиками жизненного процесса определялась как уровень корреляционной связанности количественно измеряемых характеристик жизненной продуктивности и жизненной удовле-

творенности в трех основных сферах: социально-экономический статус (общий студенческий рейтинг), социально-психологический статус, биологический статус по «прямым» и «парадоксальным» группам

При статистической обработке полученных психодиагностических данных применялись процедуры пакета для обработки и анализа статистической информации СТАТИСТИКА 6.0.

Исследование показало, что больше всего влияет на качество жизни регулятивные способности жизнеобеспечения, менее всего – креативные способности

Уровень развития регулятивных способностей жизнеобеспечения более всего влияет на биологический статус личности. Так, в «прямой» группе психический статус регулятивных способностей и уровень их адаптационного потенциала достоверно связаны с уровнем биологического статуса личности, что еще раз иллюстрирует базовый тезис психосоматической теории о влиянии психической регуляции деятельности на биологическое состояние человека.

Уровень развития познавательных способностей во всех трех аспектах: психический статус, адаптационный потенциал, потенциал развития - существенно влиял на общий студенческий рейтинг, частично на социально-психологический статус личности, коммуникативные – на социально-психологический статус, креативные – на общий студенческий рейтинг и социально-психологический статус.

Интересно, что анализ взаимосвязи уровня адаптационного потенциала способностей жизнеобеспечения с другими составляющими метакомпетентности в «парадоксальной» группе чаще всего приводил к нетипичным результатам. Так, например, в «парадоксальной» группе, не подтверждался психосоматический тезис, вывод о зависимости общей успешности человека от уровня регуляции.

Устойчивость проявления жизнеспособностей способностей была тем выше, чем ниже был соответствующий статус качества жизни человека. Данный результат, на наш взгляд, свидетельствует о сложности и многомерности связей между составляющими метакомпетентности и необходимости более целенаправленного исследования ее смыслового ядра.

В исследовании было выяснено, что больше всего способности

жизнеобеспечения влияют на общий студенческий рейтинг, менее всего – на биологический статус человека.

В целом, качество жизни является результирующей составляющей общей жизненной метакомпетентности личности. Поэтому его исследование имеет ценность только в контексте исследования системы способностей жизнеобеспечения.

Тем не менее, данные по качеству жизни испытуемых дают развернутую характеристику исследуемой выборки, что, на наш взгляд, особенно важно при исследовании интегральных феноменов психики.

И.С.Исаева, М.Н.Котлярова

ИЗУЧЕНИЕ НАПРАВЛЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ
Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики
Рязанский государственный университет имени С.А.Есенина

Направленность общения изучалась нами в рамках системного исследования общительности как свойства личности военнослужащих. Для изучения общительности военнослужащих использовались «Тесты суждений», разработанные А.И. Крупновым (1993). Опросник не свободен от мотивационных искажений (например, в связи с социальной желательностью), и поэтому данные анкетирования курсантов дополнялись наблюдением и экспертной оценкой их непосредственных командиров и начальников - младших и старших офицеров. Выборку составили 141 курсант РВВКУС им. маршала Советского Союза М.В. Захарова 2 курса в возрасте 19-20 лет.

Результаты первичной обработки позволили выявить структурную организацию общительности военнослужащих, включающую в себя количественные показатели выраженности переменных динамического, мотивационного, когнитивного, продуктивного, эмоционального, регуляторного и рефлексивно-оценочного компонентов (рис. 1).

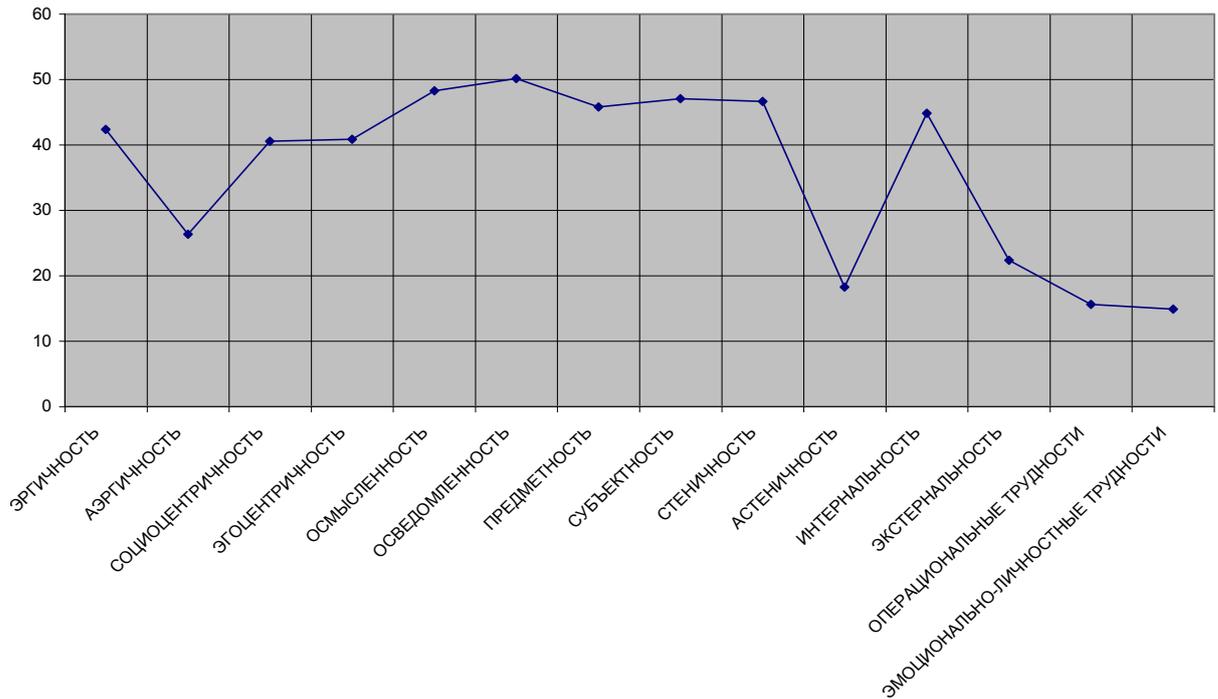


Рис. 1. Структурная организация общительности военнослужащих.

В динамическом компоненте общительности военнослужащих средний показатель эргичности - 42,37, аэргичности - 26,34; в мотивационном компоненте: социоцентричности - 40,57, эгоцентричности - 40,84; в когнитивном компоненте: осмысленности - 48,23, осведомленности - 50,15; в результативном компоненте: предметности - 45,81, субъектности - 47,04; в эмоциональном компоненте средний показатель стеничности - 46,64, астеничности - 18,27; в регуляторном компоненте среднее значение интернальности - 44,81, экстернальности - 22,32; в рефлексивно-оценочном компоненте средний показатель переменных «операциональные трудности» - 15,62 и «личностные трудности» - 14,89.

Анализ статистической значимости различий показателей различных переменных содержательно-смыслового и инструментально-стилевого аспектов общительности военнослужащих показал, что в содержательно-смысловом аспекте большинство переменных имеют статистически значимые различия. Исключение составляют различия между показателями полярных переменных социоцентричности и эгоцентричности, осмысленности и осведомленности, предметности и субъектности. Это означает, что у военнослужащих общительность в равной степени мотивируется как общественно-деловой направленностью, так и личностно-

значимой, они в понимании общительности ориентируются как на глубокие точные когнитивные значения, так и на житейские представления об общительности.

Военнослужащие не выделяют приоритетной зоны приложения результатов общительности и используют ее в равной мере как в предметно-деятельностной, так и в личностной сферах. Когнитивный компонент является доминирующим в содержательно-смысловом аспекте общительности военнослужащих. Инструментально-стилевой аспект общительности военнослужащих характеризуется тем, что все переменные имеют статистически значимые различия в показателях, и гармонические переменные в динамическом, эмоциональном и регуляторном компонентах доминируют над агармоническими.

Кроме того, статистически значимые различия были выявлены в рефлексивно-оценочном компоненте - между значениями переменных «операциональные трудности» и «личностные трудности». Наиболее выраженной переменной в инструментально-стилевом аспекте общительности военнослужащих является стеничность. Это означает, что у военнослужащих проявление общительности сопровождается положительными эмоциями и характеризуются выраженностью, устойчивостью и активной саморегуляцией. При реализации общительности военнослужащие чаще испытывают операциональные трудности (использование различных способов общения), чем личностные.

Итак, общительность военнослужащих можно условно отнести к гармонично-стилевому типу. Для определения факторов, обуславливающих взаимосвязи между показателями переменных общительности, и дальнейшего изучения психологической структуры общительности военнослужащих, полученные показатели были подвергнуты факторному анализу. Факторная структура общительности военнослужащих представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, у военнослужащих выделяются 2 фактора. Проанализируем состав полученных факторов.

У военнослужащих первый фактор представлен показателями мотивационного (социоцентричности 0,74 и эгоцентричности 0,776), когнитивного (осмысленности 0,652 и осведомленности 0,8063), результативного (предметности 0,6542 и субъектности 0,7303) компонентов и показателями переменных эргичности

(0,6498) и стеничности (0,6683). Данный фактор является общим и фиксирует связь содержательно-смыслового аспекта общительности с выраженностью и устойчивостью общительности и с положительными эмоциями, сопровождающими общительность.

Второй фактор включает в себя показатели рефлексивно-оценочного (операциональные трудности 0,8176 и личностные трудности 0,8702) компонента и показателями переменных астеничности (0,8398), экстернальности (0,8211), аэргичности (0,6311). Этот фактор условно можно назвать фактором трудностей. Смысл этого фактора заключается в том, что оба вида трудностей в общении сопровождается негативными эмоциями, зависимостью от внешних обстоятельств, снижением инициативы и стремления к установлению контактов.

Таким образом, проведенное системное исследование общительности показало, что общительность военнослужащих можно условно отнести к гармонично-стилевому типу.

Таблица 1

Факторная структура общительности военнослужащих

Компоненты общительности	Переменные общительности	Фактор 1	Фактор 2
Динамический	Эргичность	0,6498	-0,4394
	Аэргичность	-0,0534	0,6311
Мотивационный	Социоцентричность	0,74	-0,07247
	Эгоцентричность	0,776	0,2707
Когнитивный	Осмысленность	0,652	0,06216
	Осведомленность	0,8063	-0,02686
Продуктивный	Предметность	0,6542	-0,347
	Субъектность	0,7303	-0,276
Эмоциональный	Стеничность	0,6683	-0,1542
	Астеничность	0,03473	0,8398

Регуляторный	Интернальность	0,551	-0,2986
	Экстернальность	0,04658	0,8211
Рефлексивно-оценочный	Операциональные трудности	-0,1779	0,8176
	Личностные трудности	-0,1782	0,8702

Примечание: статистически значимые показатели факторных весов переменных выделены цветным фоном.

В факторной структуре общительности военнослужащих выделяются два фактора: 1) общий, фиксирующий связь содержательно-смыслового аспекта общительности с выраженностью и устойчивостью общительности и с положительными эмоциями, сопровождающими общительности и 2) фактором трудностей, связанным с негативными эмоциями, зависимостью от внешних обстоятельств, снижением инициативы и стремления к установлению контактов.

Л.Н.Карашук

МЕТОДИКА «НЕСУЩЕСТВУЮЩЕЕ ЖИВОТНОЕ» В УСЛОВИЯХ СЕВЕРО-АФРИКАНСКИХ ЭТНОКУЛЬТУР

Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики

Проективные методики – особый материал психологического исследования. Отношение к ним психологов двоякое. С одной стороны это сильнейший психодиагностический материал, с другой стороны для утверждения интерпретации этих методики требуется сопутствующий диагностический процесс и опытный специалист-практик. Тем не менее, нет, наверное, психолога который не использовал бы в своей работе ту или иную проективную методику.

Среди проективных методик, рисуночные методы стоят на первом месте. В последние годы в нашей стране появилось большое количество работ, в которых описываются рисуночные методы. Из работ этого направления можно выделить созданную М.З. Дукаревич методику «Несуществующее животное». В последние годы эта методика приобретает большую популярность.

В 2007-2008 учебном году была предпринята попытка использования данной методики на выборке студентов из стран север-

ной Африки. И хотя, результаты находятся в стадии обработки, хочется поделиться первыми впечатлениями.

Данная методика была предъявлена 57 студентам 20-22-летнего возраста. Методика воспринималась студентами по большей части адекватно, без проявления недоверия. Отступая от темы надо сказать, что психология в этом географическом пространстве развивается в своеобразном русле. Наибольшее тематическое распространение получили направления, связанные с преодолением посттравматических синдромов военных действий или описанием этих состояний. Менталитет жителей данных населенных пунктов складывается из непонимания сути профессии психолога. Сами студенты отмечают, что практически не один их знакомый соотечественник не обратится за помощью к психологу. Причины называются разные, но все они сводятся к той, что указана выше – отсутствие понимания сути психологической работы.

Поэтому, возвращаясь к теме, во время проведения данной методики среди представителей выше указанной популяции предполагалась некоторое непонимание происходящего. Тем более порадовало адекватное восприятие и полное понимание инструкции. Студенты выполняли работу, проявляя заинтересованность. Не было студентов отказавшихся от выполнения данной методики или отнесшихся к ней с негативизмом. Даже те студенты, чье поведение на занятиях было не достаточно ответственным, погружались в работу. Характерной чертой практически всех групп студентов явилось «насмешничество» над своей работой и работой соседа по парте. Эта особенность поведения отмечалась как у юношей, так и у девушек. Такое проявление «юмора» можно рассматривать как защитную характеристику вследствие неудобства, непривычности данной ситуации и по причине понижения самооценки.

Как было указано выше, анализ данных работ находится в процессе доработки. И даже после окончательной обработки материалов, какие либо выводы делать будет рано.

Конечно, хочется выделить какую-то особую проективно-рисуночную черту данного этноса, но такие результаты возможны при больших выборках. Поэтому на данный момент можно отметить не только проективность данной методики, но и возможность использования ее с целью привития интереса к психологии, открытия сути психологической работы и возможностей

использования психологических разработок во врачебной практике для студентов из стран северной Африки.

Л.В.Островская, О.В.Полякова

**НОВАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО–ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Новая образовательно-профессиональная многоуровневая структура высшего образования является важнейшим звеном системы непрерывного образования. Чтобы обеспечить такое образование необходима теоретическая и практическая подготовка специалистов: формирование их творческого потенциала, планетарного мышления, способности понимать глобальные проблемы, вставшие перед человечеством. Использование исследовательского подхода в обучении специалистов является важнейшим средством формирования у них познавательной самостоятельности, развития мышления и научного мировоззрения. В связи с этим, функциями исследовательского подхода в обучении могут быть: развитие познавательной активности в глобальном образовании; формирование прочных и глубоких знаний, необходимых для успешного существования в мире; развитие интеллектуальной сферы личности, обладающей чувством ответственности за свое сообщество; формирование умений и навыков самообразования с помощью концепции глобального образования.

Содержательную основу исследовательского подхода в обучении специалистов составляет взаимосвязь между содержанием, изучаемого материала, методами и формами обучения, организационными формами учебной работы. Сущность исследовательского подхода в обучении состоит: в организации учебной и внеучебной научно-образовательной, поисково-творческой деятельности; во введении общих и частных методов научного познания в процессе учебного образования на всех его этапах (от восприятия до применения на практике); в актуализации внутрипредметных, межпредметных связей.

Как показали наши исследования, что в настоящее время накоплен достаточный объем эмпирических и научных знаний по проблемам развития личности специалиста. Назрела необходи-

мость осмысливания, обобщения и систематизации накопленных материалов с единых общепедагогических научных и психолого-методических позиций в рамках специфической ее ветви – формирование культуротворческой личности и становление ее в высшей медицинской школе.

В литературе последних лет подчеркивается, что наличие четкой и осознанной жизненной перспективы дает человеку мощные стимулы к творчеству. В связи с этим, наблюдая за работой будущих специалистов, мы пришли к выводу, что жизненная перспектива является одним из основных элементов формирующегося их самосознания. У нас есть основания предполагать, что характер жизненной перспективы тесно связан с особенностями проявления творческих способностей. Это предположение было проверено в ходе нашего исследования.

Научные основы формирования новых культуротворческих направлений личности успешно исследуются многими педагогами и психологами. Несмотря на значительные достижения в данной проблеме, есть вопросы, не получившие достаточного освещения в психолого- педагогических исследованиях. К ним можно отнести изучение внутренних механизмов формирования культуротворческой направленности личности в высшей школе.

В связи с этим нами было установлено, что важнейшим фактором профессиональной подготовки личности является уровень сформированности её культуротворческой направленности. От успешности решения проблемы формирования психолого-педагогической направленности человека во многом зависят качество профессиональной подготовки и повышение его профессионального мастерства.

В ходе нашего исследования было определено, что в стратегии исследований педагогики творчества можно наметить ряд путей. Первый из них – описание и эмпирический анализ существующей практики, приводящий к построению эмпирических моделей. Второй – абстрактный анализ различных уровней организации творческой деятельности, приводящей к вычленению детерминирующих ее факторов. Этот путь открывает возможность построения абстрактных моделей и их последующего синтеза в фундаментальные модели творческой деятельности. Третий – психолого- педагогический эксперимент, создающий адекватные условия

для эмпирической доводки фундаментальных моделей и постановки новых проблем.

Таким образом, в век межнаучной интеграции недопустима старая государственная образовательная система подготовки специалиста в высшей школе. Сегодня все чаще и настойчивее выдвигаются положения, требующие коренных сдвигов в типе знания, мышления и творческих процессов. Без истории психолого-педагогического образования нет его теории, а без теории нет и не может быть научной организации учебно-воспитательного процесса.

В.А.Семенов, С.М.Островский

ПСИХОЛОГИЯ КУЛЬТУРОТВОРЧЕСКОГО САМОРАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Психология культуротворческого саморазвития личности как процесс создания нового выражает созидательный, преобразующий труд человека, неразрывно связанный с его познавательной деятельностью, являющейся отражением объективного мира в сознании человека. В процессе культуротворчества не только отражаются предметы и явления объективного мира, но и познаются цели, условия и причины возникновения и существования этих предметов и явлений. В этой связи педагогику и психологию культуротворческого саморазвития личности следует рассматривать как процесс сложных объективно-субъективных отношений между творцами и объектами творчества, как единство познания и преобразования в аспекте интеллектуально- нравственного развития личности.

Главным условием педагогики и психологии культуротворческого саморазвития личности является самотворчество, ибо человек — исток и смысл всякого творческого действия, и лишь такое творчество увеличивает, в конечном счете, подлинное общественное богатство, которое делает человека разумнее, добрее, одухотвореннее. Творить самого себя — значит в каждом своем стремлении и в каждом поступке стремиться к максимуму выражения своей человечности — стремиться к максимально доступной тебе доле святости, добра и любви, постоянно стараться пребывать в бодрствующем состоянии предельной внимательности и открытости ко всему окружающему.

Объективный характер культуротворческого саморазвития личности проявляется в отражении реальных явлений, задач, общественных потребностей; субъективная сторона выражается в различных мотивах и результатах преобразующей деятельности человека. Наиболее обобщающее определение педагогики и психологии культуротворческого саморазвития личности в следующей формулировке: творчество - это деятельность, порождающая нечто качественно новое и отличающееся неповторимостью, оригинальностью и общественно-исторической уникальностью.

Необходимым показателем педагогики творческого саморазвития личности является развитая способность к созерцанию, к умному видению. Это не просто чувственное восприятие или интеллектуальное усилие, а такое видение мира, в котором органически слиты и чувства, и разум, и эмоции, это — постижение мира всей целостностью человеческого бытия, состояние особой открытости к нему. Увидеть мир по-новому, не так, как его видели и объясняли до тебя, - значит увидеть его вне готовых стереотипов видения и объяснения, которые постоянно наваливаются на наше восприятие, «гасят» его, переводят в общеизвестные штампы и формализмы.

Гете говорил, что бывают мгновения, когда как бы спадает пелена с глаз, и мир вдруг является «обнаженным» для наших органов чувств, в своей первозданной нетронутости, яркости и необычности. Такие мгновения могут вызвать, писал он, особого рода жуткое переживание, доходящее до страха.

Мы часто действуем, основываясь не на личном наблюдении, а на знаниях, полученных извне, и такой способ бытия превращает нас в бездумную машину, делает неспособными к творчеству, мы автоматически проецируем свои знания, свои старые навыки на новую ситуацию. Недаром поэты различают «память рассудка» и «память сердца», т.е. те достигшие глубины души «живейшие впечатления», которые мы действительно получили и почувствовали в мире сами. Без памяти и прошлых знаний, без преемственности человек не может существовать и развиваться.

Но новое знание возникает не тогда, когда мы, утилитарно относясь к своей памяти, пытаемся отыскать аналогичный образчик нового явления и не успокаиваемся, пока не отыщем, не классифицируем его, не переведем в ряд типичных, но тогда, когда, от-

талкиваясь, от своего культурного – интеллектуально- нравственного развития, сталкиваясь с новым феноменом, воспроизводим заново свое живое и полное присутствие.

Прожить свою жизнь культуротворчески — это, значит, освоить свою жизнь с максимальной пользой для себя и общества. И, тем не менее, все перечисленные условия необходимы, но не достаточны, они не дают никакой гарантии тому, что человек может стать творцом или жить творчески. Пока существует человечество, культуротворчество всегда будет самой таинственной и великой загадкой человека.

Е.Н.Соколина

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ КУЛЬТУРОТВОРЧЕСТВА В ОБУЧЕНИИ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Проблемы культуротворчества издавна волновавшие человечество, остаются актуальными и в настоящее время в силу своей гносеологической, социально-психологической и мировоззренческой многоаспектности. Педагогика и психология культуротворческого саморазвития личности как процесс создания нового выражает созидательный, преобразующий труд человека, неразрывно связанный с его познавательной деятельностью, являющейся отражением объективного мира в сознании человека.

В этой связи психологию и педагогику культуротворческого саморазвития следует рассматривать как процесс сложных объективно-субъективных отношений между творцами и объектами творчества, как единство познания и преобразования. Объективный характер творческого процесса проявляется в отражении реальных явлений, задач, общественных потребностей; субъективная сторона выражается в различных мотивах и результатах преобразующей деятельности человека. Например, имея перед собой одну и ту же задачу (объективный фактор), один человек решит её на уровне изобретения, другой – на уровне рационализаторского предложения, третий получит тривиальное, давно известное решение (субъективный фактор).

Существуют различные виды культуротворчества: научное, техническое, художественное и др. Все они имеют свои специфические черты, общность и различия. Культуротворческий потенциал

как социально значимое качество человека является одной из важнейших характеристик личности человека как члена того или иного общества людей, творческой личности.

Для развития в личности человека такого качества необходима гибкая методология учебного процесса, базирующаяся на законах психологии образования и творчества, историческом подходе к развитию науки, техники и технологии. Из сказанного вытекает, что обучение культуротворчеству как специальной дисциплине должны проводить высококвалифицированные специалисты, творчески активные педагоги, отличающиеся наличием у них в научно-учебно-воспитательной деятельности доминирующей потребности творчества.

Много таланта, ума и энергии вложили в разработку педагогических проблем, связанных с творческим развитием личности, в первую очередь личности ребенка, подростка, выдающиеся педагоги 20-х и 30-х годов: П.П. Блонский, С.Т. Шацкий, Б.Л. Яворский, Н.Я. Брюсова.

Опираясь на их опыт, обогащенный полувековым развитием науки об обучении и воспитании, лучшие педагоги продолжали и продолжают теоретически и практически развивать принцип творческого развития личности.

Культуротворческое начало рождает в обучающихся живую фантазию, живое воображение. Творчество по природе своей основано на желании сделать что-то, что до тебя существовало: сделать по-новому, по-своему, лучше. Иначе говоря, творческое начало в человеке – это всегда стремление вперед, к лучшему, к прогрессу, к совершенству и, конечно, к прекрасному в самом высоком и широком смысле этого понятия.

Вот такое творческое начало как искусство воспитывает человека и в этой своей функции оно ничем не может быть заменено. По своей удивительной способности оно может вызывать в человеке творческую фантазию, безусловно, она занимает первое место среди всех многообразных элементов, составляющих сложную систему воспитания человека. А без творческой фантазии не сдвинуться с места ни в одной области человеческой деятельности.

С.В.Шестопалов, С.Г.Шестопалова

ВОСПИТАНИЕ СПОСОБНОСТИ К КУЛЬТУРОТВОРЧЕСКОМУ

САМОРАЗВИТИЮ ЛИЧНОСТИ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Культуротворческое саморазвитие следует рассматривать как процесс сложных объективно-субъективных отношений между творцами и объектами творчества, как единство познания и преобразования. Проблема культуротворческого саморазвития, издавна волновавшая человечество, остаётся актуальной и в настоящее время. Культуротворческое саморазвитие – процесс создания нового. Творческая деятельность – как правило, многообразная интеллектуально-нравственная деятельность. Каждый элемент искусственной среды, окружающий человека, – результат творчества. Культуротворчество как процесс создания нового выражает созидательный и преобразующий труд человека, неразрывно связанный с его познавательной интеллектуально-нравственной деятельностью.

Одной из важнейших социально-политических линий образования является обеспечение высокой конкурентоспособности человека на рынке труда. Чтобы выжить в условиях рынка, сегодня не обойтись без глубоких профессиональных знаний, широкого кругозора, высокой культуры, гражданской активности, предприимчивости. Рынок может и должен стать мощным стимулом для развития чувства хозяина, самостоятельности и самодеятельности каждого человека. Поэтому сегодня очень важно выдвигание на первый план задачи побуждения каждого человека к самовоспитанию, саморазвитию и повышению индивидуальной ответственности за его результаты. Воспитание не может быть эффективным, если оно не опирается на культуротворческое самовоспитание, саморазвитие личности.

Движущими силами саморазвития являются определенные противоречия. Во-первых, это противоречия между требованиями, предъявляемыми к личности и ее реальным поведением. Осознавая требования общества, коллектива и видя, что его деятельность не соответствует им, человек вынужден изменить себя таким образом, чтобы соответствовать предъявляемым ему требованиям. Если эти требования оказываются посильными для человека и сочетаются с ним, то они становятся движущей силой его самовоспитания. Во-вторых, это противоречия между желанием и

неумением работать над собой из-за недостаточной требовательности к себе, слабости силы воли, незнания методики самовоспитания. Здесь многое зависит от соответствующей психолого-педагогической подготовки человека к работе над собой. В-третьих, это противоречия, проявляющиеся в несоответствии результатов поставленным целям и задачам самоизменения. Например, человек строго и точно стремился выполнять намеченную программу своей жизнедеятельности, однако достигнутый результат оказался для него не таким, каким ожидался. Это может отрицательно сказаться на его дальнейшей работе над собой, способствовать потере веры в свои силы.

Стимулирование саморазвития - динамичный, развивающийся процесс, предусматривающий непрерывность и длительность его осуществления, что обусловлено прежде всего соответствующим характером процесса самовоспитания.

Стимулирование саморазвития человека связано с разрешением основного противоречия - между достигнутым уровнем развития личности и теми требованиями, которые к ней предъявляет общество и его социальные институты. Условием разрешения и превращения в движущую силу самоопределения личности является сформированность такого мотива самовоспитания, как осознание ею общественной необходимости самовоспитания как условия и средства личного и общественного благополучия, выживания в условиях рынка. Важное значение в стимулировании саморазвития человека принадлежит формированию у него готовности к целенаправленной и постоянной работе над собой соответствующих установок. Установка выражает ценностное отношение личности к самовоспитанию и означает её теоретическую и практическую готовность к работе над собой.

Таким образом, процесс развития культуротворческих способностей у человека будет осуществляться более успешно, если будут использоваться активные формы и методы обучения будущих специалистов (решение педагогических ситуаций и проблемных вопросов, деловые и ролевые игры, тренинги и др.); будут предлагаться различные упражнения в ходе занятий, направленные на развитие культуротворческого воображения, культуротворческих способностей в целом. Будущие специалисты будут включены в активную научно-практическую деятельность. теоретические по-

нения, закономерности будут иллюстрироваться примерами, доказывающими необходимость разнообразных подходов к решению нестандартных культуротворческих психолого-педагогических задач в аспекте саморазвития личности.

Б.И.Репин

АББРЕВИАТУРА В ЯЗЫКЕ И РЕЧИ АНГЛИЙСКОГО ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА

Кафедра иностранных языков

Медицинская карта, история болезни - медицинские документы, традиционно состоящие из нескольких частей, каждая из которых имеет свое назначение. Изложение информации в каждой из них оценивается степенью необходимости и адекватности, профессионально выработанным изложением на протяжении десятилетий в том или ином языковом ареале (английском, испанском, русском и др.), где наряду со сложившимися в международной практике универсалиями существуют свои, «национальные», приемы представления информации в общепринятом медицинском документе. Так, российскому врачу не характерно видеть в разделе «Лечение» (Management) такие цифры, как 1/52, 1/12, 1/7 (что означает «одну неделю», «один месяц» и «один день» соответственно).

Подобного рода «компрессия информации без потери объема информации» широко вошла в профессиональный язык практикующих врачей вообще, английских в частности. Особенно широкое распространение получили аббревиатуры: OE (on examination) – при обследовании; ENT (Ear, Nose, Throat) – ухо, горло, нос; NAD (Nothing abnormal detected) – патологии не обнаружено; Rx (treatment) - лечение; HS (Heart sounds) – звуки сердца; BP (blood pressure) – давление крови; BWT (birth weight) – вес новорожденного; FBC (full blood count) - анализ крови (полный).

По характеру образования английские сокращения представляют структуры: первой буквой слова: F (female) – женщина; сочетанием отдельных согласных букв слова: psn (position) – положение; первой буквой каждого слова словосочетания: mm (mucous membrane) - мембрана слизистой; первой буквой первого слова словосочетания F (field of vision) – поле зрения и др.

Известно, что в языке действуют две противоположные тенденции: к увеличению длины словосочетания за счет включения в его состав добавочных компонентов и к сокращению его длины за счет компрессии его компонентов. Равновесие между этими двумя тенденциями устанавливается в соответствии с законом экономии средств выражения. Такова общая закономерность.

Для медицины имеет значение ряд дополнительных факторов, а именно, сфера употребления: письменный научный текст требует детального рассуждения, документ практического уровня – краткого изложения фактов. Основная область функционирования языка обусловлена, таким образом, специальными целями. В массовом употреблении документа практического уровня – медицинской карты, истории болезни – повторяемость типичных названий (терминов) позволяет их редуцировать физически и со временем воспринимать их механически, без специальных затрат времени, внимания и сил.

Сокращений в языке документов английского практикующего врача значительно больше, чем, например, русскоязычного врача. Созданы даже отдельные специальные словари сокращений общепринятых в медицинской практике. С лингвистических позиций надо заметить, что сам язык не экономит. Экономит человек, присваивая язык, организуя на его же основе языковые элементы в иерархически упорядочное целое и выстраивая эти элементы в такую цепочку и придавая тексту такую архитектуру, которая позволяет добиваться коммуникативного эффекта с наименьшей затратой времени и сил. Отсюда – обилие аббревиатур в медицинских текстах практического уровня.

С.Г.Мележик

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА – ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ КОНФЛИКТНЫМИ СИТУАЦИЯМИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Кафедра экономики и бизнеса

В условиях усиления соперничества среди субъектов высшей школы целый ряд необходимых конкурентных преимуществ создаст система менеджмента качества, сертифицированная в соответствии с требованиями ИСО 9001-2001. Несомненные преимуще-

ства такой системы управления в том, что она упорядочивает образовательную деятельность, т.е. стандартизирует взаимоотношения между отдельными ее участниками и подразделениями.

Версия ИСО 9001-2000 основана на применении процессного подхода. Принципиальное отличие процессного подхода от функционального заключается в том, что основное внимание менеджмента концентрируется не на самостоятельных функциях, выполняемых различными подразделениями и должностными лицами, а на межфункциональных процессах, объединяющих отдельные функции в отдельные потоки и нацеленных на конечные результаты деятельности вуза. При этом главное внимание обращается не на вертикальные связи в организационной структуре, которые традиционно хорошо отлажены, а на горизонтальные, являющиеся наиболее слабыми и потому представляющими реальную опасность для прочности как организационной структуры, так и эффективного менеджмента организации. Определяющее достоинство процессного подхода заключается, прежде всего, в управлении процессами на стыках деятельности подразделений (управлений, деканатов, кафедр), конкретных исполнителей, студентов.

Максимальное использование интеллектуального потенциала персонала и достижение вовлеченности в работу по качеству всего коллектива вуза становится возможным в случае обеспечения соответствия целей учебного заведения и его отдельных сотрудников; формирования атмосферы свободного обсуждения проблем и создания условий, благоприятных для успешного труда; развития системы мотивации сотрудников к выполнению работ без ошибок с первого раза и учреждения программ непрерывного повышения квалификации.

С позиции менеджмента качества вуза и предупреждения конфликтов особое значение имеет управление несоответствующей продукцией. Несоответствующая продукция (услуга) – продукция (услуга), имеющая хотя бы одно несоответствие (определяется соответствие требованиям нормативной документации). Данный процесс предполагает обнаружение, изолирование, обследование несоответствующей продукции (услуги) и принятие решения об управлении ею. Целью управления несоответствующей продукцией (услугой) является защита потребителя от непреднамеренной поставки ему выпущенной организацией продукции (услуги),

не отвечающей установленным требованиям.

Применительно к высшим учебным заведениям несоответствующая продукция – это отклонения от предполагаемого положительного результата образовательного процесса, к такой продукции относятся, например, некачественная образовательная услуга, некачественная методика преподавания, неуспевающий студент, некачественная учебно-методическая продукция и т.д.). Несоответствия могут возникать вследствие, например, ошибок, допущенных при формировании учебных планов и их реализации, из-за недостаточной квалификации преподавательского состава, отсутствия необходимых ресурсов, а также по вине исполнителей процесса и обучающихся.

Прежде всего необходимы четкая, продуманная организация статистики несоответствий, их идентификация и регистрация, разграничение на случайные, разовые и систематические, определение ответственности, поддержание записей о несоответствиях в рабочем состоянии. Это служит входной информацией для анализа несоответствий руководством и управления ими. Анализ причин и сущности несоответствий позволяет, руководствуясь стандартом, определить необходимые действия в каждом конкретном случае, снизить напряженность и вероятность возникновения конфликтных ситуаций, а также избегать повторения несоответствий.

Деканы факультетов, в частности, отвечают за идентификацию и регистрацию неуспевающих студентов, в отношении которых чаще всего возникают проблемные ситуации. Если обучающийся будет признан неуспевающим по вине учебного заведения, то должно быть проведено дополнительное обучение. В случае признания студента неуспевающим по личным причинам ему может быть предоставлено право на повторное обучение, возможны продление сессии, академический отпуск, либо происходит отчисление из университета.

Таким образом, внедрение системы менеджмента качества в соответствии с требованиями ИСО 9001:2000 создает основу для упорядочивания и деконфликтизации образовательного процесса, является инструментом для профессионального разрешения и предупреждения разнообразных конфликтных ситуаций.

Мележик С.Г.
ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ
Кафедра экономики и бизнеса

Методы управления качеством всегда базировались на различных подходах. Функционально-системологический подход развивается в исследованиях А.А. Аветисова. Согласно его концепции процессы, протекающие в образовательных учреждениях любого масштаба и вида, отождествляются с управляемыми динамическими процессами, подчиняющимися общим закономерностям. При этом сами образовательные учреждения рассматриваются в общем случае как адаптивные системы оценки и управления качеством образования с обратной связью и со всеми системологическими атрибутами, свойственными функциональным системам. В рамках данной концепции понятие «качество образования» представляется не просто неким отвлеченным, не измеряемым содержанием (присущие предметно-содержательному подходу), а это вполне функционально связана со всеми параметрами система и измеряемая (диагностируемая) характеристика функционирования образовательной организации. Качество такого функционирования представляется как степень реализации главной цели, заключающейся в достижении обучающимися заданного (нормативного) уровня подготовленности.

Другой подход к управлению качеством в образовательных организациях реализован Н.А. Селезневой и А.И. Субетто при разработке научных основ национальной системы качества высшего образования в России, которые рассматривают управление качеством, во-первых, как воздействие «субъекта управления» на процессы становления, обеспечения, поддержания развития (улучшения) качества объектов и процессов в их жизненном цикле и в цепи жизненных циклов, во-вторых, как организацию их обратной связи (контроля, анализа и оценки) в соответствии со сформированными целями, нормами и доктриной образования.

По модели управления качеством, сформированная Н.А. Селезневой и А.И. Субетто реализуемый образовательный процесс складывается из процессов трансляции знаний и развития структур личности обучаемых: знаниевой, мотивационной, информа-

ционной, ценностно-нравственной, деятельностной (профессиональной). При этом качество системы определяется результативностью всех ее компонентов: ресурсов (входа), потенциалов (потенциальное качество), процессов (технологий), результата (выхода). Управление качеством функционирования образовательной организации направлено на текущее обеспечение учебных процессов и на формирование потенциалов.

Несколько иной подход к управлению качеством в образовательной организации выделила М.Т. Громкова, которая структуру образовательного процесса рассматривает как единство воспитания (управление потребностями) обучения (присвоения социокультурных норм) и развития (совершенствования способностей). Причем здесь сохраняется целостность педагогического процесса как единства воспитания, обучения и развития личности. Управление же качеством образования может быть организовано как процесс освоения необходимыми потребностями личности, присвоения ей социокультурных норм и развития индивидуальных способностей.

Рассматривая образовательное учреждение как социальный институт целесообразно для решения задач, относящихся к проблеме управления, такими организациями использовать подходы теории социального управления, исследующей общие, обязательные для любого управленческого акта процедуры независимо от того, в какой социальной сфере он реализуется. В рамках этой теории понятие «управление» характеризует воздействие субъекта на объект управления и подразумевает оптимизацию процессов при целенаправленном переходе социальных систем из одного состояния в другое.

С точки зрения управления качеством в образовательном учреждении учебный процесс стал настолько многофакторным и многоплановым, что частными, автономными мерами существенно повысить его качество невозможно. Он представляет собой воплощение многих идей, в частности: эффективность (качество) обучения и воспитания можно достичь при реализации стратегии оптимизации самого учебно-воспитательного процесса и его элементов; стратегия оптимизации учебно-воспитательного процесса осуществляется по определенным педагогически ориентированным критериям; оптимизация учебного процесса возможна при управлении им как единством учения и преподавания, системой закономерностей, принципов, содержания, форм и методов,

внутренних и внешних условий обучения и др.

Значимым для формирования системы управления качеством в образовательных учреждениях является положение о том, что эффективность реализации программ обеспечивается мобилизацией всего необходимого для этого потенциала, включающего в себя кадры, информационные массивы, технологии, материально-техническую базу, финансовые средства, организационные структуры и другие ресурсы.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<u>Гормональная регуляция метаболизма в норме и при патологии</u>	3
Фомина М.А., Кузьмина Ю.А., Самохина А.Л. Анализ методических подходов к определению веществ низкой и средней молекулярной массы в биологических жидкостях.....	3
Свирина В.И. Преимущества автоматизированного подсчета ретикулоцитов.....	4
Свирина В.И., Прасолова И.А. Гематологические показатели мальчиков призывного возраста.....	7
Рязанова Е.А. К вопросу о номенклатуре кальпаинов.....	9
Узбекова Д.Г., Первова И.И., Карасева А.А. Профессор А.А. Никулин: к 85-летию со дня рождения.....	12
<u>Физиология и патология нервной системы и анализаторов</u>	15
Лапкин М.М., Григоренко Т.М., Зорин Р.А., Трутнева Е.А. Инди-	

видуальные особенности нервной системы человека и результативность его целенаправленной деятельности	15
Прошляков В.Д., Лапкин М.М., Лутонин А.Ю., Иванов А.В. О проблеме физического воспитания студентов медицинского вуза	16
Кушнер Л.М., Прошляков В.Д. Использование морфо-функциональных показателей студенток 1-2 курсов медицинского университета для повышения мотивации к занятиям физической культурой.....	19
Колесникова М.А., Лапшова Е.В., Потоцкая О.А. Влияние консервативной терапии на зрительные функции и гемодинамику глаз при первичной открытоугольной глаукоме.....	21
Колесникова М.А., Лапшова Е.В., Сафонова Н.С. Состояние увеального кровотока при острой передней ишемической нейропатии.....	23
Шатрова Н.В., Филимонова А.В., Минаев В.В. К вопросу об отдаленных последствиях облучения ионизирующими излучениями...	25
Меринов А.В. Виктимологическая характеристика жен мужчин больных алкоголизмом.....	27
Чернобавская Т.А., Меринов А.В. Феномен аутоагрессии у женщин, злоупотребляющих алкоголем: новые подходы к изучению.....	28
Меринов А.В. Особенности аутоагрессивного поведения жен из алкогольных браков.....	30
Шитов Е.А., Федотов И.А. Особенности пространственного восприятия при сомнамбулических стадиях гипнотического транса	33
Яичникова Н.В., Волкова Н.Б., Федулаева Н.В. Экстрагенитальная патология у беременных с последствиями черепно-мозговой травмы.....	35
Крылова Е.А., Плетнева И.А., Леонов Г.А. Рентгеновская компьютерная томография в денситометрии костей при остеопорозе.....	38
Казакова С.С., Хазов П.Д. Анализ клинико-неврологических и МР-томографических данных инсультов вертебробазиллярного бассейна.....	41

Казакова С.С., Хазов П.Д. МРТ-анатомия головного мозга вертебробазилярного бассейна.....	43
Леонов Г.А., Королева И.А., Пирязева С.В., Поташова Т.Н., Крылова Е.А. К вопросу об эпидемиологии опухолей спинного мозга в Рязанской области.....	46
<u>Закономерности адаптации клеток, тканей, органов к действию различных биологических, физических и химических факторов.....</u>	
Воронина Р.К., Шилин Р.Р. Производные ульtimoбранхиального тела.....	48
Рахманкина М.А., Тузлукова О.И. Врожденные пороки развития в г. Рязани и Рязанской области за период 2002-2006 гг.....	49
Буржинский А.А., Лукина И.В. Гистофизиологические особенности язычных миндалин в возрастном аспекте.....	50
Царёва О.А., Бурмистрова О.В. Диагностика заболеваний энтеробиозом в г. Рязани и Рязанской области в 2005-2006 гг.....	53
Логунова Л.В., Бердиев Р.М. Сосуды Вьессена–Тебезия.....	54
Овчинникова Н.В., Хорохорин А.А. Клиническая анатомия почки.....	55
Бахарев И.В., Беркетова В.Ю. Вариантная анатомия червеобразного отростка.....	57
Лазутина Г.С., Жестков И.В., Кленова Д.М. Функциональная анатомия стопы.....	58
Швальб П.Г., Жеребятъева С.Р. О клинической анатомии перфорантных вен.....	60
Казанцева Г.П., Егоров А.А., Филимонов В.Б., Моников П.Н., Ульяновкина У.Ю. Редкий случай плоскоклеточного рака почечной лоханки «подковообразной почки».....	62
Казанцева Г.П., Шевнина А.В., Зимарёва О.М. Системная красная волчанка – этиология, патогенез, клинико-морфологическая диагностика заболевания.....	65
Свирина Ж.А., Чумаченко П.А., Разумов А.Н., Бокова И.А. Влияние гомеопатических разведений на молочные железы при кистозной мастопатии в эксперименте.....	68

Свирина Ж.А., Чумаченко П.А. История гомеопатии в Индии....	70
Свирина Ж.А., Чумаченко П.А., Анисимова С.А., Разумов А.Н., Бокова И.А. Влияние резерпина на молочные железы в нормаль- ных условиях в эксперименте.....	72
Папков В.Г. Реакция гипоталамуса при различных заболеваниях.....	73
Мордасов С.М., Папков В.Г., Сашин А.В. Анализ смертности от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека по дан- ным Рязанского бюро судебно-медицинской экспертизы.....	76
Громова Т.М. Функциональная морфология надпочечников при острой коронарной недостаточности.....	78
Громова Т.М. Морфофункциональная перестройка гипофиза при внезапной сердечной смерти.....	81

Новые методы в диагностике и лечении хирургических заболева-
ний эндокринной системы, органов грудной, брюшной полостей
и опорно-двигательного аппарата.....

Швальб П.Г., Калинин Р.Е. Интегральная оценка взаимоотноше- ния про- и антиоксидантных систем у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.....	84
Епишин Н.М., Соколова Д.А. Профилактика гнойно-воспалитель- ных раневых осложнение после аппендэктомии.....	86
Федосеев А.В., Карапыш Д.В. Роль этиологического фактора в определении тяжести течения, частоты гнойных осложнений и летальности острого панкреатита.....	88
Федосеев А.В., Карапыш Д.В., Петушков Л.Л. Синдром систем- ного воспалительного ответа в подходе к вопросу времени начала антибиотикопрофилактики больных панкреонекрозом.....	93
Пимахина Е.В., Орлов В.Я. Изменение показателей центральной и периферической гемодинамики при проведении вводного наркоза бриеталом по авторской методике в зависимости от ис- ходного систолического артериального давле- ния.....	96
Пимахина Е.В., Орлов В.Я. Изменение показателей централь- ной и периферической гемодинамики при проведении вводно- го наркоза бриеталом по авторской методике в зависимости	

от исходной частоты сердечных сокращений.....	98
Аристархов В.Г., Медведев В.А. Алгоритм послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу приобретенных комбинированных деформаций носа.....	100
Аристархов В.Г., Медведев В.А. Иммобилизация костей носа после ринопластик, производимых по поводу приобретенных комбинированных деформаций носа.....	103
Пузин Д.А., Косарева А.Г. Лечение субклинического гипотиреоза у больных с аутоиммунным тиреоидитом.....	105
Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Соколова С.Н., Копейкин А.А., Рахмаев Т.С. Влияние резекции желудка на гликемическую кривую.....	107

Разработка и внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем.....

Данилов А.В., Гармаш В.Я., Ракита Д.Р. Оценка эффективности препарата спирива (тиотропия бромид) у пациентов с ХОБЛ 2 стадии.....	110
Фоменко Н.П., Лабутин Д.В., Гуль И.С., Жаркова С.Ю., Кодякова О.В. Анализ распространенности осложнений неспецифического язвенного колита, возможности профилактики их развития.....	112
Заикина Е.В. Эффективность эрадикационной антибиотикотерапии у больных с обострением хронической обструктивной болезни лёгких II-IV стадий в зависимости от преобладающего возбудителя.....	114
Добин В.Л., Оськин Д.Н. Вирусные гепатиты у пациентов с туберкулезом.....	117
Смирнова Е.А., Якушин С.С., Кулешова С.А. Предварительные результаты пятилетнего мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии в Рязанской области.....	119
Якушин С.С. Исследования лекарственных средств и клиническая практика.....	122
Якушин С.С., Никулина Н.Н. Острая ИБС в структуре смертности населения г.Рязани.....	125

- Натальская Н.Ю., Роот И.С. Михаил Давыдович Машковский – патриарх отечественной фармакологии (к 100-летию со дня рождения).....128
- Шатрова Н.В. Оценка качества жизни как критерий эффективности применения образовательной программы для больных остеоартрозом.....131

Клинико-иммунологическая характеристика, профилактика и терапия наиболее распространенных инфекционных заболеваний и заболеваний органов пищеварения.....134

- Пятова Л.Г., Мартынов В.А. Эффективность препаратов коррекции микрофлоры и гепатопротектора у больных острыми вирусными гепатитами.....134
- Коротких Н.Г., Митин Н.Е. Цитоморфологическое состояние тканей протезного ложа при воздействии мази «Виспосил» под базисом непосредственного съемного протеза после хирургической санации полости рта.....136
- Кондракова О.В. Ортодонтическое лечение взрослых при заболеваниях пародонта.....137
- Стрелков Н.Н., Набатчикова Л.П., Митин Н.Е. Прогнозирование возникновения патологического рвотного рефлекса у пациентов, использующих полные съемные протезы.....140
- Позднякова Л.А., Ермошина Н.П. Изучение состояния перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у больных наследственноотягощенным псориазом.....142
- Жильцова Е.Е. Кандидозный вульвовагинит – проблема терапии...144
- Косорукова С.А. К вопросу о патогенезе алопеции у детей.....146
- Жучков М.В. Терапия дерматогелиоза с позиции доказательной дерматологии.....148
- Жучков М.В. Показатели контроля симптомов бронхиальной астмы у пациентов с длительно персистирующей сквамозно-гиперкератотической формой микоза гладкой кожи стопы.....150
- Головач Н.А., Ермошина Н.П., Макарова В.Г. Иммунный статус у пациентов с угревой болезнью.....152

Разработка оптимальных технологий, обеспечивающих сохране-

<u>ние здоровья женщин, детей, подростков и студенческой молодежи.....</u>	155
Дмитриев А.В., Ткаченко Т.Г., Петрова В.И., Макарова Г.Е., Ахабанина Т.Н. Результаты скринингового нейросонографического исследования у детей первых месяцев жизни.....	155
Дмитриев А.В., Юркова В.В., Ненахова О.А. Оценка макромолекулярной проницаемости у недоношенных детей разного гестационного возраста.....	157
Гудков Р.А., Бугулова М.А. Качество сна и распространённость его нарушений у детей.....	158
Гудков Р.А., Ткаченко Т.Г., Власова Н.В., Шоркина Е.И., Шатская Е.Е. Эпидемиология и выявляемость заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей Рязанской области.....	162
Коваленко М.С., Чикин В.Г., Соломатина Л.М. Особенности течения гестационного процесса и родов у первородящих женщин старше 35 лет.....	167
Коваленко М.С., Соломатина Л.М., Пыхтунова О.И. Вредные привычки беременных подростков.....	169
<u>Изучение современных закономерностей формирования здоровья и организации лечебно-профилактической помощи отдельным группам населения в условиях бюджетно-страховой медицины.....</u>	171
Медведева О.В., Коновалов О.Е., Чвырева Н.В. Естественное движение населения (на примере Рязанской области).....	171
Чвырева Н.В., Коновалов О.Е. Формирование здоровья детей, воспитывающихся вне семьи.....	173
Медведева О.В. Медико-демографическая характеристика динамики брачной структуры населения Рязанской области.....	176
Афони娜 Н.А. Пути профилактики хронических болезней органов дыхания у детей дошкольного возраста.....	178
Коновалов О.Е., Сычев М.А. Методические подходы к изучению заболеваемости работников бюджетной сферы.....	181
Соколова Е.А. Некоторые аспекты правового регулирования оказания медицинских услуг.....	184
Нариманова О.В., Семянко А.Г. Анализ общих тенденций разви-	

тия взаимоотношений «банк-клиент».....187

Разработка научных основ медицины труда, экологического благополучия населения и окружающей среды.....190

Дмитриева О.В., Кондратов С.К., Моисеенко В.П. Анализ состояния здоровья курсантов РФМУ МВД России.....190

Абрамова А.О. Мониторинг инфекционной заболеваемости по Рязанской области.....192

Данилова Е.С. Состояние здоровья работников Государственного учреждения здравоохранения «Рязанский дом ребенка».....194

Совершенствование управления аптечной службой и лекарственное обеспечение населения в рыночных условиях, изыскание новых способов изготовления лекарств и их анализ.....197

Казакова Н.Т. Вспомогательные вещества и их технологические функции.....197

Леонидов Н.Б., Селезенев Н.Г. Инновационный механизм развития отечественной фармацевтической промышленности.....199

Стрельцова Р.М. Исследование возможности получения таблеток некоторых сульфаниламидов методом прямого прессования...201

Шестопалова С.Г. Разработка лекарственных форм с модифицированным высвобождением как одно из актуальных направлений в развитии фармацевтической технологии.....203

Селезенев Н.Г., Фролова М.А., Романова Н.Е. Разработка состава гелевой формы метилурацила.....206

Боброва А.А., Мартынов Е.Г. Водорастворимые полисахариды первоцвета весеннего.....208

Селезенев Н.Г., Фролова М.А., Старикова В.В. О стандартизации геля сульфадимезина.....210

Коноплева В.И., Кулешова Л.Ю., Фролова М.А. Трисзамещенные аминоксанидины, проявляющие антимикробную активность.....211

Мусатова А.В., Козырева А.Н., Локштанов В.З. О возможности использования конденсатов, содержащих эфирные масла.....212

Корецкая Л.В. Инфраструктура фармацевтического сектора Ту-

нисской республики.....	213
Клищенко М.Ю., Харченко Г.А., Семенова С.В. Маркетинговые исследования ассортимента аптечных организаций.....	216
Харченко Г.А., Клищенко М.Ю., Семенова С.В. Современные аспекты нормирования труда мастеров оптики.....	219
Харченко Г.А., Клищенко М.Ю. Изучение потребительского спроса различных групп покупателей лекарственных средств.....	221
Назарова М.С. Исследование ассортимента лекарственных средств больничной аптеки многопрофильного стационара....	223
Назарова М.С. Портрет идеального провизора по мнению посетителей аптек, фармацевтических работников и студентов фармацевтического факультета.....	226

Новые технологии в современном медицинском образовании и перспективы его гуманитаризации.....

Булаев М.П., Мильвидас О.В., Назарова О.А. Инновационные технологии в дисциплинах кафедры математики и информатики....	228
Аверина И.С., Булаев М.П., Прохорова Е.В. Программные разработки для задач математики.....	230
Дорошина Н.В., Дмитриева М.Н. Формы активизации деятельности студентов-медиков при обучении их математике.....	234
Гончарова Т.В. К вопросу о соотношении психологии памяти и процесса обучения в вузе.....	237
Кечина Э.А. Культура как адаптивный механизм и специфический способ человеческой деятельности.....	239
Глубокая Е.Е. Использование иллюстративных материалов «Российской грамматики» М.В. Ломоносова в «Основах русского языка» Шарпантье.....	241
Федосеева Л.Н. Обозначение параметрической локализации в современном русском языке и русскоязычном аутентичном тексте.....	244
Левина М.А. Формирование толерантности как компонента педагогической культуры у студентов-медиков.....	246
Корнева Г.В. К вопросу о формировании навыков монологического высказывания иностранных студентов (на материале научных текстов).....	249
Яковлева Н.В. Исследование качества жизни в контексте концеп-	

ции общей жизненной метакомпетентности личности.....	252
Исаева И.С., Котлярова М.Н. Изучение направленности общения военнослужащих.....	255
Каращук Л.Н. Методика «Несуществующее животное» в услови- ях северо-африканских этнокультур.....	259
Островская Л.В., Полякова О.В. Новая образовательно–профес- сиональная структура высшего образования.....	260
Семенов В.А., Островский С.М. Психология культуротворческо- го саморазвития личности	262
Соколова Е.Н. Проблемы развития культуротворчества в обу- чении.....	264
Шестопалов С.В., Шестопалова С.Г. Воспитание способности к культуротворческому саморазвитию личности.....	266
Репин Б.И. Аббревиатура в языке и речи английского практику- ющего врача.....	268
Мележик С.Г. Система менеджмента качества – инструмент управ- ления конфликтными ситуациями в образовательном процессе...	270
Мележик С.Г. Основные подходы к управлению качеством в об- разовательном учреждении.....	272

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

Абрамова А.О.	192	Жаркова С.Ю.	112
Аверина И.С.	230	Жестков И.В.	58
Анисимова С.А.	72	Жеребятьева С.Р.	60
Аристархов В.Г.	100, 103	Жильцова Е.Е.	114
Афоница Н.А.	178	Жучков М.В.	148, 150
Ахабанина Т.Н.	155	Заикина Е.В.	114
Бахарев И.В.	57	Зайцев О.В.	107
Бердиев Р.М.	54	Зимарёва О.М.	65
Беркетова В.Ю.	57	Зорин Р.А.	15
Боброва А.А.	208	Иванов А.В.	16
Бокова И.А.	68, 72	Исаева И.С.	255
Бугулова М.А.	158	Казакова Н.Т.	197
Булаев М.П.	228, 230	Казакова С.С.	41, 43
Буржинский А.А.	50	Казанцева Г.П.	62, 65
Бурмистрова О.В.	53	Калинин Р.Е.	84
Власова Н.В.	162	Карапыш Д.В.	88, 93
Волкова Н.Б.	35	Карасева А.А.	12
Воронина Р.К.	48	Карашук Л.Н.	259
Гармаш В.Я.	110	Кечина Э.А.	239
Глубокая Е.Е.	241	Кленова Д.М.	58
Головач Н.А.	152	Клищенко М.Ю.	216, 219, 221
Гончарова Т.В.	237	Коваленко М.С.	167, 169
Григоренко Т.М.	15	Кодякова О.В.	112
Громова Т.М.	78, 81	Козырева А.Н.	212
Гудков Р.А.	158, 162	Колесникова М.А.	21, 23
Гуль И.С.	112	Кондракова О.В.	137
Данилов А.В.	110	Кондратов С.К.	190
Данилова Е.С.	194	Коновалов О.Е.	171, 173, 181
Дмитриев А.В.	155, 157	Коноплева В.И.	211
Дмитриева М.Н.	234	Копейкин А.А.	107
Дмитриева О.В.	190	Корецкая Л.В.	213
Добин В.Л.	117	Корнева Г.В.	249
Дорошина Н.В.	234	Королева И.А.	46
Егоров А.А.	62	Коротких Н.Г.	136
Епишин Н.М.	86	Косарева А.Г.	105
Ермошина Н.П.	142, 152	Косорукова С.А.	146

Котлярова М.Н.	255	Никулина Н.Н.	125
Крылова Е.А.	38, 46	Овчинникова Н.В.	55
Кузьмина Ю.А.	3	Орлов В.Я.	96, 98
Кулешова Л.Ю.	211	Оськин Д.Н.	117
Кулешова С.А.	119	Островская Л.В.	260, 262
Кушнер Л.М.	19	Папков В.Г.	73, 76
Лабутин Д.В.	112	Первова И.И.	12
Лазутина Г.С.	58	Песков О.Д.	107
Лапкин М.М.	15, 16	Петрова В.И.	155
Лапшова Е.В.	21, 23	Петушков Л.Л.	93
Левина М.А.	246	Пимахина Е.В.	96, 98
Леонидов Н.Б.	119	Пирязева С.В.	46
Леонов Г.А.	38, 46	Плетнева И.А.	38
Логунова Л.В.	54	Позднякова Л.А.	142
Локштанов В.З.	212	Полякова О.В.	260
Лукина И.В.	50	Поташова Т.Н.	46
Лутонин А.Ю.	16	Потоцкая О.А.	21
Макарова В.Г.	152	Прасолова И.А.	7
Макарова Г.Е.	155	Прохорова Е.В.	230
Мартынов Е.Г.	208	Прошляков В.Д.	16, 19
Мартынов В.А.	134	Пузин Д.А.	105
Медведев В.А.	100, 103	Пыхтунова О.И.	169
Медведева О.В.	171, 176	Пятова Л.Г.	134
Мележик С.Г.	270, 272	Разумов А.Н.	68, 72
Меринов А.В.	27, 28, 30	Ракита Д.Р.	110
Мильвидас О.В.	228	Рахмаев Т.С.	107
Минаев В.В.	25	Рахманкина М.А.	49
Митин Н.Е.	136, 140	Репин Б.И.	268
Моисеенко В.П.	190	Романова Н.Е.	206
Моников П.Н.	62	Роот И.С.	128
Мордасов С.М.	76	Рязанова Е.А.	9
Мусатова А.В.	212	Самохина А.Л.	3
Набатчикова Л.П.	140	Сафонова Н.С.	23
Назарова М.С.	223, 226	Сашин А.В.	76
Назарова О.А.	228	Свирина В.И.	4, 7
Нариманова О.В.	187	Свирина Ж.А.	68, 70, 72
Натальская Н.Ю.	128	Селезнев Н.Г.	199, 206, 210
Ненахова О.А.	157	Семенов В.А.	262

Семенова С.В.	216, 219	Фомина М.А.	3
Семянко А.Г.	187	Фролова М.А.	206, 210, 211
Смирнова Е.А.	119	Хазов П.Д.	41, 43
Соколина Е.Н.	264	Харченко Г.А.	216, 219, 221
Соколова Д.А.	86	Хорохорин А.А.	55
Соколова Е.А.	184	Царёва О.А.	53
Соколова С.Н.	107	Чвырева Н.В.	173
Соломатина Л.М.	167, 169	Чикин В.Г.	167
Старикова В.В.	210	Чумаченко П.А.	68, 70, 72
Стрелков Н.Н.	140	Чернобавская Т.А.	28
Стрельцова Р.М.	201	Шатрова Н.В.	25, 131
Сычев М.А.	181	Шатская Е.Е.	162
Тарасенко С.В.	107	Швальб П.Г.	60, 84
Ткаченко Т.Г.	155, 162	Шевнина А.В.	65
Трутнева Е.А.	15	Шестопалов С.В.	266
Тузлукова О.И.	49	Шестопалова С.Г.	203, 266
Узбекова Д.Г.	12	Шилин Р.Р.	48
Ульянкина У.Ю.	62	Шитов Е.А.	33
Федосеев А.В.	88, 93	Шоркина Е.И.	162
Федосеева Л.Н.	244	Юркова В.В.	157
Федотов И.А.	33	Яичникова Н.В.	35
Филимонов В.Б.	62	Яковлева Н.В.	252
Филимонова А.В.	25	Якушин С.С.	119, 122, 125
Фоменко Н.П.	112		