

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

**НАУЧНАЯ ЧАСТЬ
СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО**

МАТЕРИАЛЫ

**НАУЧНОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ**

Рязань, 2006

УДК 61+42/48+33/34+51/57](071)

Материалы научной студенческой конференции. – Рязань: РязГМУ, 2006. – 243 с.

Редакционная коллегия:

доктор медицинских наук, профессор О.Е.Коновалов
доктор медицинских наук, профессор П.А.Чумаченко
документовед научной части А.В.Куприкова
студент лечебного факультета И.Г.Свиридов

Научный сборник научных трудов составлен по материалам лучших докладов студенческой научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова, состоявшейся 21 апреля 2006 года. Сборник продолжает серию ежегодных изданий научных трудов студентов – членов СНО университета и включает итоги экспериментальных исследований, материалы клинических наблюдений, а также тезисы докладов по естественно-научным, гуманитарным и социально-экономическим дисциплинам. Редакция коллегия выражает признательность за оказанное внимание и поддержку в издании настоящего сборника научных трудов ректору университета, Заслуженному деятелю науки РФ, профессору В.Г.Макаровой.

ISBN 5-8423-0050-8
ние

© Государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования
«Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П.Павлова
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию», 2006

РАЗДЕЛ I. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛИЦ С НОРМАЛЬНЫМ ИЛИ ПОГРАНИЧНО-ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА

**Архипова М.А., Беликова А.А., 3 курс,
медико-профилактический факультет**

**Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии ФПДО
Научный руководитель: доц. Савилов К.В.**

Дислипидемия является важнейшим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на наличие национальных рекомендаций, отечественные врачи по-прежнему ориентируются только на контроль общего холестерина (ОХС). При этом основная масса обследованных пациентов имеет желательный или погранично повышенный уровень ОХС, следовательно, по мнению врачей, не нуждается в медикаментозном лечении.

Целью работы было проанализировать липидный профиль, сердечно-сосудистый риск (СС-риск) и необходимость медикаментозной терапии у лиц с желательным и погранично-повышенным уровнем ОХС в крови.

Проанализирован липидный профиль пациентов, обследованных в липидной лаборатории ЦНИЛ РязГМУ в 2005 году. СС-риск рассчитывали по шкале Framingham автоматически на приборе Рефлотрон. Необходимость в медикаментозном лечении оценивали согласно критериям НОПХ США с учетом СС-риска и уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП). Пациенты с желательным уровнем ОХС ($< 5,2$ ммоль/л) составляли 55% среди всех обследованных. Пациенты, имеющие погранично-повышенный уровень ОХС (5,2-6,2 ммоль/л) составляли 33%. Однако, при детальном анализе липидного профиля оказалось, что среди пациентов с желательным уровнем ОХС 7% имели низкий уровень ХС ЛВП (это самостоятельный фактор СС-риск), 49% - повышенный уровень ХС ЛНП, 27% - СС-риск по шкале Framingham выше 20% (высокий риск). 24% пациентов с желательным уровнем ОХС подлежали терапии статинами.

Среди пациентов с погранично-повышенным уровнем ОХС 56% имели низкий уровень ХС ЛВП, 37% - повышенный уровень ХС ЛНП, 6% - СС-риск выше 20%. 27% пациентов с желательным уровнем ОХС подлежали терапии статинами. Желательный или погранично-повышенный уровни ОХС не гарантируют полного благополучия пациентам. Из всех пациентов, подлежащих медикаментозному лечению, в назначении симвастатина нуждалось 83%, в назначении аторвастатина – 13%.

Таким образом: при обследовании необходимо определять полный липидный профиль с расчетом СС-риска, не ограничиваясь только определением ОХС. Большинству пациентов, нуждающихся в медикаментозном лечении достаточно назначения симвастатина – более дешевого, но достаточно эффективного и безопасного статина.

ПРИНЦИПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ В АЮР-ВЕДА
Лукеш Патил, 3 курс, лечебный факультет
Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии ФПДО
Научный руководитель: проф. Узбекова Д.Г.

Лечения лекарствами в древней Индии широко представлено в труде АЮР-ВЕДА (ЗНАНИЕ ЖИЗНИ), написанном в 9-3 веках до нашей эры. Название книги происходит от индийского слова ВИД, что означает ЗНАНИЕ. В составлении этой книги принимали участие многие учёные древней Индии. Известный врач СУШРУТА описал в АЮР-ВЕДЕ 760 лекарственных растений. Из лекарств животного происхождения представлены кровь, железы, желчь и печень животных. В древней Индии говорили – человек знающий силы молитв - это пророк, а знающий свойства ртути - это бог. В АЮР-ВЕДА указаны формы применения лекарственных средств: порошки, настои, настойки, отвары. При назначении лекарств учитывали возраст, пол, телосложение больного, характер болезни, время года и погоду, т.е. описан индивидуальный подход к лечению больного.

Согласно АЮР-ВЕДА фармакотерапия состоит из 2 частей:

1. ДОШАХАР ЧИКИТЦА – лечение дисбаланса в организме, то есть поддержание гомеостаза внутренней среды организма. 2. РОГАХАР ЧИКИТЦА – специфическое лечение болезней, особенно инфекционных.

Все лекарства делились по: вкусу (сладкие, острые, солёные и т.д.), по природе: (теплые, горячие, холодные).

Согласно АЮР-ВЕДЕ лекарства применялись в следующих формах:

1. ЧУРЬНА – порошки из высушенных трав, которые назначались пациентам с молоком, например, для уменьшения повышенной кислотности желудочного сока.

2. БХАСМА – зола различных продуктов, содержащая разные минералы и металлы, например, для лечения анемии применяли железо.

3. ЛЕПА – пасты, которые применялись для лечения укусов насекомых и змей.

4. ДРАВЯ – это соки из растений. Соки широко применялись при разных заболеваниях.

5. МРИТТИКА – грязи применялись для лечения кожных заболеваний.

6. ПАТТХЯХАР – специальная диета АЮР-ВЕДА.

7. ГАНДХАЧИКИТЦА – ингаляции цветков при заболеваниях респираторного тракта.

В течение многих веков АЮР-ВЕДА была настольной книгой врачей не только в Индии, но и в других странах. Например, врачи Тибета создавали свою фармакотерапию на основе АЮР-ВЕДЫ. Методами АЮР-ВЕДА владеют более 300 тыс. врачей, из них в США – 6000, в странах СНГ – более 600. АЮР-ВЕДА активно используют в 50 странах – Индии, Канаде, США, Великобритании, Франции и т.д.

Таким образом, книга, написанная до нашей эры, продолжает жить и в современном обществе.

ИСТОРИИ ОТКРЫТИЯ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
Веркина Е.Н., 3 курс, лечебный факультет
Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии ФПДО
Научный руководитель: проф. Узбекова Д.Г.

Каждый врач использует в своей практике лекарственные препараты, открытие которых зачастую сопряжено с трагическими, случайными или забавными событиями.

Применение сердечных гликозидов в научной медицине относится к концу 18 века. В 1775 году доктор Уильям Уитеринг осматривал пожилую женщину с водянкой в очень тяжелом состоянии, лекарств для лечения тогда не было. Спустя месяц доктор узнал о ее выздоровлении. Оказалось, что женщина употребляла травяной чай из 20 трав. Уитеринг определил среди них наперстянку, неизвестную медицине, как лекарственное средство.

Открытие средств для наркоза связано с трагическими событиями. Использование оксида азота для избавления от боли в хирургии было предложено сэром Хампфри Дэйви в 1800 году. Он первым синтезировал оксид азота, опробовал на людях это средство, вызывающее эйфорию, аналгезию и потерю сознания. Вещество, названное «веселящим газом», использовалось американским стоматологом Х.Уэллсомом. Испытуемый после вдыхания оксида азота пришел в сильное возбуждение, бегал и поранил ногу. Уэллс обратил внимание на отсутствие боли у пострадавшего. 11 сентября 1844 года доктору Уэллсу был удален зуб абсолютно безболезненно, так как перед этим он глубоко вдохнул оксид азота. В Бостоне Уэллс представил свое открытие перед местной Медицинской школой, но больной закричал от боли, так как газовая маска была убрана слишком рано. Уэллса обвинили в жульничестве, и он покончил жизнь самоубийством в 39 лет.

Открытие эфирного наркоза произошло в Гарвардском университете в Бостоне. По предложению профессора химии Ч.Джексона студент второго курса Уильям Мортон исследовал наркозный эффект эфира на кошках, собаках и добровольцах, затем предложил доктору Уоррену применить эфир в одной из операций. Уоррен согласился, и 16 октября 1846 года была блестяще проведена операция с использованием эфирного наркоза.

В 1842 году хирург К.Лонг безболезненно удалил опухоль на шее у больного под эфирным наркозом, но консервативно настроенная медицинская общественность юга США признала эфир токсическим веществом.

Как только эфирный наркоз был признан великим открытием, началась борьба за приоритет между Лонгом, Мортаном, Уорреном и Джексонем. Эта тяжба привела к разорению и трагическому концу людей, открывших наркоз. Джексон сошел с ума, Мортон в 49 лет умер в полной нищете.

15 ноября 1847 года было открыто обезболивающее действие хлороформа эдинбургским врачом-акушером Д.Симпсоном. В 1948 году доктор Симпсон впервые принял роды с использованием хлороформа. В 1853 году Королева Виктория родила седьмого ребенка с использованием хлорофор-

ма, и данная процедура стала известна как «королевская анестезия».

Великим событием XX века стало введение антикоагулянтов в медицинскую практику. Гепарин был открыт студентом 2 курса медицинского университета Дж. МакЛином. Он проводил физиологические исследования, определяя значение факторов свертывания крови. МакЛин установил, что экстракты различных тканей ускоряли свертывание, кроме экстракта печени, который его замедлял. Антикоагулянт непрямого действия был открыт случайно. В начале XX века в Северной Америке стал погибать крупный рогатый скот от кровопотери. Ветеринар Шофилд первый обнаружил, что кровотечения встречались только у скота, питавшегося заплесневелым клевером. Через 15 лет К. Линк и его коллеги выделили вещество из группы кумаринов – дикумарин, бывшее причиной кровотечений. С 1941 года дикумарин используется в медицинской практике как антикоагулянт.

Часто, применяя тот или иной лекарственный препарат, спасший жизнь миллионов людей, мы не знаем историю его открытия.

HLA-ГЕНОТИПИРОВАНИЕ КАК ОСНОВА ФАРМАКОТЕРАПИИ,
ПРОФИЛАКТИКИ И ДИАГНОСТИКИ

Кашинская Е.В., 3 курс, лечебный факультет

Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии и ФПДО

Научный руководитель: ст. преп. Никифоров А.А.

Генетическая паспортизация – это процедура, направленная на получение информации о генетическом статусе организма каждого человека. Такая информация имеет большое значение, так как дает возможность проводить пренатальную диагностику генных и хромосомных болезней; осуществлять скрининг гетерозиготного носительства наиболее частых генных болезней; проводить досимптоматическую диагностику генных болезней с поздней манифестацией; осуществлять скрининг онкогенов и генов предрасположенности к мультифакториальным заболеваниям; определять причину заболевания на генетическом уровне и подбирать адекватную схему терапии.

Научной основой генетической паспортизации является HLA-генотипирование. HLA-генотипирование – это современный высокотехнологичный метод молекулярной биологии, позволяющий исследовать гены HLA – системы молекулы ДНК. На основе полноценного сравнительного анализа результатов HLA-генотипирования можно оценить риск развития мультифакториальных заболеваний, к которым в настоящее время относят сердечно-сосудистые заболевания, болезни обмена веществ, нейро-дегенеративные и онкологические заболевания. Количество людей, имеющих в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания, в настоящее время резко увеличилось. Одной из генетических причин данной патологии является наличие делеции в генотипе АПФ, которая обуславливает повышенный уровень данного фермента.

В европейской популяции количество людей имеющих данную делецию составляет 55%. Это говорит о том, что больше половины населения имеет генетическую предрасположенность к гипертонической болезни. Данным пациентам показана фармакотерапия ингибиторами АПФ. В случае отсутствия такой информации врач вынужден тратить большое количество времени для подбора эффективного лекарственного препарата, эффективной дозы, что не позволяет свести к минимуму побочные эффекты. Таким образом, врач, имея информацию о генетическом статусе организма своего пациента, может назначить соответствующие профилактические мероприятия, которые позволят либо избежать развития болезни, либо диагностировать патологию на ранней стадии, а также подобрать правильную схему фармакотерапии.

«Чем более продвигается наука в изучении причин болезни, тем более выступает то общее положение, что предупредить болезни гораздо легче, чем лечить их».

РОЛЬ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА И НЕКОТОРЫЕ ЭФФЕКТЫ
АЛЬФА-ТОКОФЕРОЛА АЦЕТАТА

**Василенко Е.Г., Кузьманин С.А., 3 курс, лечебный факультет
Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии ФПДО
Научный руководитель: асп. Шумский В.В.**

К активным формам кислорода (АФК) относят супероксидный анион-радикал, гидропероксидный радикал, гидроксильный радикал, перекись кислорода, синглетный кислород и гипогалоиды. Они выполняют ряд жизненно необходимых функций. Например, они необходимы для нормального функционирования фагоцитов. После захвата микроорганизмов они уничтожают их, используя АФК в качестве основного оружия, повреждающего мембраны клеток. Кроме того, АФК выполняют и регуляторные функции, которые заключаются в стимуляции накопления в клетке посредников-цАМФ, цГМФ, ионов Ca^{2+} . Патологические последствия возникают при чрезмерном накоплении АФК. Некоторые АФК вызывают повреждения ДНК. Мутации могут привести к патологии и гибели клеток, их злокачественному перерождению и наследуемым заболеваниям. Оксидативная модификация белков изменяет аминокислотные остатки, нарушает третичную структуру и даже вызывает агрегацию и денатурацию, снижая или ликвидируя их активность. Перекисное окисление липидов прежде всего повреждает клеточные мембраны.

Витамин Е (токоферол) является классическим липидным антиоксидантом. Он, взаимодействуя с липидными радикалами гидроксильной группой своего бензольного ядра, инактивирует их. При этом образуется малоактивный токофероксильный радикал. Однако есть данные о том, что в некоторых условиях за счет его накопления отмечается прооксидантный эффект. Глутатионтрансфераза – группа ферментов, осуществляющих вос-

становление гидроперекисей полиненасыщенных жирных кислот. Являясь белком, она способна подвергаться оксидативной модификации, что может приводить к утрате ее активности.

Целью работы было исследовать влияние курсового назначения альфа-токоферола в двух дозах на активность глутатионтрансферазы.

Эксперимент был выполнен на 60 белых беспородных крысах-самцах. Животным четырех опытных серий ежедневно внутрижелудочно вводили масляный раствор альфа-токоферола ацетата из расчета 25 и 250 мг/кг массы в течение 3 и 7 суток. Животные контрольной серии получали оливковое масло. После указанного срока животных подвергли воздействию острой гипоксической гипоксии. Активность глутатионтрансферазы в гомогенатах печени и почек определяли на анализаторе «Хьюмалайзер 2000».

В ткани печени при профилактическом назначении витамина Е в дозе 25 мг/кг массы в течение 3 суток активность фермента повысилась на 6,9% ($p > 0,05$), на 7 сутки отмечалось повышение на 11,1% ($p < 0,05$) по сравнению с контролем патологии. При назначении большой дозы витамина Е на 3 и 7 сутки активность глутатионтрансферазы достоверно увеличилась на 12,3% и 29,4% соответственно.

В ткани почек только при назначении витамина в большой дозе в течение 7 суток повышение активности фермента было достоверно и составило 9,2%. Таким образом, при назначении витамина Е в дозах 25 и 250 мг/кг массы в сутки препарат оказывает непрямой антиоксидантный эффект за счет увеличения активности глутатионтрансферазы. Повреждения фермента накапливающимся при введении высокой дозы токоферольным радикалом не отмечалось, что может быть связано с имеющейся в клетке системой восстановления данного радикала аскорбатом.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА А НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ И СИСТЕМЫ
АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Белоус С.О., 4 курс, фармацевтический факультет

Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии ФПДО

Научный руководитель: асп. Правкин С.К.

Некоторые витамины, такие как аскорбиновая кислота, альфа-токоферол, бета-каротин, являются антиоксидантами. О наличии антиоксидантного действия у витамина А и его предшественников известно уже давно. Однако, несмотря на множество свидетельств антиоксидантных свойств, механизм антиоксидантного действия остается пока невыясненным. Высказываются предположения, что ретинол в силу своего химического строения, а именно благодаря наличию нескольких двойных связей, способен служить ловушкой для свободных радикалов. Для оценки антиоксидантных свойств ретинола можно использовать экспериментальную модель поражения тканей организма, при которой активируется ПОЛ, например, модель токсического четыреххлористого гепатозо-гепатита (ТГГ).

Цель работы: оценить антиоксидантный эффект ретинола по комплексу биохимических показателей и характеру гистологических изменений при токсическом гепатозо-гепатите. Эксперименты проведены на половозрелых нелинейных крысах-самцах массой 150-220 г., содержащихся в общих условиях вивария. Ретинола ацетат вводили подопытным животным внутрижелудочно с помощью металлического зонда в виде раствора в оливковом масле в суточной дозе 60 мг/кг. Препарат вводили в одно и то же время суток, в течение 10-и дней. Контрольным животным внутрижелудочно вводили оливковое масло. По окончании курса введения животных умерщвляли под эфирным наркозом, отбирали образцы печени. В гомогенатах печени определяли уровень ТБК-реактивных продуктов (МДА) и активность ферментов глутатионпероксидазы (ГП) и глутатионтрансферазы (ГТ).

На фоне ТГГ уровень МДА в печени достоверно увеличился на 211,0%, активность ГТ уменьшилась на 34,5%, активность ГП – на 34,8%. Фиксировались следующие гистологические изменения: отек печеночной ткани, нарушение балочной структуры, очаги геморрагического некроза, очаги мелко- и крупнокапельной жировой дистрофии, истощение запасов гликогена.

При введении ретинола ацетата на фоне ТГГ в течение 10 суток обнаружено понижение концентрации МДА на 62,8%. Активность ГТ достоверно повысилась на 62,2%, активность ГП достоверно увеличилась на 121,3%, и превысила норму на 44,2%. Детектировалось улучшение гистологических показателей в виде уменьшения размеров пораженных некрозом и жировой дистрофией очагов, появления признаков регенерации ткани и появления гранул гликогена. При ТГГ наблюдалось повышение концентрации ТБК-реактивных продуктов, понижение активности ферментов ГТ и ГП. Введение ретинола ацетата животным на фоне данной патологии приводит к нормализации биохимических и гистологических показателей.

ОЦЕНКА БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ КАПТОПРИЛА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Лизунова Г.Н., 3 курс, фармацевтический факультет
Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии ФПДО
Научный руководитель: асс. Еременко Н.Н.**

В настоящее время значительно возросло количество заявок на регистрацию отечественных лекарственных препаратов. Большинство из них — генерические препараты, то есть выпускаемые различными фармацевтическими компаниями после прекращения срока действия патента на оригинальный препарат. Генерические препараты могут существенно различаться по терапевтической эффективности, по частоте и выраженности побочных эффектов. Подобные различия обусловлены изменением их биодоступности — количества лекарственного вещества, которое попадает в системный кровоток, и скорости, с которой этот процесс происходит.

Два лекарственных препарата считают биоэквивалентными, если они

фармацевтически эквивалентны, имеют одинаковую биодоступность и после назначения в одинаковой дозе являются сходными, обеспечивая должную эффективность и безопасность (ВОЗ, 1996). Оценку биоэквивалентности лекарственных средств в настоящее время считают одним из основных методов контроля качества генерических препаратов.

Целью исследования явилось сравнительное изучение биоэквивалентности двух новых воспроизведенных препаратов каптоприла в эксперименте. В качестве тестируемых препаратов использовали: Каптоприл – АКОС, производства АКО «Синтез», Россия (Test-1) и Каптоприл, производства ЗАО «Скопинфарм», Россия (Test-2). Препаратом сравнения (Referens) являлся Капотен, производства фирмы «Bristol-Myers», Испания. Исследование биоэквивалентности проводили на 6 кроликах – самцах. Исследуемые препараты вводили животным внутрь через металлический желудочный зонд в виде суспензии однократно в дозе 50 мг в 8 часов утра по перекрестной схеме. Взятие крови проводили до приема препарата, и после введения в 10 временных точках на фармакокинетической кривой. Количественное определение концентрации каптоприла проводили методом ВЭЖХ.

Динамика концентраций каптоприла в плазме крови после однократного перорального приема 50 мг исследуемых препаратов показала, что фармакокинетические кривые практически совпадают, средние значения концентрации каптоприла в плазме крови кроликов для каждого момента времени статистически достоверно не различаются. Параметры относительной биодоступности составили: для Каптоприла-АКОС: - среднее значение относительной биодоступности (f) препарата по отношению к препарату Капотен составило $1,12 \pm 0,56$; - среднее значение отношений максимальных концентраций (f^{II}) составило $1,15 \pm 0,28$; для Каптоприла «Скопинфарм»: - f составило $1,06 \pm 0,42$; - f^{II} составило $1,04 \pm 0,46$. Проведенная статистическая обработка не выявила значимых различий между препаратами.

Таким образом, испытуемые препараты - Каптоприл-АКОС, производства АКО "Синтез" и Каптоприл, производства ЗАО «Скопинфарм» имеют практически идентичную биодоступность, а значит, являются биоэквивалентными препарату сравнения Капотен фирмы "Bristol Myers".

ВЛИЯНИЕ ЛОВАСТАТИНА НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА КРЫС

**Карев А.В. 3 курс, стоматологический факультет, Бирюкова А.С., 3 курс, фармацевтический факультет, Дмитриев А.А., 3 курс, лечебный факультет
Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии ФПДО
Научный руководитель: асп. Полупанов А.С.**

В настоящее время при дислипидемиях наиболее часто применяют препараты из группы статинов – ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы – ключевого фермента синтеза холестерина. Однако, помимо основного эффекта – снижения уровня общего ХС и ХС ЛПНП у статинов имеется ряд побоч-

ных эффектов связанных с основным механизмом действия, в частности, гепатотоксичность и миотоксичность, которые развиваются вследствие снижения содержания ХС в клеточных мембранах.

В противовес этому установлено наличие у статинов антиоксидантного действия (плеотропный эффект), которое способствует повышению стабильности биологических мембран и снижению нежелательных побочных эффектов. Цель работы – установить степень и направленность действия ловастатина на биологические мембраны органов-мишеней при 14 дневном курсе использования. Критериями повреждения выбраны изменения седиментированной и неседиментированной активности лизосомального катепсина Д, а также коэффициент лабильности мембран.

Работа проводилась на белых беспородных крысах-самцах. В течение 14 дней им в желудок через зонд вводился ловастатин в дозе 24 мг/кг. После этого у животного под эфирным наркозом забирали печень и бедренную мышцу. Полученные органы гомогенизировались в растворе сахарозы с трилоном В на холоде. Гомогенаты центрифугировались при 3000 об/мин, надосадочную жидкость повторно центрифугировали при 20000 об/мин. Активность фермента определяли в надосадке (неседиментированная) и в осадке, содержащем лизосомы (седиментированная), спектрофотометрическим методом по гидролизу гемоглобина. Активность фермента определялась по разности экстинкций в опытной и контрольной пробах.

Установлено, что на 14 день применения ловастатина седиментированная активность катепсина Д как в печени, так и в мышце имела незначительную тенденцию к повышению, неседиментированная активность, как в печени, так и в скелетной мускулатуре достоверно снизилась на 70,1% и 57,8% соответственно. Коэффициент лабильности достоверно снизился в печени на 53,4%, в мышце на 58,8%.

Данные изменения могут свидетельствовать о том, что при курсе применения ловастатина длительностью 14 дней, преобладают изменения способствующие стабилизации мембран лизосом и сохранению их нормального функционирования.

**РАЗРАБОТКА ХРОМАТОГРАФИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
КОНЦЕНТРАЦИИ ВИТАМИНА А В ПЛАЗМЕ И ТКАНЯХ**

**Хлевтова М.В., 3 курс, медико-профилактический факультет
Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии ФПДО
Научный руководитель: асп. Правкин С.К.**

Существуют различные хроматографические методики по определению содержания витамина А в плазме крови, также описаны методики по определению его концентрации в тканях. Задачей исследования стало разработать универсальную методику, которая позволила бы определять концентрацию витамина А и в плазме, и в тканях.

В работе использовали ВЭЖХ «Стайер». При разработке методики были

исследованы различные варианты определений, при которых: проводилась или не проводилась фаза омыления биологического материала на стадии пробоподготовки; присутствовал или отсутствовал в пробе антиоксидант (ионол) при проведении пробоподготовки; различался состав подвижной фазы: анализировались подвижные фазы, состоящие из ацетонитрила и воды в различных объемных соотношениях, различалась скорость потока, различались условия термостатирования колонки: при 30 и 40°C.

В итоге проведенных исследований были получены следующие результаты: витамин А (непосредственно ретинол) на используемой подвижной фазе детектируется на хроматограмме четким пиком на 4 минуте. Омыление биологического материала на стадии пробоподготовки оказалось эффективным для высвобождения витамина А из эфиров ретинола и жирных кислот, так как в тканях он находится преимущественно в связанном состоянии (ретинола ацетат, пальмитат и др.).

Добавление антиоксиданта ионола в гомогенаты на стадии пробоподготовки в экспериментах не привело к значимому повышению выхода витамина А. Самой удачной подвижной фазой оказался 100% ацетонитрил. Добавление в ПФ воды привело к отгонке пика на более позднее время, а значит, увеличило время исследования, что явилось нежелательным фактором. Выгодным условием оказалось термостатирование колонки при 30°C.

При пробоподготовке плазму смешивали с раствором гидроксида калия, встряхивали на шейкере, затем инкубировали при 60°C на водяной бане, затем экстрагировали гексаном при встряхивании на шейкере. Затем пробы центрифугировали, верхний слой упаривали под вакуумом, при 30°C. К сухому остатку добавляли подвижную фазу, обрабатывали на вибромиксере и вводили в систему хроматографа.

Печень, почки, сердце гомогенизировали в фосфатном буфере, а далее пробоподготовку вели так же, как из плазмы. Антиоксиданты на этом этапе не использовались. В качестве подвижной фазы использовали 100% ацетонитрил (перед использованием подвижную фазу дегазировали под вакуумом), скорость потока 1 мл/мин, использовали обращеннофазную хроматографическую колонку и предколонку, термостатирование колонки вели при 30°C, детектирование на длине волны 325нм.

Количественное определение содержания ретинола проводили методом абсолютной калибровки по площади пиков. Калибровочная зависимость описывалась линейным уравнением во всем диапазоне определяемых детектором концентраций: от 20 нг/мл до 50 мкг/мл.

Разработанная методика позволяет определять концентрацию витамина А как в плазме, так и в тканях. Ее особенности – это высокая чувствительность, простота и доступность.

ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА И ТРИМЕТАЗИДИНА НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПЕРТИРЕОЗЕ

Щулькин А.В., 2 курс, лечебный факультет

Кафедра биологической и биоорганической химии с курсом КЛД
Научные руководители: асс. Кременецкая Т.В., асс. Артамонова А.А.

Патология щитовидной железы является одной из самых актуальных современных медико-социальных проблем. В настоящее время представляется интересной проблема поиска эффективных лекарственных препаратов, способных оказать цитопротекторное действие при гипертиреозе. Мексидол и триметазидин - препараты метаболической коррекции, которые широко используются в различных областях медицины. Тем не менее, их применение при патологии щитовидной железы мало изучено.

Цель исследования состояла в оценке влияния мексидола и триметазида на активность катепсина Д и уровень тиреоидных гормонов при экспериментальном гипертиреозе.

Работа проведена на 16 белых крысах-самках. Экспериментальный гипертиреоз вызывали внутрибрюшинным введением L-тироксина в дозе 50 мкг/кг 1 раз в сутки в течение 10 дней. Мексидол (5% раствор) вводили внутрибрюшинно в течение 10 дней; триметазидин вводили внутрь в дозе 5 мг/кг. Активность катепсина Д определяли спектрофотометрически по методу Anson в модификации. Белок определяли микробиуретовым методом. Сывороточный уровень гормонов определяли РИА методом в ЦНИЛ РязГМУ.

После курсового введения L-тироксина у животных уровень этого гормона в крови возрос в 4 раза, уровень трийодтиронина увеличился в 1,45 раза, при этом наблюдалось снижение содержания тиреотропного гормона в 3,6 раза, что указывает на развитие гипертиреоза. У крыс данной экспериментальной серии обнаружилось достоверное повышение неседиментируемой активности катепсина Д в миокарде на 233%, что является признаком дестабилизации лизосомальных мембран.

Применение триметазида при экспериментальном гипертиреозе вызвало выраженное снижение неседиментируемой активности катепсина Д в миокарде на 52,5% по отношению к контролю патологии, а также снижение содержания трийодтиронина до контрольных значений. При назначении мексидола при экспериментальном гипертиреозе также обнаружилось значительное снижение неседиментируемой активности катепсина Д в миокарде на 60 % при сравнении с контролем патологии и достоверное снижение уровня трийодтиронина в крови.

Таким образом, использование препаратов метаболической коррекции – мексидола и триметазида при экспериментальном гипертиреозе способствует стабилизации лизосомальных мембран в исследуемой ткани и вызывает снижение уровня трийодтиронина в сыворотке крови.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НЕОПЛАЗИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**Камшилина Е.Ю., Борискин С.А., Дымнич Д.И.,****2 курс, лечебный факультет****Кафедра биологической и биоорганической химии с курсом КЛД****Научные руководители: ст. преп. Пляхин И.В.**

Ткань щитовидной железы может подвергаться различным видам неопластической трансформации. Парафолликулярные, кальцитонин-продуцирующие С-клетки могут преобразоваться в клетки аденомы, медуллярной карциномы щитовидной железы (ЩЖ).

В последнем случае наиболее часто мутирует ген белка RET. RET – часть рецептора для нейротропных ростовых факторов. Их связывание с этим рецептором ведет к активации тирозинкиназ и стимуляции пролиферации.

Фолликулярные, секретирующие иодтиронины, эпителиальные клетки в ходе неоплазии могут дать начало клеткам аденомы ЩЖ, фолликулярного, папиллярного, анапластического рака, а также карциномы Хартла. При аденоме ЩЖ мутации подвергаются гены рецептора тиреотропина (ТТГ) или связанного с ним G-белка. Эти мутации ведут, в основном, к гиперстимуляции цАМФ-зависимого сигнального пути, усилению роста и пролиферации тиреоцитов.

В случаях дифференцированных форм рака ЩЖ, мутации затрагивают гены RET, RAS и B-RAF. Белок RAS – один из видов G-белка. B-RAF- серин-треониновая киназа. Оба этих вещества участвуют в передаче сигнала от факторов роста и инсулина внутрь клетки.

Клетки недифференцированной анапластической карциномы ЩЖ имеют мутации генов p53 или гена Rb. Белки, кодирующие эти гены – негативные регуляторы клеточной прогрессии.

Любые повреждения ДНК, потеря контакта клетки с субстратом, действуя через p53 и Rb, в норме останавливают клеточный цикл и ведут к гибели клетки. Однако мутации этих белков снимают ограничения и ведут к неограниченному росту и размножению.

В качестве причин неоплазий ЩЖ, рассматриваются химические и биологические факторы, которые приводят к избыточной секреции тиреотропина или образованию стимулирующих рецептор ТТГ антител. К ним относятся, прежде всего, йодный дефицит и инфекционные заболевания. Повышая митогенную активность, связанный с ТТГ сигнальный путь провоцирует возникновение различных мутаций. Другим фактором, существенно повышающим частоту и агрессивность неоплазий, является накопление ЩЖ радиоактивного йода, например, после аварии на Чернобыльской АЭС.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
АСИММЕТРИИ МОЗГА НА УСПЕШНОСТЬ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ
ОБРАЗОВ У СТУДЕНТОВ

**Кудряшова Н.В., 1 курс, Лебедева О.С., Марков О.В., Пшенников Д.С.,
2 курс, лечебный факультет**

**Кафедра нормальной физиологии с курсом физики
Кафедра гистологии и биологии**

Научные руководители: асс. Меркулова М.А., асс. Куликова Н.А.

Несмотря на большое число исследований в области психофизиологии проблема успешности целенаправленной деятельности человека по-прежнему остается актуальной. На успешность деятельности влияют такие индивидуальные характеристики, как общие способности, нейро-динамические и психодинамические свойства, показатели функциональной асимметрии мозга (ФАМ), особенности различных видов памяти и другие.

Для определения влияния индивидуальных особенностей организма на эффективность деятельности обучающихся необходимо использовать модели, учитывающие все эти характеристики. Нейро- и психодинамические характеристики в большей степени определяют «энергетику» взаимодействия организма с окружающей средой. Особое место занимают свойства, отражающие ФА мозга человека. Накопилось достаточно материала в пользу представлений о различной обработке информации правым и левым полушариями. О зрительной системе говорится как о двух подсистемах. Одна преимущественно связана с левым, другая – с правым полушарием. Полноценное узнавание возможно лишь при совместной работе обоих полушарий мозга. Левое полушарие выполняет схематическое распознавание отдельных объектов. В правом полушарии находится основная зрительная память с «записанными» для каждого класса объектами реализациями. Перечисленные выше свойства являются в значительной степени генетически детерминированными. Возникает закономерный вопрос в возможных взаимосвязях данных свойств в системной организации физиологических функций.

Исследование проведено на 29 студентках в возрасте от 17 до 20 лет, обучающихся в РязГМУ на 1 и 2 курсах. На предварительном этапе у испытуемых психодиагностическими средствами оценивали базисные психодинамические характеристики с использованием тестов ЕРІ, форма А и Б, STAI, OT, JAS, MAS. В ходе исследования оценивали следующие показатели: экстра-интроверсия и нейротизм, личностную и ситуационную тревожность, выраженность процессов возбуждения и торможения, а также их уравновешенность, тип поведенческой адаптации в окружающей среде JAS. Характеристики мозговой функциональной асимметрии оценивали при помощи стандартных приемов. Исследование модели воспроизведения зрительных образов у человека проводили на психофизиологическом комплексе «Мнемотест», разработанном в НИИ медицинского приборостроения МЗ РФ. До и после реализации модели воспроизведения зрительных образов оценивали

состояние неспецифических адаптационных механизмов, применяя методы математического анализа ритма сердца (МАРС). МАРС проводили при помощи программно-аппаратного комплекса «Варикард». Экспериментальные данные подвергнуты обработке с применением методов математической статистики, в т.ч. с использованием методов корреляционного анализа.

Корреляционный анализ в общей группе студентов не выявил прямолинейной зависимости между показателями ФАМ, результативностью работы и степенью напряжения неспецифических адаптационных механизмов. Полученные данные, отражающие соотношение «физиологической цены» деятельности и ее результативности показал, что одинаковый результат может быть достигнут с различными физиологическими затратами. Кроме этого, в результате исследования обнаружено преобладание праволатеральных признаков у «физиологически высоко затратных» студентов по сравнению с «низко затратными». Вероятно, данная деятельность по воспроизведению зрительных образов для чистых правшей является более энергоёмкой. При рассмотрении связи между результативностью поведения и коэффициентом латерализации выявлено, что латерализация функций в моторной сфере большого влияния на результативность не оказывает. На результативность влияет парциальный показатель - зрительная латерализация функций. Чем выше коэффициент правого глаза, тем ниже результативность. Такая же тенденция наблюдается в слухоречевой сфере, но в меньшей степени.

Таким образом, в формировании неодинаковой результативности деятельности человека участвуют различные взаимодействующие элементы. Она достигается во многом благодаря индивидуальным взаимоотношениям различных психодинамических характеристик, показателей их мозговой асимметрии и различной «физиологической ценой» поведения.

ОСОБЕННОСТИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Корчевая Е.В., 2 курс, лечебный факультет

Кафедра нормальной физиологии с курсом физики

Кафедра акушерства и гинекологии

с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Научный руководитель: асс. Растегаева И.В.

Цель исследования: выявить закономерности влияния рациона питания беременных женщин на течение беременности.

Кафедрой нормальной физиологии совместно с кафедрой акушерства и гинекологии проведены исследования беременных женщин с целью установления влияния факторов питания на течение беременности в ранних сроках. Исследование проводилось в условиях женской консультации на врачебном приеме методом анкетирования.

В исследовании приняло участие 40 женщин в возрасте 20-25 лет со

сроком беременности 12-15 недель. Отбор женщин для исследования проводился таким образом, чтобы одна половина из них (первая группа) имела патологию беременности (токсикоз, хр. герпес, угроза выкидыша и др.), а вторая половина представляла собой контрольную группу с отсутствием какой-либо патологии беременности (вторая группа). У беременных первой группы калорийность пищевого рациона превышала рекомендуемую норму в 1,3 раза для этих сроков беременности, и рацион не был сбалансирован по основным питательным веществам. В рационе этих женщин присутствовало избыточное потребление всех питательных веществ, особенно белков (превышение в 1,7 раза, жиров в 1,4 раза, углеводов в 1,5 раза). У беременных этой группы значительно превышает вес тела для таких сроков беременности. Во второй группе калорийность пищевого рациона соответствовала энергозатратам, наблюдался незначительный дисбаланс в рационе пищевых веществ, прибавка веса тела находилась в пределах нормы. Наиболее оптимальный режим питания (4-5раз в сутки) не выдерживали беременные обеих групп наблюдения. Половина беременных из первой группы и 15% из второй, совсем не представляет, что такое рациональное питание и как питаться беременным. Все остальные беременные почерпнули сведения о том, как необходимо питаться, в основном, в журналах и только 7% узнали об этом от врача.

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

- одним из факторов, который оказывает существенное влияние на формирование патологии беременности, является рациональное питание;
- проведение бесед с беременными женщинами о рациональном питании на врачебном участке относится к важным составляющим профилактики патологии беременности и является обязательной работой участкового врача акушерской практики.

ПРОБЛЕМА ПАТОГЕНЕЗА АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Лапина Е.С., 3 курс, лечебный факультет

Кафедра патологической физиологии

Научные руководители: проф. Бяловский Ю.Ю., проф. Давыдов В.В.

В настоящее время аутоиммунный тиреоидит (АИТ), часто приводящий к развитию гипотиреоза, является одной из актуальнейших проблем современной эндокринологии в связи с неуклонным ростом данного заболевания, вышедшего на первое среди болезней щитовидной железы. Однако до сих пор его патогенез недостаточно изучен, а лечение обычно сводится к заместительной терапии тиреоидными препаратами, в то время как широко используемых и эффективных методов и средств воздействия на сам аутоиммунный процесс практически нет. В связи с этим необходимо обобщение уже имеющихся данных и дальнейшее изучение механизмов, приводящих к развитию АИТ, что создаст благоприятные условия для по-

иска эффективных путей и средств лечебного воздействия на развивающийся патологический процесс.

Согласно современным представлениям, развитие АИТ обусловлено частичным дефектом системы иммунобиологического надзора, связанного с дефицитом Т-супрессоров. Специфический дефицит Т-супрессоров допускает выживание «запрещенного» клона органоспецифических Т-лимфоцитов, появляющихся в результате мутации, который взаимодействует с комплементарными органами антигенами, запуская реакцию гиперчувствительности замедленного типа. Т-хелперы воздействуют соответствующим образом на В-лимфоциты, которые превращаются в плазматические клетки и образуют антитела к тиреоглобулину и микросомальным белковым структурам фолликулярного эпителия. Циркулирующие антитела кооперируются на поверхности клеток фолликулярного эпителия с Т-киллерами (а также НК-клетками), которые секретируют цитолитические вещества - перфорины, оказывая, таким образом, антителозависимую клеточно-опосредованную цитотоксичность на гормонально-активные клетки щитовидной железы. Помимо этого, аутоантитела, откладываясь на базальной мембране тиреоидных фолликулов и мембранах тиреоцитов, фиксируют комплемент, который также способен самостоятельно активировать тиреоидная пероксидаза, что обуславливает повреждение тиреоцитов его мембраноатакующим комплексом, таким образом, опосредуя комплемент-зависимую цитотоксичность. Кроме того, отмечена связь АИТ с определенными аллелями HLA, что может предрасполагать к его развитию.

Дальнейшее изучение этих факторов, установление причинно-следственных связей при их взаимодействии и конкретных механизмов, посредством которых реализуется их действие, - задача, решение которой необходимо для разработки новых, более эффективных и надежных принципов лечения АИТ.

ВЛИЯНИЕ ФИТОАДАПТОГЕНА БИОЖЕНЬШЕНЯ НА РАЗВИТИЕ
ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОДИНАМИИ

**Илларионова Т.Н., Сафонова Т.В., 3 курс, лечебный факультет
Кафедра патологической физиологии**

Научные руководители: проф. Давыдов В.В., доц. Лобанов С.П.

Общеизвестно, что длительное ограничение движений (гиподинамия) сопровождается нарушениями метаболизма, структуры и функции не только скелетных мышц, но и жизнеобеспечивающих исполнительных и регуляторных систем. Показано также, что ряд фармакологических средств, относящихся к фитоадаптогенам (в том числе культуральные препараты женьшеня) способны повышать не только адаптацию, но и резистентность организма к действию как физиологических, так и патогенных воздействий.

Целью нашей работы явилось изучение влияния деалкоголизированной настойки, полученной из биомассы клеток природного дальневосточного

корня женьшеня (БЖШ), на процессы адаптации и резистентности подвергнутых 60-суточной гиподинамией животных к ряду стандартных воздействий, часто встречающихся в жизни современного человека.

Опыты поставлены на 40 беспородных половозрелых белых крысах обоего пола. У последних изучалось изменение массы тела, ректальной температуры, физической выносливости и резистентности к экзогенной гипобарической гипоксии. Полученные результаты у подопытных крыс сравнивались с контрольными. Показано, что при длительном применении БЖШ отмечалось, с одной стороны, значительно меньшее снижение массы тела (что свидетельствует об ослаблении у них катаболических процессов) и развитии лихорадочной реакции; с другой, существенно большая физическая выносливость (судя по длительности плавательной нагрузки) и более высокая резистентность к экзогенной гипобарической гипоксии (судя по времени возникновения клонических судорог).

Произведенное по окончании эксперимента вскрытие животных показало, что у подопытных крыс, в сравнении с контрольными, масса селезенки была значительно выше, чем в контроле (что свидетельствует об активизации гуморального иммунитета и ослаблении развития характерных для гиподинамией иммунодефицитов).

Полученные результаты позволяют заключить, что исследуемый препарат БЖШ оказывает выраженное адаптогенное и резистогенное влияние на организм, подвергнутый влиянию длительной гиподинамией, а значит, он может быть рекомендован для использования в медицине с целью эффективной профилактики разнообразных расстройств, вызванных длительным ограничением движений.

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО ИНДИВИДУАЛЬНОГО
ПОДХОДА К ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ

Лисянский Ю.В., 3 курс, лечебный факультет

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель: проф. Давыдов В.В.

Проблема преждевременного старения стоит в ряду наиболее актуальных и важных проблем современной науки. В нашей стране и за рубежом различные центры и клиники широко реализуют многочисленные направления и методы предупреждения старения в виде разнообразных программ и курсов. Однако конкретный человек может самостоятельно встать на путь активного преодоления старения, занявшись разработкой и применением на практике методов и методик, наиболее эффективных для него индивидуально. Для этого необходимо заняться формированием определенного, оптимального образа жизни.

Этого можно достигнуть, прежде всего, оптимизацией и индивидуализацией: питания (как количественно, так и качественно в соответствии с потребностями организма), которое должно включать натуральные компо-

ненты и из которого должны быть исключены искусственные и модифицированные каким-либо образом компоненты; периодически проводимой очистки организма, включающей как специфические методы (например, энтеросорбцию), так и общие (голодание или соблюдение определенных, индивидуально составленных диет); регулярной адекватной физической нагрузки. Причем данные физические упражнения должны быть совмещены со специальной диетой. В случаях возникновения заболеваний стремиться к замещению искусственных аллопатических препаратов, действующих лишь на конкретные механизмы, исключительно натуральными, природными средствами, действующими на организм в целом, что позволит исключить органотропные, токсические и другие побочные воздействия применяемых аллопатических средств.

Помимо этого важно учитывать биоритмологическую организацию жизнедеятельности человека. Можно утверждать, что вышеперечисленные мероприятия для обеспечения безвредности и повышения эффективности их действия на относительно здоровый, а тем более на больной организм необходимо проводить в соответствии с индивидуальными биоритмами на разных уровнях его организации организма и использовать медитативные практики. Показано, что они крайне необходимы для гармонизации информационного взаимодействия организма человека с его сознанием и окружающим, особенно живым, миром.

Таким образом, современный человек способен самостоятельно реализовывать эффективную профилактику преждевременного старения в соответствии с индивидуальными особенностями своего организма.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ

Матвеева И.А., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра восстановительной медицины и курортологии

Научные руководители: асс. Лутонин А.Ю., ст. преп. Артемова Н.М.

Оценка текущего функционального состояния, адаптационных резервов и устойчивости организма к соревновательному стрессу является важной задачей для квалифицированных спортсменов. Хорошая спортивная форма предполагает сбалансированность регулирующих систем, обеспечивающих гемодинамические, метаболические и энергетические реакции при мышечной деятельности. Сердечный ритм отражает состояние регулирующих систем, поэтому исследование variability ритма сердца имеет важное диагностическое значение для оценки функционального состояния спортсмена. Для того чтобы прогнозировать возможные реакции организма на спортивные нагрузки, целесообразно использовать функциональные нагрузочные тесты.

Было обследовано 49 футболистов, в возрасте 16-32 лет. Стаж занятий футболом – от 9 до 26 лет. Для оценки функционального состояния орга-

низма использовался комплекс «Варикард 1.41». Ритмограмма регистрировалась в течение 5 минут в положении сидя в покое и через 10 минут после нагрузки на велоэргометре. Определялась физическая работоспособность (PWC_{170}) и МПК. До и на 2 минуте после велоэргометрии регистрировалась ЭКГ в 12 стандартных отведениях.

Результаты вариабельности сердечного ритма показаны в таблице.

Таблица

Показатели вариабельности ритма сердца у футболистов в покое и после дозированной физической нагрузки

Показатель	В покое	После нагрузки
ЧСС, уд/мин	67,7±1,6	79,8±1,6
SDNN, мс	65,4±3,8	53,4±4,1
CV, %	7,1±0,3	6,8±0,4
SI	90,6±11,9	206,3±32,1
IC	3,7±0,4	5,8±0,7
ПАРС	4,1±0,3	4,8±0,2
HF, %	31,4±2,6	23,2±2,3
LF, %	48,6±2,8	60,8±2,4
VLF, %	19,7±1,7	15,9±1,5

При оценке PWC_{170} выяснилось, что имеют достаточный уровень 31 спортсмен, а остальные ниже среднего или низкий. Высокий уровень МПК был у 18 (36,7%) футболистов, средний – у 21 (42,9%), а низкий – у 10 (20,4%). При анализе ЭКГ только у 43,5% спортсменов оно оказалось в норме, как в покое, так и после физической нагрузки. Чаще всего у футболистов встречалось нарушение проводимости по типу неполной блокады правой ножки пучка Гисса (6 человек), укорочение PQ интервала (4 человека), АВ-блокады 1 степени (3 человека). У 3 футболистов диагностировалась дистрофия миокарда физического перенапряжения 1-2 степени, у 1 – гипертрофия левого желудочка, у 5 – экстрасистолия.

Таким образом, данная методика позволяет оперативно оценить физическое состояние организма спортсмена, отслеживать начальные признаки патологии, прогнозировать пик спортивной формы.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СТРОЕНИЯ ЗУБОВ
Эттаки Карим, 2 курс, стоматологический факультет
Кафедра нормальной и топографической анатомии
Научный руководитель: ст. преп. Туркина З.В.

Целью исследования явилось изучение строения зубов и сроков их прорезывания. Под наблюдением находились русские и иностранные студенты 1 и 2 курсов лечебного и стоматологического факультетов в возрасте 17-21 года. В большинстве своем возраст русских студентов составил 18

лет (61,9 %), возраст студентов из Марокко и Туниса - 20 лет (46,1 %). Установлено, что сроки прорезывания зубов соответствуют средним статистическим данным. Отсутствие третьих моляров у русских студентов отмечалось в 23,8 % случаев. У иностранных студентов к 20 годам 32 зуба имели 61,5% обследуемых. Отмечается микродентия коронковой части резцов и клыков у русских студентов и макродентия центральных резцов у иностранных студентов. Среди аномалий положения зубов можно указать вестибулярное положение клыка, лингвальное и небное положение латеральных резцов. В состоянии центральной окклюзии у русских студентов встречался ортогнатический прикус – в 90,4 %, прогения – в 3,2 %; у иностранных студентов наблюдался ортогнатический прикус – в 87,7 %, прямой – в 13,3 % случаев. Были выявлены три типа роста нижней челюсти, при этом ярко выраженной зависимости от пола нет. Средние размеры ветви и тела нижней челюсти преобладают у юношей.

Полученные данные отражают индивидуальные особенности строения зубов в данном возрастном периоде и дополняют общую характеристику роста и формирования организма русских и иностранных студентов.

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА

Шишкин А.А., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра нормальной и топографической анатомии

Научный руководитель: доц. Лазутина Г.С.

Анатомия желчевыводящей системы в целом и желчных протоков в частности весьма вариабельна. Классическое строение желчевыводящих путей встречается лишь в половине случаев.

Пузырный проток (*ductus cysticus*) лежит в толще печёчно-дуоденальной связки, у её правого края, справа от общего печёчного протока, и закрыт довольно толстым слоем субсерозной клетчатки и жира.

В норме впадение пузырного протока в общий печёчный проток происходит в непосредственной близости от шейки желчного пузыря, но подвержено чрезвычайно большим вариациям. Это касается характера впадения, а в связи с этим и длины протока, которая колеблется от 2 до 10 см, чаще же всего она находится в пределах 3-4 см.

Существует три основных типа соединения пузырного протока с общим печёчным протоком. При любом из этих типов соединения протоки образуют между собой острый угол, открытый кверху. Первый тип соединения протоков, встречающийся по исследованиям различных авторов в 33-80% случаев, характеризуется небольшим по длине пузырным протоком, впадающим в правую боковую поверхность общего печёчного протока под умеренно острым углом. При такой форме соединения пузырного и общего печёчного протоков возникают наименьшие трудности при операциях на желчевыводящей системе. При втором типе соединения прото-

ков пузырьный проток, длиной от 1 до 5 сантиметров, а в редких случаях и более, идёт параллельно общему печёночному протоку. При этом протоки связаны между собой плотной соединительной тканью. В данном случае пузырьный проток впадает в общий печёночный под очень острым углом с образованием между ними в месте соединения острой шпоры. При этом типе соединения слияние протоков может происходить очень низко, например, позади двенадцатиперстной кишки и даже в толще головки поджелудочной железы. Тогда пузырьный проток может иметь длину 10-14 см, соответственно будет очень длинным общий печёночный проток и коротким – общий желчный проток (*ductus choledochus*). При третьем типе пузырьный проток спирально обходит общий печёночный проток сзади и впадает в его заднюю или левую боковую поверхность или даже спереди.

Два последних типа слияния пузырьного и общего печёночного протоков вызывают значительные трудности при оперативном лечении желчевыводящей системы.

Встречаются также и другие, гораздо более редкие, чем вышеописанные, варианты строения пузырьного протока и его соединения с общим печёночным протоком. В частности, в редких случаях пузырьный проток может вообще отсутствовать.

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

Гостева А.С., Баренина О.И., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра нормальной и топографической анатомии

Научный руководитель: доц. Лазутина Г.С.

Выявлено 12 вариантов формирования воротной вены: в общий ствол брыжеечных вен впадает селезёночная вена, а венечная вена желудка впадает в нижний отдел ствола воротной вены; воротная вена формируется за счёт слияния общего ствола брыжеечных вен с общим стволом селезёночной и венечной вены желудка; к общему стволу селезёночной, нижней брыжеечной и венечной вены желудка присоединяется верхняя брыжеечная вена; воротная вена формируется из четырёх сосудов: верхней брыжеечной, нижней брыжеечной, селезёночной и венечной вены желудка. Воротная вена формируется из трёх вен: в общий ствол верхней и нижней брыжеечных вен вливаются селезёночная и венечная вены желудка, имеющие общее расширенное устье; воротная вена формируется путём слияния пяти сосудов: брыжеечных, селезёночной, венечной и желудочно-сальниковой вен и вен поджелудочной железы; в общий ствол верхней брыжеечной, нижней брыжеечной и венечной вены желудка вливается селезёночная вена. Воротная вена формируется из трёх вен, а венечная вена желудка вливается в средний отдел воротной вены. К общему стволу брыжеечных вен присоединяется селезёночная вена, а венечная вена желудка впадает в воротную вену в месте её деления на внутripечёночные ветви.

Брыжеечные вены сливаются в общий ствол, в который затем впадают несколько мелких ветвей и селезёночная вена, а венечная вена желудка впадает в левую ветвь воротной вены в пределах левой половины поперечной борозды. Воротная вена формируется обычно из трёх ветвей, а венечная вена желудка сливается с левой ветвью воротной вены в паренхиме левой доли печени либо в области сагиттальной борозды. При обычном формировании воротной вены из трёх вен венечная вена желудка проникает в ткани одной из долей печени и распадается на мелкие ветви.

Важным для объяснения патогенеза расстройств кровообращения желудка является изменение углов слияния венечной вены желудка с другими венами портальной системы. При впадении венечной вены желудка в селезёночную, всегда образуется острый угол, при впадении её в воротную вену – прямой угол. При слиянии этой вены в месте разветвления воротной вены образуется острый угол, а в тех случаях, когда она впадает в левую ветвь воротной вены, прямой угол. При подтягивании желудка кверху различными патологическими процессами (рубцы, опухоли), венечная вена желудка шла сверху вниз и образовывала резко острый угол слияния, обращённый кверху. Изменение углов слияния вен вызывает нарушение оттока крови из селезёнки и желудка. При опущении желудка никаких изменений слизистой желудка не обнаружено. В патогенезе различных неприятных ощущений, особенно болей в животе, кроме нарушения эвакуаторной функции желудка, важную роль играло нарушение гемодинамики желудка и селезёнки. Это обстоятельство часто не принимается во внимание клиницистами. В литературе, посвящённой анатомии воротной вены, имеются противоречивые данные относительно вариантов её формирования, так как они зависят от многих причин и в первую очередь от возрастных и патологических изменений в организме. Место блокады и особенность формирования варианта определяют клиническую картину и методы оперативного лечения нарушений портального кровообращения.

РАК ФАТЕРОВА СОСКА

**Лазутин А.О., Успенский И.И., 2 курс, лечебный факультет
Кафедра нормальной и топографической анатомии
Научный руководитель: доц. Рунков В.П.**

Обнаруживается у 0,1-1,7% умерших от злокачественных опухолей. В группе больных с опухолевым поражением органов панкреатодуоденальной зоны эта локализация не является редкостью и встречается в 12-20% случаев. Фатеров сосочек располагается на границе средней и нижней третей нисходящей части двенадцатиперстной кишки (на заднемедиальной стенке). Высота его варьирует, максимально до 2 см. На вершине соска имеется устье 2–4 мм, куда открываются сливающиеся вместе общий желчный проток и Вирсунгов проток. Иногда эти протоки открываются

отдельно. На расстоянии 3 см в одной трети случаев имеется малый сосок двенадцатиперстной кишки (Санториниев).

Новообразования большого дуоденального сосочка возникают из эпителия протоков (общего желчного, панкреатического, ампулы сосочка) или из эпителия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Опухоль обычно небольшая (от 0,5 до 2-2,5 см), имеет вид округлого образования, выступающего в просвет двенадцатиперстной кишки. В большинстве случаев она экзофитная, растет медленно и долго не выходит за пределы сосочка. При инфильтративном раке в процесс довольно быстро вовлекаются окружающие ткани (двенадцатиперстная кишка, головка поджелудочной железы, общий желчный проток).

Микроскопически опухоль чаще всего представляет собой аденокарциному. Метастазы обнаруживаются относительно редко - у 25%. Метастазами поражаются регионарные лимфатические узлы, затем печень и реже другие органы. Симптоматология сходна с таковой при раке головки поджелудочной железы, однако клиническое течение отличается особенностями, которые имеют диагностическое значение, а также оказывают влияние на прогноз и выбор метода лечения.

Локализация опухоли на уровне папиллы определяет относительно раннее появление желтухи. Дожелтушный период короче, чем при раке поджелудочной железы. Желтуха более чем у половины больных имеет волнообразный характер. Опухоли большого дуоденального сосочка довольно быстро изъязвляются. Это обстоятельство способствует проникновению инфекции из двенадцатиперстной кишки в желчные пути и протоки поджелудочной железы. Холангит возникает чаще, чем при раке головки поджелудочной железы (в 40-50% случаев), проявляется ознобами, высокой температурой (до 38-39° С), болями в области печени.

Инфицирование панкреатического протока приводит к вспышкам панкреатита, которые подтверждаются повышенными показателями диастазы мочи и клиническими признаками: приступообразными болями опоясывающего характера, рвотой, повышением температуры и высоким лейкоцитозом. Для рака большого дуоденального сосочка характерно кровотечение из опухоли. Степень кровопотери различна: от наличия скрытой крови в кале до значительного кровотечения, сопровождающегося выраженной анемией.

При раке большого дуоденального сосочка производят панкреатодуоденальную резекцию. Панкреатодуоденальная резекция является единственным радикальным методом лечения рака головки поджелудочной железы, преампулярной части общего желчного протока и большого соска двенадцатиперстной кишки. Операция заключается в резекции головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки с последующим восстановлением проходимости желудочно-кишечного тракта и желчных путей.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
Мазурина К.Г., Цыганкова И.А., 3 курс, лечебный факультет
Кафедра ангиологии с курсом сосудистой и оперативной хирургии
Научный руководитель: доц. Рунков В.П.

При многочисленной патологии тазобедренного сустава в мировой ортопедической практике повседневным пособием является его эндопротезирование. Показаниями к эндопротезированию служат деформирующий коксартроз, ложный сустав шейки бедренной кости, асептический некроз головки бедра, перелом дна вертлужной впадины и застарелый вывих бедра, ревматоидный артрит, системная красная волчанка.

Часто применяемым является эндопротез, несущие компоненты которого опираются на прокладки из силиконовой резины, смягчают толчки и уменьшают давление, передаваемое не на кость, а на опорные компоненты эндопротеза на всех нагружаемых участках. Опорные компоненты - гнездо и кожух ножки воспринимают значительно погашенные толчки и распределяют нагрузки более равномерно, уменьшая удельное давление на кость. Гнездо посредством венчика опирается на корковую неповрежденную кость наружных краев вертлужной впадины и не может продавить ее дно.

Эндопротез имеет металлическое гнездо, за край которого выступает тонкий венчик и отдельный буртик, в которых имеются отверстия для винтов. В гнездо ввинчивается фигурная шайба, внутренняя поверхность которой покрыта силиконом. В головку свободно вставляется конец шейки, головка и шейка вращаются друг относительно друга. На шейке находится толстая силиконовая муфта с пружиной сжатия. Шейка протеза переходит в опорную пятку и ножку. Опорная пятка имеет отверстие, в котором находится винт. Винт ввинчивается в трубку, которая оканчивается округлой шляпкой. На всю ножку надет тонкостенный перфорированный металлический кожух, который имеет козырек для опоры на область малого вертела. На кожухе изнутри на всем протяжении находится силиконовая вставка.

При применении эндопротеза резецируется большой вертел, у основания шейка и самая верхняя часть малого вертела. Вертлужная впадина и костномозговой канал фрезеруются под соответствующие размеры гнезда и ножку с кожухом. Губчатая кость в костномозговом канале снимается как можно больше до коркового слоя бедренной кости.

Гнездо с головкой вставляется в вертлужную впадину, при этом венчик ориентируется на верхний и задний края вертлужной впадины, а буртик - на передний, где находится тело лонной кости. Через отверстия просверливаются каналы в глубину крыши и заднего и переднего краев вертлужной впадины и привинчиваются винтами. Лепестки венчика и буртика, плотно прилегают к упомянутым наружным образованиям вертлужной впадины. Ножка вместе с кожухом вколачивается в костномозговой канал так, чтобы она плотно села опорной пяткой на межвертельную область и часть малого вертела. Большой вертел с прикрепляющимися к нему мыш-

цами кладется на свое место. В отверстие и далее в канал вставляется винт. В паз пластинки вставляется трубка, вводится в нижнее отверстие просверленного канала навстречу винту, винт ввинчиваются до отказа. Надежно фиксируется большой вертел и разгружаются оба критических места: на верхневнутреннем отделе диафиза и наружном у окончания ножки.

Надевают на шейку силиконовую муфту, фигурную шайбу и вставляют верхний конец шейки в отверстие головки. Ввинчивают шайбу в гнездо – сборка протеза и его установка окончены.

В эндопротезе заложены принципы обеспечения возможно большей площади опоры на кость, амортизации, демпфирование и растяжка.

Таким образом, данный эндопротез не отличается большой сложностью конструкции, а также технологией изготовления и техникой операции. Протез может быть изготовлен без использования остродефицитных материалов. Вместе с тем он может дать большие преимущества перед многими эндопротезами.

ДОСТУПЫ К БРЮШНОМУ ОТДЕЛУ АОРТЫ И ВИСЦЕРАЛЬНЫМ АРТЕРИЯМ

Зацаринный В.В., 3 курс, лечебный факультет

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии

Научный руководитель: асс. Калинин Р.Е.

Среди облитерирующих заболеваний аорты можно выделить атеросклероз (частота 75-80%), облитерирующий тромбоангит (частота 15-20%), неспецифический аорто-артериит (частота $\leq 5\%$). Чаще всего оперативным путем выполняют лечение атеросклеротических поражений, в основном это реконструктивные операции. Для оперативного лечения обширных поражений брюшной аорты и ее ветвей в настоящее время наиболее часто применяются следующие доступы: срединная лапаротомия, внебрюшинный параректальный доступ, расширенный внебрюшинный доступ по Робу и расширенный торакофренолюмботомический доступ.

Универсальным доступом к брюшному отделу аорты и подвздошным артериям является полная продольная срединная лапаротомия от основания мечевидного отростка до лобкового сочленения с обходом пупка слева. Этот доступ хорош, так как позволяет манипулировать на всем проксимальном отделе брюшной аорты. Его недостатком является то, что он наиболее травматичен для пациента.

При одностороннем поражении аорто-подвздошного сегмента или локализации патологического процесса в терминальном отделе аорты предпочтительнее внебрюшинные доступы - параректальный и по Робу. Однако необходимо иметь в виду, что параректальный доступ более приемлем для выполнения хирургического вмешательства. Их главное преимущество - это внебрюшинный подход к аорте, что значительно снижает травматизм операции. Из этих доступов крайне трудно или не представляется возмож-

ным выполнить операцию на интра- и супраренальном отделах брюшной аорты, а также на нижней полой вене. При реконструктивных операциях на супраренальном отделе аорты и чревном стволе незаменимы доступом будет расширенный торакофренолюмботомический. Доступ обеспечивает широкий подход не только ко всему брюшному отделу аорты, но и к ее висцеральным ветвям за исключением правой почечной артерии. Вскрытие грудной полости, пересечение диафрагмы и другие манипуляции повышают травматизм операции и период выздоровления, что является основным его недостатком.

Кроме этих основных четырех доступов существуют различные «экзотические» (комбинированные) доступы, сочетающие в себе преимущества и недостатки выше описанных вариантов.

КРОВОСНАБЖЕНИЕ КОРНЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА И ГАССЕРОВА УЗЛА

Рахул Каниткар, 3 курс, лечебный факультет

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии

Научный руководитель: асс. Овчинникова Н.В.

Одним из наиболее крупных нервов висцеральных дуг является тройничный нерв, который несет чувствительные и двигательные волокна. Отростки клеток, заложенные в двигательном ядре, выходят из варолиева моста на границе его со средней мозжечковой ножкой, образуя двигательный корешок нерва или его малую порцию. Рядом с ней в вещество мозга входит чувствительный корешок или большая порция. Обе порции составляют ствол тройничного нерва, который по выходе из мозга проникает под твердую мозговую оболочку дна средней черепной ямки, располагаясь на верхней поверхности пирамиды височной кости в области *impression trigemini*. Здесь твердая оболочка раздваивается, образуя, так называемую Меккелеву (*Meckel J.F.senior*) или тройничную полость. В ней чувствительная порция образует большой полулунный, или Гассеров (*Gasser J.L.*), узел. Центральные отростки клеток этого узла направляются к чувствительным ядрам тройничного нерва, а периферические идут в составе всех трех главных ветвей тройничного нерва, отходящих от выпуклого края узла.

В настоящий момент вопрос кровоснабжения Гассерова узла и корня тройничного нерва остается открытым. Знания анатомических особенностей данной области может быть использованы при операциях на пещеристой пазухе или декомпрессионных нейрососудистых вмешательствах.

Корень тройничного нерва получает кровь преимущественно из семи артерий: верхнебоковой мостовой ветви, передней нижней мозжечковой, нижнебоковой мостовой ветви, заднебоковой мостовой ветви, верхней мозжечковой, основной артерии, тройнично-мозжечковой ветви.

В соответствии с расположением основных ветвей, приносящих кровь к корню тройничного нерва и особенностей их анастомозов можно выделить

четыре основных типа кровоснабжения корня. Первый тип характеризуется наличием двух артериальных колец вокруг корня: дистальном и проксимальном. Данный тип наблюдается в 12% случаев. В образовании их участвуют верхнебоковая ветвь моста, нижнебоковая и передняя нижняя мозжечковая артерия. Второй тип (32% случаев) отличается существованием одного изолированного кольца. В его образовании участвуют верхнебоковая ветвь моста и передняя нижняя мозжечковая артерия, либо ее ветвь к средней ножке мозжечка. Третий тип (16% случаев) включает в себя полукольцо за счет слияния верхнебоковой ветви моста и передней нижней мозжечковой артерии. Четвертый тип (40% случаев) отличается от предыдущих отсутствием каких либо анастомотических колец.

В кровоснабжении Гассерова узла принимают участие главным образом четыре артерии: средняя артерия мозговой оболочки, добавочная ветвь к мозговой оболочке, нижнебоковой ствол внутренней сонной артерии, тензориальный ствол внутренней сонной артерии.

Знание особенностей васкуляризации Гассерова узла и корня тройничного нерва может помочь хирургу избежать повреждения сосудов «тройничного комплекса» в ходе микрососудистой декомпрессии корня тройничного нерва. Данная операция может выполняться при невралгии n. trigeminus, вызванной сдавлением сосудами его корня.

РАЗВИТИЕ ХОЛЕЛИТИАЗА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Сачар Саурабх, 3 курс, лечебный факультет

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии

Научный руководитель: асс. Павлов А.В.

В настоящее время резекция печени выполняется главным образом при опухолях или размождении органа. Существуют два типа техники резекции печени. Один – европейский, основанный на классическом ходе любой операции: вначале перевязываются все сосуды, идущие к органу, а затем уже удаляется обескровленный орган или его участок.

Другой – восточный, предполагающий постепенное по ходу намеченного пересечения печени раздавливание пальцами (дигитоклазия) паренхимы и перевязывание пальпаторно обнаруженных сосудисто-желчных образований. Вьетнамский хирург Тунг (Ton That Tung) с помощью разработанной им техники раздавливания (разминания) ткани печени пальцами с постепенной перевязкой обнаруженных таким путем сосудистых образований по намеченной плоскости резекции (не обязательно по анатомическим границам долей или сегментов) и без предварительной перевязки ветвей в воротах печени затрачивает на резекцию печени не более 10 минут, и по существу операция проходит без каких-либо кровопотерь.

Однако после выполнения данной операции, по любой методике существует риск развития осложнений. Кроме кровотечения, желчных затеков,

развития синдрома Бадда-Киари (Budd – Chiari, Budd G., английский врач, 1808-1882, Chiari H., австрийский патолог, 1851-1916), характеризующегося тромбозом печеночной вены с мощным развитием коллатерального кровотока, гепатомегалией, асцитом и портальной гипертензией, существует вероятность появления желчнокаменной болезни (холелитиаза).

Причиной возникновения холелитиаза может служить сужение просвета желчных ходов вследствие травмирования их при выполнении резекции. В результате чего образуются маленькие мешочки, желчь внутри которых застаивается, что с течением времени приводит к образованию желчных камней. Камни в свою очередь постепенно продвигаются по желчным путям и могут вызывать закупорку пузырного протока, ductus cysticus. По этой причине, при выполнении резекции правой доли печени также удаляется и желчный пузырь.

В 10-20% случаев возможно образование самостоятельных стриктур желчных протоков, так же возможно развитие стриктур вследствие тромбоза печеночной артерии. Все сужения желчных протоков могут быть разделены на две категории: анастомотические и неанастомотические. Неанастомотические стриктуры, после резекции печени, развиваются как результат неадекватного кровоснабжения нового «желчного дерева» ветвями печеночной артерии, например, вследствие ее тромбоза или стеноза. Вторая группа стриктур желчных протоков – анастомотические стриктуры. Они чаще всего являются результатом образования рубцовой ткани вследствие повреждения стенок желчных протоков хирургическим инструментом.

В любом случае, нарушение оттока желчи по желчным каналам после резекции печени увеличивает риск развития желчнокаменной болезни.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ АОРТЫ
Вазе Викрант, 3 курс, лечебный факультет
Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии
Научный руководитель: асс. Павлов А.В.

Расширение (аневризма) грудной и брюшной частей аорты является редким, но опасным заболеванием. При достижении определённого размера аневризмы может произойти её разрыв, что почти всегда приводит к смерти больного. Причиной расширения аорты могут быть атеросклеротические изменения её стенки. Однако, атеросклероз не оказался четким этиологическим фактором расслоения аорты и относительно его роли в нем до сих пор существуют разногласия. На современном этапе четко определены пока только предрасполагающие факторы расслоения аорты. Наиболее важным среди них является артериальная гипертензия. В некоторых случаях расширение аорты обусловлено врождёнными (генетическими) изменениями коллагеновых волокон составляющих основу стенки сосуда. Особенно часто такие изменения наблюдаются при синдроме Марфана.

Острое расслоение восходящей части аорты почти всегда приводит к её разрыву в течение нескольких часов и смерти больного. В этом случае больному показана неотложная операция по жизненным показаниям. Расслоение нисходящей части грудной аорты может привести к острому нарушению кровоснабжения конечностей и органов грудной и брюшной полостей, что также является показанием для срочной операции.

Операция на грудной аорте проводится с применением аппарата искусственного кровообращения в глубокой гипотермии (охлаждение больного до +16 Цельсия) и при остановке кровоснабжения на несколько минут до получаса. Во многих случаях удаётся избежать «большой» операции с аппаратом искусственного кровообращения и обойтись имплантацией внутрисосудного стента). В случаях поражения восходящего отдела грудной аорты или вовлечения в процесс дуги аорты или ее ветвей только полостная операция может спасти жизнь больного.

Экстренные мероприятия заключаются в снижении АД до 100-120 мм рт. ст., медикаментозном уменьшении скорости вентрикулярного выброса и уменьшении распространения расслоения аневризмы. При аневризмах или хроническом расслоении грудной аорты в последнее время благодаря применению внутрисосудных стентов появилась возможность в большинстве случаев избежать тяжелой и длительной полостной операции. Такие стенты вводятся в сложенном положении через небольшой разрез бедренной артерии и расправляются в месте аневризмы или расслоения. Стент фиксируется внутри сосуда и выключает аневризму из кровотока. Исключается риск разрыва аорты в этом месте.

Операция проводится под общим наркозом и длится в среднем около часа против нескольких часов при полостной операции по замене части аорты искусственным протезом. У небольшой части пациентов в связи с анатомическими особенностями не всегда удаётся применить стент и в этом случае прибегают к полостной операции. Решение на проведение операции и изготовление индивидуального стента осуществляется только на основании специальных обследований, а окончательное решение принимается только во время операции.

МОНИТОРИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОДНЫХ ОБЪЕКТОВ
МЕТОДОМ БИОИНДИКАЦИИ

Алпеев Ю.М., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра гистологии и биологии

Научный руководитель: доц. Брызгалина Л.И.

Серьёзной проблемой в настоящее время является проблема загрязнения вод. Под влиянием сильного антропогенного загрязнения отмечается уменьшение численности и биомассы большинства таксономических групп гидробионтов (вплоть до полного исчезновения), уменьшение его видового разнообразия. Для контроля состояния водных экосистем проводят монито-

ринг водных объектов. Весной 2005 года была исследована вода в реке Гусь Касимовского района Рязанской области методом биоиндикации по методике к.б.н. С.Г. Николаева. Этот метод позволяет идентифицировать классность качества воды по индикаторным таксонам. В качестве индикаторных таксонов использовались водные беспозвоночные животные.

Согласно методике, пробы гидробионтов отбирались с помощью скребка-разновидности сачка, для определения пойманных организмов использовался атлас индикаторных таксонов информационных и учебно-методических материалов (Рязань, 2005). Имея список обнаруженных таксонов, определение класса качества воды проводится в следующей последовательности: в таблице по каждому обнаруженному таксону делается отметка в график классов, согласно возможному диапазону существования этого таксона.

Если отловлено несколько особей одного таксона, в таблице делается только по одной отметке в каждом классе. Затем подсчитывается число отметок, умножается на величину индивидуальной классовой значимости и получается суммарная индикаторная значимость таксонов в каждом классе. Принадлежность обследованного участка к определённому классу качества воды определяется по максимальной суммарной значимости в ряду с 1 по 5 классы. Пользуясь таблицей, которая имеется в методике, определяется класс качества воды путём подсчёта коэффициентов.

Результаты проведённых исследований представлены в таблице.

Таблица

Суммарная классовая значимость обнаруженных таксонов

Классы качества воды	1	2	3	4	5
Индивидуальная классовая значимость таксонов	20	6	5	7	20
Отметки обнаруженных таксонов	-	x x	x x x x x x x	x x x x x x	x x
Количество отметок	0	2	7	6	2
Суммарная классовая значимость	0	12	35	42	40

Вода в реке Гусь была 4 класса качества – это загрязненные воды со значительной антропогенной нагрузкой. Экосистемы с такими водами характеризуются незначительным видовым разнообразием гидробионтов. Возможно, на результаты весенних исследований повлияли загрязненные стоки с берегов, отсутствие самоочищения воды в реке в этот период.

КАРИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛЕТОК ПУРКИНЬЕ МОЗЖЕЧКА БЕЛЫХ КРЫС
В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОБЩЕГО ОДНОКРАТНОГО ГАММА-ОБЛУЧЕНИЯ

Щулькин А.В., 2 курс, лечебный факультет

Кафедра биологии и гистологии

Научный руководитель: доц. Краснолобов А.Г.

Интерес к изучению влияния радиации на организм животных и человека сильно возрос. Было показано, что нервная система обладает высокой радиочувствительностью и развивающиеся в ней изменения занимают большое место в лучевых реакциях организма.

Цель исследования заключалась в изучении с помощью нейрогистологических методов изменений в тканях головного мозга после воздействия гамма-лучей радиоактивного кобальта и определения динамики начальных пострadiационных нарушений и отдаленные последствия радиационного поражения. В качестве подопытных животных использовались половозрелые белые крысы. Проводился кариометрический анализ повреждающего действия гамма-лучей радиоактивного кобальта в дозе 1000р на клетки Пуркинью мозжечка через 1, 6, 8, 10, 12, 15, 20, 27, 35, 60 суток после общего однократного облучения. На каждый срок забивалось четыре крысы и измерялось 200 ядер.

Величины объемов подвергались логарифмированию с последующей статистической обработкой. Проведена группировка логарифмов объема ядра. Для лучшего сопоставления контрольных и опытных серий выделена группа мелкоядерных клеток с объемами ядер от 2,32 до 2,68, группа с ядрами среднего объема от 2,69-3,04 и крупноядерные клетки с логарифмом объема ядра от 3,05 и больше. Результаты исследования приведены в таблице.

Таблица

Количество клеток Пуркинью мозжечка белых крыс в процентах, объединенных в группы по логарифмам объемов их ядер в различные сроки после гамма-облучения в дозе 1000р

Логарифмы объема ядер	Биологический контроль	Сроки эксперимента									
		1	6	8	10	12	15	20	27	37	60
2,32-2,68	38,8	35	10	0	2	6	2	2	2	4	8
2,69-3,04	61,2	65	90	70	96	84	96	94	96	60	92
3,05-3,28	0	0	0	30	2	10	2	4	2	36	0
Сумма	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При анализе данных кариометрического исследования обращала на себя внимание фазность увеличения объемов ядер. Наблюдались две волны подъема процентного содержания клеток с крупными ядрами. Первая волна на восьмые сутки со снижением к 15 суткам, вторая с 20 по 37 сутки. Количество клеток с малыми объемами ядер с первых по 15 сутки снижа-

лось по сравнению с интактными животными. А с 37 суток наблюдалось незначительное увеличение их числа, но значительно меньше биологического контроля. Первую волну увеличения объема можно объяснить дезинтегративным набуханием, как одну из ранних реакций клеток на повреждающее действие ионизирующего излучения. В поздние сроки незначительное увеличение ядер может быть проявлением пострадиационного повреждения генетических структур с увеличением ploидности.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОД КЛЕПИКОВСКОГО РАЙОНА

Кучеренко Т.С., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра гистологии и биологии

Научный руководитель: доц. Калыгина Т.А.

Был изучен состав вод в целом, затем исследованы природные воды Клепиковского района. Здоровье населения находится в прямой зависимости от состава вод в источниках, из которых осуществляется регулярное водоснабжение региона. Ежедневно потребляемое человеком 1,5-2,5 л. воды не должны содержать никаких вредных примесей, в то же время природные воды должны иметь в своём составе достаточное количество микроэлементов, участвующих в обменных процессах организма. Так, например, пониженное содержание фтора в воде способствует разрушению зубной эмали и развитию стоматологических патологий. Недостаток йода вызывает заболевание щитовидной железы. Бактериальное загрязнение вод представляет большую опасность возникновения и распространения инфекционных заболеваний. Содержание в природных водах солей тяжелых металлов, остатков нефтепродуктов и прочих вредных примесей может вызвать онкологические патологии и множество других опасных заболеваний.

Целью работы было исследование вод реки Пры и озера Беленькое Клепиковского района по специальным методам, описанным в литературных источниках. Химический анализ вод реки Пры показал, что ПДК по железу превышает норму в 7 раз, в 4,5 раз увеличена концентрация ионов Ca^{2+} и Mg^{2+} , из-за этого жесткость воды примерно 140. На 6% увеличена концентрация фтора и в 1,5 раза уменьшено содержание йода. Из-за стоков сельскохозяйственных угодий увеличено содержание нитратов в 2 раза.

Вода озера Беленькое содержит в 3,5 раза превышенную концентрацию железа. На 32% увеличено содержание ионов Ca^{2+} и Mg^{2+} , в 3 раза увеличена концентрация Zn^{2+} , в 2 раза – ионов Mn^{2+} , на 9% увеличена концентрация нитратов. Эти исследования позволяют оценить степень загрязнения водоисточника и его пригодность для питьевых целей.

Клепиковский район считается чистым в экологическом плане, но всё таки существует проблема загрязнения района. В последнее время наблюдается резкое сокращение естественных ландшафтов: площадь озёр уменьшилась в 2 раза, что связано, прежде всего, с зарастанием и забола-

чиванием водной поверхности. На экологическую обстановку влияет близость к крупным промышленным центрам – Москве, Владимиру, Рязани. На состояние вод оказывает влияние стоки сельскохозяйственных угодий, животноводческих ферм, населённых пунктов. Ухудшения состояния природных комплексов связано с деятельностью человека. В водоёмы сбрасывают бытовые отходы; попадают стоки, содержащие ПАВ, в том числе СМС, которые активно применяются в промышленности и быту.

Флора и фауна Клепиковского района нуждается в охране. Эти проблемы не могут оставить нас равнодушными.

РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ МИКРОМОРФОМЕТРИИ И ИХ
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Маркова А.С., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра гистологии и биологии.

Научный руководитель: асс. Воронина Р.К.

Основной задачей морфологии, наряду с описанием структуры, является представление о прижизненном функциональном состоянии того или иного органа. Обычно она решается методами морфометрии.

При этом особую ценность представляет микроморфометрия органов эндокринной системы, и в частности щитовидной железы (ЩЖ), фолликулы которой изменяют сферическую и правильную многоугольную форму на эллипсоидную при неадекватной обработке тканевых образцов, а также в случаях преобладания резорбции коллоида над его секрецией. Подобные деформации затрудняют получение достоверной информации, обуславливая необходимость изучения значительного числа образцов.

Материалом для исследования послужили гистологические препараты из 10 ЩЖ, взятых у женщин, умерших в возрасте 50-75 лет от последствий острого нарушения мозгового кровообращения при гипертонической болезни. В каждом препарате окуляр-микрометром измеряли наружный и внутренний, продольный и поперечный диаметры 50 фолликулов.

Из полученных результатов выводились средние показатели площади сечения и объема фолликулов и их составных элементов, а также средняя площадь поверхности фолликулярного эпителия, индекс накопления, а также индекс потенциальной резорбции. Все полученные показатели подвергались корреляционному анализу в сопоставлении с возрастом.

При математической обработке результатов измерений по формулам эллипса и эллипсоида, а также эквивалентных им круга и сферы по всем перечисленным показателям получены отчетливые и достоверные ($p < 0,05$) отрицательные зависимости средней силы (до $-0,65$), свидетельствующие о снижении функциональной активности железы по мере старения.

Вместе с тем, объединив результаты определенные по двум возможным формам фолликулов и усреднив их, мы получили значительно более высо-

кие уровни корреляций, достигающие $-0,71$ ($p < 0,001$).

Таким образом, усредненные результаты морфометрии математически обработанные, исходя из предположения о сферичности или эллипсоидности каждого измеренного фолликула, в своей совокупности являются более чувствительными показателями функционального состояния ЦЖ, чем обычно применяемые, и позволяют получить наглядные и достоверные результаты даже в выборках небольшого объема.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕД,
ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБИОТИКАМ

Бондаренко О.А., Гусева К.А., 2 курс, лечебный факультет

Кафедра микробиологии

Научный руководитель: доц. Евдокимова О.В.

Чувствительность клинических штаммов к антимикробным препаратам является одним из основных критериев рациональной терапии инфекционного заболевания. Анализ антибиотикограмм позволяет осуществлять не только подбор и рекомендацию наиболее эффективного препарата, но и использовать наиболее часто встречающиеся детерминанты устойчивости или их сочетание как дополнительные маркеры при диагностике внутрибольничных инфекций. Хорошо стандартизованным и широко используемым для количественной оценки чувствительности является оригинальный диско-диффузионный метод. В связи с тем, что определяемая *in vitro* степень чувствительности возбудителей зависит от условий постановки опыта, для получения достоверных и воспроизводимых результатов необходимо точное выполнение требований стандартного метода исследования и использование стандартных питательных сред. В микробиологической практике используются разные питательные среды для определения чувствительности возбудителей: в РФ – среда АГВ; в других странах, по рекомендации экспертов ВОЗ, используется агар Мюллер-Хинтона.

Цель исследования: сравнение эффективности отечественной среды АГВк и агара Мюллер-Хинтона. В работе использовали 4 штамма бактерий: один клинический штамм *E. coli*, выделенный из пунктата брюшной полости и 3 референс-культуры из американской коллекции типовых культур: *Escherichia coli* ATCC N 25922, *Enterococcus faecalis* ATCC N 29212, *Serratia marcescens* ATCC N 8100. Питательные среды для эксперимента готовились в соответствии с рекомендациями изготовителя. Культуры выращивали на неселективных питательных средах, готовили суспензии штаммов, соответствующие стандарту мутности, после посева культур, чашки подсушивали, после чего на каждую чашку наносили 6 дисков, пропитанных различными антибиотиками. После инкубации измеряли диаметры зон задержки роста бактерий вокруг каждого диска.

Клинический штамм *E. coli* показал одинаковые результаты чувстви-

тельности на среде АГВ и Мюллер-Хинтон агаре: штамм был чувствительным к тетрациклину, полимиксину и рифампицину. Антибиотикограммы референс-штаммов на среде АГВ и Мюллер-Хинтон агаре были различными: все тестируемые штаммы были устойчивы к канамицину, оксациллину и эритромицину на обоих типах сред. Чувствительность к аминогликозидным препаратам, антибиотикам группы тетрациклинов и рифампицинов – различалась: референс-штамм *E. coli* на среде АГВ был чувствительным к гентамицину, тетрациклину и соответственно резистентным и умеренно-устойчивым к этим же препаратам на среде Мюллер-Хинтон агар. Штамм *Enterococcus faecalis* был устойчивым к рифампицину на среде АГВ и умеренно-устойчивым к рифампицину на Мюллер-Хинтон агаре. Референс-штамм *Serratia marcescens* умеренно-устойчив к гентамицину на среде АГВ и устойчив к этому антибиотику на агаре Мюллер-Хинтона.

Тестируемые штаммы показали различный уровень чувствительности к одним и тем же препаратам при использовании отечественной и импортной сред. Использование разных питательных сред для определения чувствительности возбудителей к антимикробным препаратам дает неодинаковые возможности в выборе антимикробных препаратов. Выявленные различия, в основном, касались 2 категорий: устойчивый и умеренно-устойчивый штамм. Умеренно-устойчивые штаммы для подавления своего роста и размножения *in vivo* требуют использования максимально-терапевтических концентраций антибиотиков; рост и размножение резистентных штаммов, вообще невозможно подавить терапевтическими концентрациями антибиотика. Оптимальным для определения чувствительности возбудителей следует считать агар Мюллер-Хинтона. Преимуществом этой питательной среды является также возможность определения чувствительности бактерий к современным химическим группам антибиотиков и возможность тестирования чувствительности возбудителей, имеющих сложные питательные потребности.

ЖИЗНЬ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ А. ФЛЕМИНГА
Лахлу Мими Юссеф, Куам Домса Вилфред, 2 курс,
лечебный факультет
Кафедра микробиологии
Научный руководитель: доц. Коноплева В.И.

Шотландский бактериолог Александер Флеминг родился 6 августа 1881 года в графстве Эйшир в семье фермера Хью Флеминга. В 1908 году он получил степень магистра и бакалавра наук в Лондонском университете. В первую мировую войну Флеминг служил капитаном в медицинском корпусе Королевской армии. Работая в лаборатории исследований ран, он пытался определить пользу в лечении антисептиками инфицированных ран.

В 1922 году после неудачных попыток выделить возбудителя простуд-

ных заболеваний Флеминг случайно открыл лизоцим. Это побудило его заняться поиском других антибактериальных препаратов. Привычка длительно хранить культуры бактерий на чашках Петри и просматривать их перед уничтожением, чтобы не пропустить что-нибудь интересное, по счастливой случайности привела к еще одному открытию.

В одной из чашек Флеминг обнаружил рост плесени, которая угнетала высеянную культуру *S.aureus*. Выделив плесень, он выращивал ее на питательном бульоне и заметил, что бульон приобрел способность угнетать рост многих микроорганизмов. Плесень относилась к очень редкому виду – *Penicillium notatum*. Вероятно, она была занесена в лабораторию из соседних лабораторий, где изучали образцы плесени, взятые из домов больных страдающих бронхиальной астмой.

Антибактериальное вещество было названо пенициллином. Флеминг исследовал его растворимость, устойчивость к температуре, способность к фильтрации, скорость образования и стабильность. Основываясь на своих исследованиях, Флеминг пришел к выводу, что это может быть эффективный антисептик. В последующие годы Флеминг занимался изучением протозола и сульфаниламидами. Только в 1941 г. английские ученые Х. Флори и Э.Чейн опубликовали в Осфорде результаты исследования свойств пенициллина. А Флеминг установил его преимущества перед сульфопрепаратами. Нобелевская премия по физиологии и медицине в 1945 году была присуждена совместно Флемингу, Чейну и Флори «за открытие пенициллина и его целебного воздействия при различных инфекционных болезнях».

Первый отечественный пенициллин был получен З.В.Ермольевой, которая, изучая *Penicillium crustosum*, в 1942 году получила лекарственную форму.

РОЛЬ ЛЕПТОТРИХИЙ В ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА
Воробей М.С., Камшилина Е.Ю., Шубкина А.А., 2 курс,
лечебный факультет
Кафедра микробиологии
Научный руководитель: доц. Коноплева В.И.

Предметом исследования стали два похожих по названию рода микроорганизмов *Leptotrichia* и *Leptotrix* из-за проблемы их описания в различной литературе. Получить чистую культуру лептотрикса очень трудно, поэтому длительное время не было определено его систематическое положение.

В 1889 г. отечественный ученый М.И.Арустамов, выделивший бактерии из мочи больного, пришел к заключению, что возбудителем заболевания является нитчатая бактерия, но название *Leptotrichia* тогда еще не употреблялось. Микроорганизм называли *Leptotrix*.

В настоящее время грибковая природа микроорганизма отвергнута. Однако, длинные нити, состоящие из не разьединившихся коротких палочек,

часто ошибочно принимают за нити мицелия грибка. Как заболевание, лептотрихоз («Лептотрихоз» - тонкий волос) был описан в 1913 году Плаутом. Основываясь на результатах морфологического исследования по определению микроскопической картины полости рта при определенных патологических состояниях, он отклонил название *Leptotrix*, данное ранее Робинсом, утвердив название *Leptotrichia* для рода, *Leptotrichia buccalis* для данного вида. Отказ от первого названия базировался на том, что к лептотриксу ученые относили водорослевые штаммы. Эти микроорганизмы обитают в почве, в воде являются железобактериями, непатогенными для человека. Однако путаница в названиях и классификации (т.е. ошибочное отношение лептотрихий к грибам) сохранилась из-за того, что заболевание лептотрихоз часто встречается в совокупности с грибами *Candida* и другими бактериями (*Nocardia*, *Lactobacillus*, *Spirocheatae* и т.д.).

По результатам проведенного изучения доступной литературы было установлено, что в определителе бактерий Берджи (1997г.) есть два близких по названию рода: род *Leptotrichia* и род *Leptotrix*. *Leptothrix ochraceae* отнесен к группе 14 «Бактерии, обладающие чехлом» род *Leptothrix*. Бактерии рода *Leptotrix* – это микроорганизмы внешней среды, встречаются в открытых водоемах (озерах, ручьях, в системах очистки сточных вод и др.). Они образуют чехлы, в которых осаждают оксиды железа и марганца.

Типовой вид: *Leptotrichia buccalis*. Лептотрихии – палочки, изогнутые с закругленными или чаще заостренными концами, располагаются в парах, образуют тонкие нити или "цепочки" (трихии). Неподвижны. Строгие анаэробы. Как правило, грамотрицательные. Хемоорганотрофы. На кровяном агаре через 48 ч имеют форму «голова медузы», диаметр 1—2 мм. Лептотрихии - это условно-патогенные микроорганизмы. Бактерии рода *Leptotrichia buccalis* обнаружены в зубных бляшках и сходные бактерии выделены из женских половых путей.

Заболевания у человека – лептотрихоз, близкое к оппортунистическим микозам, вызывают бактерии, относящиеся к роду *Leptotrichia*.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕСТНЫЕ И СИСТЕМНЫЕ ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Выродова В.И., 2 курс, лечебный факультет

Кафедра микробиологии

Научные руководители: доц. Коноплева В.И., преп. Морина Е.В.

Основные рекомендуемые противогрибковые препараты группы полиенов: амфотерицин В, нистатин и группы азолов: клотримазол; флуконазол, итраконазол и другие. Препараты не лишены побочного действия. Например, побочные реакции на Амф-В могут быть нефротоксичность, анемия. У чувствительных субъектов возможны аномальные реакции, связанные ферментным дефицитом «лекарственная идиосинкразия», острое поражение печени, тромбоцитопения, общие боли, судороги, фибрилляция

желудочков, остановка сердца. Кетоконазол (низорал™) обладает широким спектром действия и низкой токсичностью, но может быть гепатотоксичным и вызывать дисгормональные расстройства, такие как снижение уровня тестостерона. Флуконазол – один из наиболее эффективных препаратов для лечения орофарингеального, эзофагального и вагинального кандидоза, особенно у больных с ВИЧ-инфекцией или злокачественными новообразованиями. Он также эффективен при кандидемии или диссеминированном кандидозе, а также является основным препаратом при поражениях мочевыделительной системы. Однако, к флуконазолу резистентны *C.krusei* и *C.glabrata*. Другие препараты, такие как нистатин, имеют ограниченное применение из-за их свойств. Препарат используется для местной терапии, т.к. плохо абсорбируются при приеме *per os*.

Необходимость эффективной терапии грибковых заболеваний диктует потребность в новых лекарственных формах. Потребность в антифунгальных препаратах системного действия связана, в первую очередь, с ростом числа инвазивных жизненно-угрожающих микозов, развивающихся на фоне иммунодефицитных состояний различного генеза.

Новый полиеновый SPA-S-843 (разработка Societa Prodotti Antibiotic) высоко активен и менее токсичен, чем обычный Амф-В. Липид-ассоциированные формы амфотерицина В разработаны с целью уменьшения нефротоксичности традиционного Амф-В (Амбизом, Ambisome™) – соединения в виде микросфер размером 80 нм. Липосомальный нистатин (Ниотран, Nyotran™) показал в эксперименте высокую активность при инвазивном кандидозе и аспергиллезе и против возбудителей, которые резистентны к флуконазолу, итраконазолу и липид-ассоциированным комплексам Амф-В. Современные производные флуконазола – Вориконазол и Позаконазол в десятки раз более активны, чем флуконазол, при воздействии против *Aspergillus spp.*, *Cryptococcus spp.* и *Candida spp.*, включая *C. krusei* и *C. glabrata*, резистентных к флуконазолу.

Также был изучен перечень препаратов представленных в аптеках города из 25 препаратов, в основном это лекарственные формы для лечения онихомикозов. Отечественных было 5, другие произведены: в Индии, Бельгии, Венгрии, Румынии, Германии, Италии, Швейцарии и Чехии.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ
В ОТНОШЕНИИ МИКРООРГАНИЗМОВ РОДА STARNYLOCOCCUS
Окорочкова Ю.В., Черентаева О.И., Чибизова Н.В., 2 курс,
лечебный факультет
Кафедра микробиологии
Научный руководитель: ст. преп. Силин К.А.

Высокий уровень госпитальной заболеваемостью свидетельствует о специфических особенностях внутрибольничного эпидемического процесса, который определяется как контингентом госпитализированных больных и

популяциями микроорганизмов, так и условиями, в которых развивается эпидемический процесс. Общеизвестно, что основными возбудителями внутрибольничных инфекций в ожоговых, травматологических и акушерских стационарах являются микроорганизмы рода *Staphylococcus*. Наряду с изменением вирулентности стафилококков происходит их приспособление к неблагоприятным внешним факторам – дезинфекционным средствам. В большинстве материалов методических указаний и инструкций по применению дезинфектантов отсутствует информация об активности к микроорганизмам рода *Staphylococcus*.

Предварительно были приготовлены рабочие растворы дезинфектантов в соответствии с инструкциями к применению. К рабочему раствору каждого дезинфектанта добавляли смесь 7 штаммов стафилококков (микроорганизмы рода *Staphylococcus* были выделены со слизистой оболочки полости носа по общепринятым методикам).

Установлено, что уже через 30 минут не выявлено жизнеспособных клеток микроорганизмов в растворах «Лизоформина», «Септола» и «Премьера». Незначительное количество клеток стафилококка выявлено в растворе «Септабика» только через 30 минут. Из растворов «Дезофран» и «Дезолон» микроорганизмы были выделены и через 30 минут, и через 60 минут. Однако через 24 часа жизнеспособных клеток микроорганизмов в этих растворах не выявлено.

Таким образом, наиболее эффективными в отношении стафилококков оказались дезинфектанты «Лизоформин», «Септол» и «Премьер». Полученные результаты могут быть рекомендованы для проведения дезинфекционных мероприятий в очагах, в которых были выделены микроорганизмы рода *Staphylococcus*.

ПРОБЛЕМА СТАНДАРТИЗАЦИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ

Воробьев М.Д., 5 курс, фармацевтический факультет

Кафедра фармацевтической технологии

Научный руководитель: доц. Селезнев Н.Г.

Вспомогательные вещества – это дополнительные вещества, необходимые для приготовления лекарственных средств. Они должны быть разрешены к медицинскому применению. Основные группы вспомогательных веществ следующие: формообразующие, стабилизирующие, солюбилизаторы, пролонгаторы, корригенты. В большинстве случаев вспомогательные вещества составляют основную часть дозированной формы по массе или по объему. При изготовлении высокоактивных препаратов почти вся лекформа может состоять из наполнителей. Этим определяется роль вспомогательных веществ в изготовлении безвредных готовых фармацевтических препаратов высокого качества.

Внедрение норм GMP на фармацевтических предприятиях привело к не-

обходимости использования при производстве лекарственных препаратов качественных исходных материалов, в том числе вспомогательных веществ. Другая важная причина контроля качества вспомогательных веществ – многочисленные случаи отравлений лекарственными препаратами, изготовленными из некачественных вспомогательных веществ.

Перечень вспомогательных веществ ежегодно расширяется. В настоящее время их количество составляет более 520 наименований.

Качество вспомогательных веществ включает следующие направления: качество вспомогательных веществ, обеспечивающее безопасность применения их в составе лекарственного препарата; качество вспомогательных веществ, связанное с их технологическими свойствами.

Перечень показателей качества, обеспечивающих безопасное применение вспомогательных веществ в составе лекарственного препарата: характеристика (описание, растворимость), подлинность, чистота, количественное определение, биологические показатели качества (микробиологическая чистота, испытание на бактериальные эндотоксины или пирогенность).

Свойства вспомогательных веществ одного наименования, но полученных от разных поставщиков, могут отличаться по технологическим и некоторым физико-химическим показателям, контроль которых не предусмотрен нормативными документами фирмы или фармакопеями ведущих стран. Поэтому формируется база данных вспомогательных веществ отечественных и зарубежных производителей, в которых отображены не только показатели, определение которых заложено в нормативной документации, но и физико-химические и технологические характеристики.

РАЗРАБОТКА И ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВОВ МАЗЕВЫХ ФОРМ СУЛЬФАДИМЕЗИНА

**Старикова В.В., 3 курс, фармацевтический факультет
Кафедра фармацевтической технологии
Научный руководитель: доц. Селезнев Н.Г.**

Целью исследования на первом этапе создания мазевой формы сульфадимезина являлась разработка и исследование их составов. Концентрация сульфадимезина для мазевых форм выбрана в 10%, основываясь на указании ГФХІ по приготовлению мазей для которых нет официальных прописей. В исследовании использовались 3 группы мазевых основ: липофильные (вазелин); гидрофильные (полиэтиленоксидная, представляющая сплав 70 частей ПЭО-400 и 30 частей ПЭО-1500); дифильные (ланолин безводный: вазелин - сплав 6: 4).

Сульфадимезин вводился в основы по общим правилам, учитывая процент твёрдой фазы и характер основы. Тип мази определялся методом микроскопического исследования приготовленных мазей по методике ГФХІ. Во всех изученных основах сульфадимезин образует суспензионную мазь. Высвобождение сульфадимезина из мазей приготовлен-

ных на 3 основах исследовалось методом прямой диффузии в 5% агар, содержащий реактив Эрлиха. Чашки Петри с агаром содержащие навески мазей термостатировались 24 ч при 37°C. Результатом явилось наибольшее высвобождение сульфадимезина из ПЭО основы. рН мазевых основ определялся по методике В.М Грецкого и определения рН водной вытяжки потенциометрическим методом. рН мазевых основ укладывалась в рекомендуемые пределы для дерматологических мазей.

Оценку совместимости сульфадимезина с изучаемой гелевой ПЭО основой и её стабильность в процессе изготовления определяли методом тонкослойной хроматографии. Определение проводили в 3 системах растворителей. В качестве проявителя использовались пары йода. Анализ полученных данных доказал отсутствие взаимодействия между основой и действующим веществом т.е. они совместимы. При изготовлении мазевых форм не нарушается стабильность сульфадимезина.

Таким образом, была выбрана для наших дальнейших исследований наиболее подходящая основа - гелевая ПЭО. Работа нами будет продолжена в направлении установления оптимального соотношения ПЭО-400 и ПЭО-1500, изучения реологических свойств, определяющих свойства мази выдавливаться из тубы, свойств намазываться на поверхность кожи и слизистых и закрепляться на них.

ПРОГРАММА «ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА»

Борисова Т.В., 5 курс, фармацевтический факультет

Кафедра фармацевтической технологии

Научный руководитель – асс. Семушкина Н.А.

Молекулярную основу генома человека составляет молекула ДНК - знаменитая «нить жизни», двуспиральная модель, структура которой была гениально предсказана и обоснована в работе нобелевских лауреатов Джеймса Уотсона и Фрэнсиса Крика еще в 1953 году. Фрагменты этой нити и составляют то, что называется генами, то есть кодирующими участками генома, определяющими структуру всех белков организма. Первичная структура молекулы ДНК генома человека анализируется с помощью секвенирования, то есть методов, позволяющих определить точное взаиморасположение пар нуклеотидов в спирали ДНК. В США и Великобритании были разработаны и внедрены гигантские автоматические фабрики по секвенированию генома – геномотроны – обладающие скоростью секвенирования несколько миллионов нуклеотидов в неделю. В настоящее время по некоторым данным в мире секвенируется до 10 миллионов пар оснований в день. Между тем, реальная картина секвенирования генома человека не выглядит столь безоблачной. К июню 2000 года только 20 % генома человека секвенировано более 10 раз, то есть с вероятностью ошибки менее $1 \cdot 10^6$ пар оснований; 70% генома человека просеквенировано менее 10

раз, а 10 % генома (по различным причинам, главным образом, из-за трудностей клонирования в бактериях) еще вообще не секвенировано.

Одним из решающих итогов изучения генома человека является появление и быстрое развитие качественно нового этапа медицинской науки – молекулярной медицины. Идентификация многих тысяч структурных и регуляторных генов, выяснение генной природы и молекулярных механизмов многих наследственных и мультифакториальных болезней, роли генетических факторов в этиологии и патогенезе различных заболеваний, в том числе многих инфекций, доказательство генетической неповторимости каждого индивидуума – вот достижения, составляющие научную основу молекулярной медицины.

По мере стремительного увеличения числа картированных генов, всё более очевидным становится недостаток данных об их функциях, прежде всего, о функциональной значимости тех белков, которые они кодируют. Методы направленного мутагенеза эмбриональных стволовых клеток с целью получения лабораторных животных (мышей) - биологических моделей наследственных болезней, создание банков ДНК различных тканей и органов на разных стадиях онтогенеза, разработка методов изучения функций участков ДНК, некодирующих белки, развитие новых технологий по сравнительному анализу экспрессии многих тысяч генов – уже существующие подходы в решение проблем функциональной геномики-протеомики.

«Генетизация» жизни человека, проникновение генетики не только во все разделы медицины, но и в социальные сферы, нарастающая заинтересованность всех слоёв мирового сообщества в достижениях генетики привела к необходимости решения многочисленных этических, юридических, правовых и социальных проблем, порождаемых успехами в изучении генома человека и понимании его функций. Создаются и действуют программы, направленные на изучение вопросов адаптации человека и общества в целом к восприятию достижений генетики.

Программа «Геном человека» не прекращает существования, она меняет ориентацию: из структурной геномики превращается в функциональную, чтобы понять функции тех генов, которые учёные уже узнали.

СОДЕРЖАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЭКЗОТИЧЕСКИХ ФРУКТАХ

Баренина О.И., 1 курс лечебный факультет

Кафедра общей химии

Научный руководитель: ст. преп. Топилина И.И.

В настоящее время на прилавках магазинов и рынков появилось большое количество плодов экзотических растений. Однако содержание биологически активных веществ в плодах этих растений значительно изменяется при транспортировке и хранении. Также имеет значение то обстоятельство, что плоды в момент сбора еще не достигают стадии созревания. В связи с

этим исследовалось содержание лейкоантоцианов, аскорбиновой кислоты, полисахаридов и отдельных моносахаридов в плодах киви и манго.

Содержание лейкоантоцианов определялось по методике Свайна и Хиллиса и составило в плодах киви 7,96 мг%, а в плодах манго 11,35 мг%. Содержание аскорбиновой кислоты определялось по методике Прокошева, титрованием вытяжки из исследуемых плодов краской Тильманса, и составляло: в плодах киви – 29,18 мг%, а в плодах манго – 6,05 мг%.

Для определения полисахаридов 30 грамм мякоти плодов заливали 100 мл дистиллированной воды и экстрагировали в течении 90 минут на водяной бане при температуре 95-100°C. Фильтрат охлаждали и осаждали полисахариды полуторным объемом 96° этанола. Осадок промывали спиртом и ацетоном, а затем высушивали до постоянной массы. В плодах киви содержалось 0,1502 г ПС на 100 гр сырой массы, а в плодах манго 0,188 гр на 100 гр сырой массы. Полисахариды подвергались гидролизу и разделялись на моносахариды методом бумажной хроматографии. Были выделены следующие моносахариды: галактоза, глюкоза, арбаноza, ксилоза и рамноза.

Таким образом, выявлено, что в плодах манго содержится небольшое количество аскорбиновой кислоты, а из моносахаров в них преобладает арабиноза.

КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ АНТОЦИАНОВ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ КЛЮКВЫ

**Бармина М.Е., Шубкина А.А., 2 курс, фармацевтический факультет
Кафедра общей химии**

Научный руководитель: асс. Скокова И.Г.

Установлено, что содержание антоцианов в клюкве садовой ниже, чем в клюкве болотной – в клюкве садовой $88,9 \pm 6,63$ мг%, а в клюкве болотной – $154,6 \pm 5,6$ мг%. Проведено определение качественного состава антоцианов в плодах клюквы этих двух видов и количественное их содержание в процессе хранения плодов. Качественный состав антоцианов проводили по методике Л.О.Шнайдемана, В.С.Афанасьевой и О.П.Хориной. Навеску массой 2 грамма сухих плодов растирали, а затем проводили экстракцию антоцианов 1% раствором соляной кислоты в 96% этаноле (1:99). Проводили осаждение антоцианов насыщенным раствором ацетата свинца, а полученный фильтрат обрабатывали смесью 1 мл конц. HCl с 15 мл 96% этанола. Выпавший осадок хлорида свинца вновь фильтровали на воронке Бюхнера.

В результате получили 15-16 мл спиртового экстракта антоцианов. Экстракт, полученный из плодов клюквы садовой имел более насыщенный цвет, чем экстракт клюквы болотной. Этот экстракт упаривали до 2-3 мл и проводили 3-х кратное хроматографическое разделение антоцианов методом радиальной хроматографии на бумаге Ленинградской марки «М» при температуре +20-24°C (радиус круга 6 см), используя для разделения

смесь: бутанол – уксусная кислота – вода (4:1:5).

Исследования показали, что антоцианы болотной и садовой клюквы в результате хроматографирования указанным методом разделились на 2 пятна: синее и розовое с $R_f = 0,62-0,64$ и $0,76-0,79$ соответственно, которые являются производными одного и того же антоцианидина. Так как после гидролиза оба пятна дают одно и то же пятно с $R_f = 0,73-0,76$. По величине R_f и флуоресценции пятна в видимом свете - бледно-розовое, в УФ-свете - лилово-розовое, можно предварительно считать, что антоцианы двух видов клюквы являются производными пеонидина, что совпадает с литературными данными (И.А. Карабанов, 1981).

Установлено, что при хранении содержание антоцианов в плодах клюквы садовой продолжается их дозревание, а следовательно, и накопление биологически активных веществ. При этом в плодах клюквы болотной их количество осталось почти на прежнем уровне, а в садовой их уровень возрос до 260,50 мг%. Этот факт, видимо, можно объяснить процессами новообразования антоциановых пигментов в более глубоких тканях плода.

ВЛИЯНИЕ ЗАМОРАЖИВАНИЯ И СРОКОВ ХРАНЕНИЯ ПЛОДОВ НА СОДЕРЖАНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ

Герасимов А.А., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра общей химии

Научный руководитель: асс. Лаксаева Е.А.

В настоящее время во всем мире все более широкое распространение находит применение низких температур как метод хранения продуктов, и в частности плодов. Целью работы было изучение влияния замораживания и сроков хранения плодов на содержание аскорбиновой кислоты (АК). Экспериментальная работа проводилась на плодах ирги обыкновенной. Плоды были подвергнуты заморозке и хранились при температуре -18°C несколько месяцев. Исследования проводились после 3-х, 4, 5, 6, 7, 8 месяцев хранения. Содержание АК в плодах ирги обыкновенной определяли методом титрования с 2,6 – дихлорфенолиндофенолом, по С.М. Прокошеву.

Результаты исследования содержания АК показали, после 3-х месяцев хранения содержание аскорбиновой кислоты в плодах ирги обыкновенной составляет 11,59 мг% т.е. содержание АК снизилось на 52,54% по сравнению с содержанием АК в зрелых плодах (24,42 мг%). После 4-х месяцев - 7,85 мг% , после 5 месяцев - 6,90 мг%, после 6 месяцев - 6,51 мг%, после 7 месяцев - 6,12 мг%, после 8 месяцев - 6,10 мг%.

Таким образом, при замораживании в течение первых 3-х месяцев происходит резкое снижение количества аскорбиновой кислоты в плодах, а при последующем длительном хранении резкого снижения содержания аскорбиновой кислоты не наблюдается.

Зависимость содержания АК от сроков хранения при замораживании отражена на графике (рис. 1).

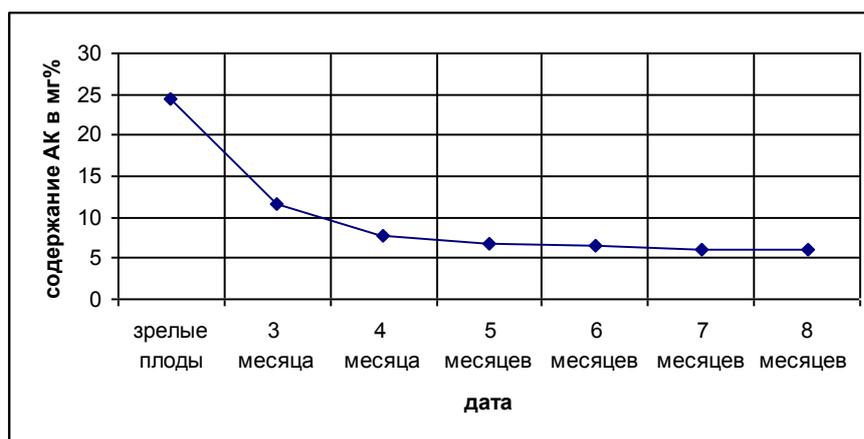


Рис. 1. Зависимость содержания аскорбиновой кислоты от сроков хранения.

Данную зависимость можно объяснить тем, что при замораживании блокируются окислительно-восстановительные процессы, снижается активность микробиологических процессов, снижается активность ферментов, а также активность свободной воды, путем перехода ее в кристаллический лед.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕЙКОАНТОЦИАНОВ В ПЛОДАХ И ЯГОДАХ РАСТЕНИЙ

Гостева А.С., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра общей химии

Научный руководитель: ст. преп. Топилина И.И.

Бесцветные флавоноиды называются лейкоантоцианами. По химическим свойствам они наиболее близки к восстановленным полифенолам – катехинам. Они накапливаются в растениях под влиянием света и при достаточном количестве сахаров.

Лейкоантоцианы служат резервом для образования антоцианов, и при необходимых условиях довольно быстро в них превращаются. Лейкоантоцианы участвуют в окислительных процессах, они способны задерживать окисление растворенной аскорбиновой кислоты, которое протекает очень интенсивно в присутствии ионов меди. Таким образом, предотвращается разрушение витамина С, т.к. лейкоантоцианы образуют с ионами меди комплексные соединения. Лейкоантоцианы совместно с другими реактивными флавоноидами (антиоксидантами) проявляют синергизм с воздействием аскорбиновой кислоты. Лейкоантоцианы принимают участие в создании защитных механизмов растений от неблагоприятных условий.

Целью исследования было определение содержания лейкоантоцианов в плодах клюквы лесной и садовой, в плодах актинидии коломикты и актинидии китайской (киви), а также в бананах, импортируемых из различных стран. Определение проводилось по модифицированной методике Свайна и Хиллиса. Навеску исследуемых плодов массой 2,5 грамма измельчали и экстрагировали 25 мл 50 % этанола при нагревании. Затем 1 мл экстракта добавляли к 9 мл подкисленного бутанола и нагревали в течении 30 минут. Оптическую плотность определяли к кюветам с толщиной слоя 10 мм на

приборе ФЭК- 56-М, светофильтр № 6.

Содержание в антоцианах в исследуемых плодах колебалось от 7,96 мг% в плодах киви до 31,4 мг% в плодах актинидии коломикта; от 60,7 мг% в плодах клюквы садовой до 83,7 мг% в плодах клюквы лесной. В бананах, импортируемых из Коста-Рики содержалось 41,0 мг%, из Эквадора – 37,0 мг%, из Мозамбика – 41,5 мг%.

Таким образом, было определено содержание лейкоантоцианов в плодах и ягодах различных растений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АНТОЦИАНОВ И ЛЕЙКОАНТОЦИАНОВ
В ПЛОДАХ ПОСЛЕ ЗАМОРАЖИВАНИЯ

Кулигин М.В., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра общей химии

Научный руководитель: асс. Лаксаева Е.А.

Экспериментальная работа заключалась в исследовании влияния замораживания на антоцианы (АЦ) и лейкоантоцианы (ЛА), и в определении содержания их после замораживания.

Для этого исследовали плоды ирги обыкновенной, малины, черной смородины. Ягоды были подвергнуты заморозке при температуре -18°C и хранились в течение нескольких месяцев. ЛА определяли по методике Свайна и Хиллиса в модификации Л.И. Вигорова. Количественное их содержание определяли методом фотоэлектроколориметрии на ФЭК-56-М при $\lambda = 540$ нм в кюветах с $l = 10$ мм. Количественное содержание АЦ проводили по цианидину при $\lambda = 540$ нм в кюветах с $l = 5$ мм.

Согласно литературным данным содержание ЛА и АЦ (в пик созревания) в изучаемых плодах составляет: малина ЛА – 87,5 мг%, АЦ - 235 мг%; ирга обыкновенная ЛА - 313,37мг%, АЦ- 360 мг%; черная смородина ЛА – 489,02 мг%, АЦ - 514,62 мг%.

Результаты исследований показали, что при замораживании наблюдается снижение количества АЦ, ЛА в плодах, не смотря на то, что замораживание снижает процессы распада и сохраняет структуру плода.

Так, например: в малине содержание ЛА снизилось в 1,36 раза (63,9 мг%), АЦ - в 2,68 раза (87,5 мг%).

В ирге содержание ЛА снизилось в 1,6 раза (197,67мг%) , АЦ - в 2,5 раза (147,5мг%).

В смородине содержание ЛА снизилось в 1,31 раза (370,86мг%), а АЦ - в 2,1 раза (245мг%).

Результаты исследования приведены на графике (рис. 1).

Таким образом, проведены исследования по изучению влияния замораживания на содержание БАВ в плодах ирги обыкновенной, малины, черной смородины.

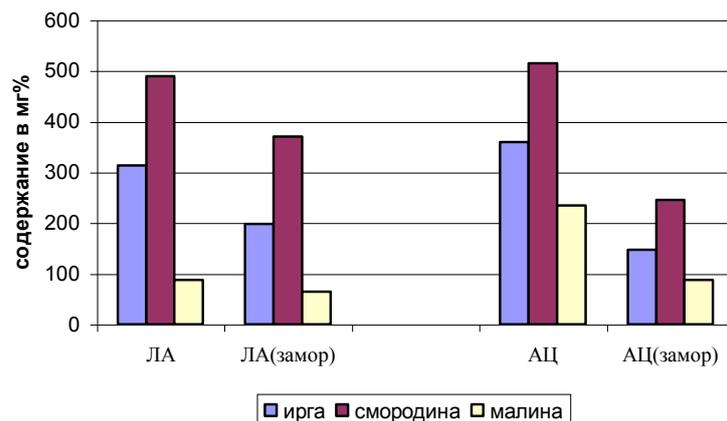


Рис. 1. Содержание антоцианов и лейкоантоцианов в плодах.

ПОЛИСАХАРИДЫ ПЛОДОВ КЛЮКВЫ

Наумова Т.А., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра общей химии

Научный руководитель: доц. Мартынов Е.Г.

В литературе имеются сведения по химическому составу плодов клюквы четырехлепестной, по клюкве садовой имеются лишь единичные данные. Что же касается ее полисахаридов, то сведения о них отсутствуют. Это и послужило предметом исследования.

Водорастворимые полисахариды (ВРПС) выделяли из предварительно подготовленных, измельченных сырых плодов (массой 30 грамм) горячей водой при температуре 90-95°C в течение 1,5 часов. Экстракт фильтровали и осаждали полисахариды (ПС) 1,5-ным объемом 96%-ного этанола. Осадок ПС отделяли, промывали этанолом, ацетоном. Количество уранового ангидрида в них определяли методом комплексометрического титрования, гидролиз проводили 1н H₂SO₄. Гидролизаты затем нейтрализовали BaCO₃ и исследовали методом бумажной хроматографии (система растворителей: бутанол-1 – уксусная кислота – вода (4:1:5); время хроматографирования: 56–57 часов).

Нейтральные сахара проявляли анилинфталатом 10 минут в термостате при 105-110°C. Количественное содержание нейтральных сахаров определяли фотоэлектроколориметрическим методом Зайцевой и Афанасьевой (ФЭК-56-М; $l = 5$ мм; $\lambda = 400$ нм). Статистическую обработку проводили по П.Ф. Рокицкому. Хроматографическое исследование ПС показало, что они состоят из 7 моносахаридных компонентов: D-галактуроновой кислоты, D-галактозы, D-глюкозы, L-арабинозы, D-ксилозы, L-рамнозы и одного не идентифицированного, содержащегося в следовых количествах моносахарида, хроматографически более подвижного рамнозы.

Таким образом, из плодов клюквы садовой выделены ВРПС, содержание которых в пересчете на сырую массу плодов составляет 0,31%. Установлен

качественный и количественный состав моносахаридных компонентов. Высокое содержание уренового ангидрида (79,60 %) позволяет отнести ПС клюквы садовой к классу пектиновых веществ.

ДУШИСТЫЕ ВЕЩЕСТВА

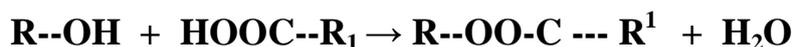
**Салах Мохаммед Уассим, 3 курс фармацевтический факультет
Кафедра общей химии**

Научный руководитель: доц. Фролова М.А.

В странах Востока признаком богатства были – золото, серебро, драгоценные камни, а также душистые вещества. Много веков назад арабы уже умели получать различные душистые вещества из растений и выделений животных. В парфюмерных лавках восточных базаров торговцы предлагали богатый выбор душистых веществ. Для постоянных покупателей торговцы готовили индивидуальные смеси душистых веществ. Душистые вещества содержатся в растениях в виде маленьких капелек в особых клетках. Они встречаются в цветках, в листьях, в коже плодов, а иногда даже в коре растений. Содержание эфирных масел может быть от 0,1% до 10%.

Эфирные масла можно получить, экстрагируя их из растений спиртом. Но самые ценные душистые вещества получают, когда в закрытую камеру помещают слой цветов, затем – слой твердого животного жира и так далее. При таком способе жир содержит растворенные в нем эфирные масла. Еще один способ получения эфирных масел – перегонка с водяным паром. Чистые эфирные масла летучи только при высокой температуре и при кипении они могут разлагаться. Но если через массу растений пропустить водяной пар, то эфирное масло улетит вместе с паром. А затем в виде капелек оно соберется в дистилляте. Эфирные масла имеют низкую плотность, поэтому плавают на поверхности воды. Но получать душистые вещества такими способами очень дорого.

Многие душистые вещества относятся к классу сложных эфиров. Эфиры часто встречаются в природе и имеют самые разнообразные запахи – от запаха тропических орхидей до аромата яблок и груш. Эти соединения можно легко синтезировать. Сложные эфиры образуются при взаимодействии спиртов и карбоновых кислот, при этом отщепляется вода:



Реакция быстро идет, когда в смеси есть катализаторы и вещества, которые отнимают воду. Поэтому смесь спирта и карбоновой кислоты длительно кипятят вместе с серной кислотой. Если серная кислота разлагает исходные органические вещества, то в реакционную смесь добавляют хлороводородную кислоту или безводный хлорид цинка.

Таким образом, были получены этиловые эфиры метановой, этановой, пропановой и бутановой кислот, имеющие разнообразные запахи.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛИФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИХ
В ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

**Аквеч Самюэль, 2 курс, фармацевтический факультет
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии**

Научный руководитель: асс. Кулешова Л.Н.

К полифенольным соединениям относятся арены, которые содержат в структуре две и более оксигруппы.

Среди них различают: фенольные кислоты, флаваноиды; лигнаны; стильбен; меланины; лигнины; гуминовые вещества. В свою очередь фенолокислоты подразделяются на: синаповые кислоты (кофейная, ферруловая); бензойные кислоты (галловая); эллагитанины (сангвин Нб).

Среди флаваноидов различают: флавонолы (квертицин, силибинин); флавоны (лютеолинб апигенин); изофлавоны (генистейн), флаваноны (гесперидин); флаванолы (катехин, эпикатехин); катехины (мономеры-галло катехин); проантоцианидины (полимеры-процианидины); антоцианины (цианидин).

Полифенольные соединения широко распространены в природе и многие из них используются человеком в качестве необходимых продуктов питания, так как организм человека не может синтезировать соединения данного строения из ациклических продуктов.

Основы научных представлений о свойствах полифенольных соединений и их функциях в организме были заложены венгерским биохимиком Сент-Дьерди.

В настоящее время эти соединения привлекают всё большее внимание ученых и клиницистов в связи с широким спектром их фармакологической активности. Они способны предупреждать развитие онкологических заболеваний, атеросклероза, болезней сердечно-сосудистой и эндокринной системы.

Одним из основных свойств полифенолов является их антиоксидантное действие. Оно наиболее выражено у флавоноидов и стильбенов. Данные соединения либо сами взаимодействуют со свободными радикалами, либо участвуют в восстановлении активности других оксидантов.

Полифенолы, особенно лигнин и гуминовые вещества, связывают токсические вещества. Это действие основано на способности их образовывать комплексы с ионами металлов, белков, полисахаридов. Флавонолы (кверцетин) и флаваноны (геспердин) оказывают антиаллергическое действие, так как снижают высвобождение гистамина за счет прекращения перехода ионов кальция в клетку.

Последующее изучение структуры и механизмов действия является очередным этапом на пути продвижения данного класса органических соединений к дальнейшему клиническому применению.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ НЕПАТЕНТОВАННЫЕ НАЗВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОВ:
ИХ ЗНАЧЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

**Экотто Ги, 4 курс, фармацевтический факультет
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии
Научный руководитель: асс. Кулешова Л.Н.**

Современный мировой фармацевтический рынок насыщен лекарственными средствами, способными удовлетворить любые потребности фармакотерапии, но специалистам трудно ориентироваться в таком объёме.

Одной из основных информационных характеристик лекарственного средства является международное непатентованное наименование (МНН) действующего вещества, которое входит в состав препарата.

Международная номенклатура фармацевтических субстанции в виде МНН позволит четко идентифицировать действующее вещество и осуществить обмен информацией между специалистами и учёными всего мира посредством единого названия. Это позволит систематизировать номенклатуру лекарственных средств по основному критерию наличию в препарате действующего вещества. В настоящее время они зарегистрированы под многочисленными торговыми названиями фармацевтических фирм. Создание и введение МНН является одним из направлений деятельности ВОЗ.

С целью адекватного выбора простого информативного названия ВОЗ сотрудничает с национальными органами стран мира (Фармакопейными комитетами и номенклатурными агентствами). В некоторых странах регулярно издаются официальные справочники принятых непатентованных наименований субстанций. Работа, связанная с выбором МНН, относится в первую очередь к новым оригинальным лекарственным средствам.

В настоящее время организации разработки готовят документацию на лекарственное средство в соответствии с действующей процедурой и международными требованиями на бланках ВОЗ и направляют в эту организацию для утверждения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В КАЧЕСТВЕ
АНАЛИТИЧЕСКИХ РЕАГЕНТОВ

**Нгуен Фан Хонг Ань, 2 курс, фармацевтический факультет
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии
Научный руководитель: асс. Кулешова Л.Н.**

Полифенольные соединения широко используются в практике в качестве аналитических реагентов. Например, фенолфталеин применяется как кислотно-основной индикатор. При взаимодействии с разбавленными растворами щелочей образуется окрашенный дианион хиноидной структуры. В сильнощелочной среде наблюдается обесцвечивание раствора, так как

образуется тринатриевая соль, в которой кольца не сопряжены между собой. В качестве индикаторов используется ксиленовый оранжевый (при количественном определении солей висмута), а также эриохром черный – для количественного определения солей кальция и магния.

В ряде случаев в качестве реагента используют резорцин. Во-первых, он дает положительную реакцию Раймера-Тимана с хлороформом. Во-вторых, он может образовывать окрашенные комплексы с солями железа. В-третьих, в присутствии концентрированной серной кислоты он участвует в образовании ауринового или арилметанового красителя с препаратами, имеющими альдегидную группу, или образующими ее при гидролизе. Например, при гидролизе стрептомицина образуется L-стрептоза, которая имеет свободную альдегидную группу и в присутствии концентрированной серной кислоты с резорцином образует краситель вишнево-красного цвета. Подобная окраска образуется при гидролитическом расщеплении анальгина дихлотиазид, гексаметилентетрамина и других лекарственных средств.

Метилпроизводное резорцина - Орцин используется в качестве реактива на каноницин. В присутствии концентрированной хлороводородной кислоты происходит его гидролиз с образованием 5-аминофурфурола, который в присутствии хлорида железа и орцина образует ауриновый краситель зеленого цвета. Все полифенольные соединения в щелочной среде дают положительную реакцию азосочетания с аминопроизводными, которыми являются такие препараты, как, например, производные парааминобензойной кислоты, парааминобензолсульфамиды.

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТРАВЛЕНИЙ
ПСИЛОЦИБИНСОДЕРЖАЩИМИ ГРИБАМИ

**Желнеева Т.А., 4 курс, фармацевтический факультет
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии
Научный руководитель: доц. Громова З.Ф.**

Псилоцибинпродуцирующие грибы привлекли внимание ученых с середины XX века, когда ряд исследователей обратили внимание на то, что индейские племена в Центральной и Южной Америке используют эти грибы в культовых обрядах с целью получения галлюциногенного эффекта.

Швейцарскому ученому А.Гофману удалось выделить содержащееся в этих грибах активное вещество, названное им псилоцибином. Позже был выделен псилоцин, представляющий собой дефосфорилированный псилоцибин. Токсическое действие псилоцибина во многом напоминает токсический эффект, возникающий при отравлении ЛСД, но в отличие от последнего симптомы поражения псилоцибином проявляются раньше, действие более кратковременное. У потерпевших чаще отмечаются эйфория и выраженные вегетативные расстройства.

Механизм токсического эффекта псилоцибина объясняет наиболее рас-

пространенная серотониновая теория, в основе которой лежит структурное сходство псилоцибина и серотонина. Это позволяет высказать предположение о взаимодействии данных соединений с одними и теми же биологическими структурами головного мозга. Психической зависимости к данным галлюциногенам не отмечается, однако возможно появление психологической зависимости, что приводит к повторному использованию этих препаратов для «повышения» умственной деятельности.

Разработана методика судебно-химического исследования наркотических компонентов в плодовых телах псилоцибинсодержащих грибов. Извлечение псилоцибина и псилоцина проводится экстракцией вводно-спиртовой смесью и метанолом. Для их обнаружения в полученном экстракте применяют метод ТСХ и хромато-масс-спектрометрию.

В методе ТСХ в качестве подвижной фазы используют систему растворителей: н-бутанол – уксусная кислота – вода (2:1:1). Детекцию пятен веществ на хроматографической пластинке проводят реактивом Эрлиха. При этом псилоцибин образует розовое, переходящее в фиолетовое пятно.

В хромато-масс-спектрометрии разделение компонентов пробы проводится на кварцевой капиллярной колонке с диметилсиликоновой неподвижной фазой. В качестве подвижной фазы используется гелий.

Детектирование разделенных в хроматографической колонке соединений проводят по характерным для масс-спектров псилоцина и псилоцибина ионам. Псилоцин идентифицирован по пику масса/заряд иона = 204.

Количественный анализ проводят методом ВЭЖХ. Установлено, что среднее содержание псилоцибина в исследуемых грибах составляет 13% от массы сухого образца.

ИЗУЧЕНИЕ АДсорбЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ НЕКОТОРЫХ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПОЛИСАХАРИДОВ

**Вознесенская М.М., Сударикова И.В., 4 курс, фармацевтический факультет
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии**

Научный руководитель: доц. Чекулаева Г.Ю.

Перспективными антидотами могут быть полисахаридные комплексы и отдельные фракции полисахаридов, особенно пектины, которые наряду с проявляемыми эффектами природных детоксикантов, вызывают ускорение эвакуации кишечного содержимого. Целью работы является экспериментальное изучение адсорбционной способности растительных полисахаридов и их фракций, а также обоснование возможности использования этих веществ для связывания ионов токсичных металлов.

В качестве объектов исследования выбраны изученные водорастворимые полисахариды соцветий липы сердцевидной и слоевищ ламинарии, а также полученные при их фракционировании пектиновые вещества и г-мицеллюлоза В. В качестве препарата сравнения при изучении сорбцион-

ной способности полисахаридов использовали микрокристаллическую целлюлозу, так как из нее налажено производство прессованных форм пищевого и медицинского назначения, а высокая адсорбционная способность микрокристаллической целлюлозы позволяет эффективно выводить из организма вредные вещества. В качестве солюбилизатора был выбран краситель метиленовый синий в концентрации 0,01%. После экспозиции полисахарида с красителем в течение 1 часа, фильтраты фотоколориметрировали на фотоколориметре КФК-3 при длине волны 668 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм. В качестве раствора сравнения использовали воду очищенную.

Экспериментально установлено, что водорастворимые полисахариды и их фракции, выделенные из соцветий липы сердцевидной и слоевищ ламинарии, обладают адсорбционной способностью, которая в 1,5-1,8 раз выше, чем адсорбционная способность микрокристаллической целлюлозы. Это дает основание для дальнейшего изучения указанных растительных полисахаридов как энтеросорбентов.

Вторая часть исследования была посвящена изучению комплексообразующей способности полисахаридов. Наличие свободных карбоксильных групп у водорастворимых полисахаридов и пектиновых полимеров обуславливает их способность образовывать нерастворимые соли с поливалентными, в том числе тяжелыми и радиоактивными металлами и выводить их из организма при экологических и профессиональных интоксикациях. Для оценки комплексообразующей способности водорастворимых полисахаридов использовали комплексонометрическое определение избытка ионов свинца, не связавшихся с полисахаридом в течение одного часа. Комплексообразующую способность выражали в мг ионов свинца, связанного 1 г полисахарида. Установлено, что водорастворимые полисахариды, выделенные из соцветий липы сердцевидной и слоевищ ламинарии, образуют комплексы с ионами свинца, что подтверждает перспективность их применения в качестве антидотов при интоксикации соединениями металлов.

Таким образом, растительные полисахариды и их отдельные фракции обладают высокой сорбционной и комплексообразующей способностью и могут быть предложены в качестве перспективных сорбентов и антидотов для применения в медицинской практике.

МЕТОДЫ АНАЛИЗА НЕКОТОРЫХ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ АЛКАЛОИДОВ
КАТАРАНТУСА РОЗОВОГО

**Шишкин Е.Г., 3 курс, фармацевтический факультет
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии
Научный руководитель: асс. Мельникова Я.В.**

Винбластин и винкристин представляют собой димерные индольные алкалоиды катарантуса розового (*Catharanthus roseus* (L.) G. Don), обладающие способностью денатурировать тубулин – основной белок микро-

трубочек клетки. Катарантус розовый издавна применялся в народной медицине тропических и субтропических стран при лечении диабета, гипертонии, кровотечений, цинги, зубной боли. В 60-х годах XX века была обнаружена возможность использования алкалоидов катарантуса розового при лечении некоторых опухолевых заболеваний.

Вместе с первыми сообщениями о выделении винбластина и винкристина из катарантуса розового появились и методы их анализа.

Качественный анализ. Так как цветные реакции, даже в их комбинациях между собой и с другими методами, не позволяют уверенно идентифицировать винбластин и винкристин, их все реже применяют для этой цели. Общеизвестно, что УФ-спектры не могут использоваться как однозначное доказательство подлинности веществ, так как многие химические соединения имеют сходные УФ-спектры. Более доказательными являются ИК-спектры веществ. Отдельные физико-химические характеристики винбластина и винкристина не являются однозначным доказательством подлинности исследуемых веществ. Однако их совместное использование и привлечение некоторых дополнительных методов позволяет достаточно уверенно идентифицировать винбластин и винкристин.

Количественный анализ. Спектральные методы количественного определения винбластина и винкристина использовались главным образом в ботанико-химических исследованиях катарантуса розового.

Методы ВЭЖХ обладают достаточно высокой точностью и чувствительностью, но предъявляют довольно высокие требования к предварительной очистке образца. Значительно более простой и быстрой стадией пробоподготовки обладают иммунные методы анализа. Кроме того, они позволяют проводить большое количество анализов практически одновременно. Вместе с тем, иммунные методы требуют большой подготовительной работы, связанной с получением иммуногенного конъюгата и выделением высокоспецифичных и активных антител. Кроме того, иммунные методы обладают несколько меньшей точностью, чем методы ВЭЖХ.

Ситуация в области разработки и использования этих методов практически стабилизировалась. Спектроскопические методы практически вытеснены методами ВЭЖХ и иммунными, причем области применения и, следовательно, количество публикаций, использующих иммунные методы анализа, заметно уступают методам, основанным на ВЭЖХ.

Можно предположить, что в дальнейшем еще довольно продолжительное время будет наблюдаться сосуществование методов количественного определения винбластина и винкристина с помощью ВЭЖХ и иммунных методов. Методы ВЭЖХ распространены в тех случаях, когда нужно знать, возможно более точное содержание винбластина и винкристина в том или ином образце. Иммунные методы будут применяться в тех случаях, когда нужно, пусть и не столь точно, но быстро узнать содержание этих алкалоидов в большом массиве анализируемых образцов.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ МАРКЕТИНГ: ВОПРОСЫ УСТОЙЧИВОГО СБЫТА МЕДИКАМЕНТОВ
Филиппова В.И., 4 курс, фармацевтический факультет
Кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФПДО
Научный руководитель: доц. Кузнецов Д.А.

Стремительное увеличение количества аптек вынуждает всех участников розничного звена товаропроводящей сети всерьез задуматься о том, как упрочить свои позиции на фармацевтическом рынке. Этот рост в итоге будет оптимизирован рыночными механизмами саморегуляции. При этом смогут выжить наиболее конкурентоспособные – те, кто сможет предоставить более качественные услуги по наиболее приемлемым для потребителей ценам. В этой связи проблема поддержания конкурентных преимуществ аптечной организации становится одной из наиболее значимых для ее последующего благополучия.

Основная часть нашей работы посвящена вопросам устойчивого сбыта медикаментов в аптеке. Устойчивый сбыт медикаментов – это процесс, эффективность которого во многом обусловлена оптимальным сочетанием целого ряда факторов, обеспечивающим в итоге непрерывный процесс продаж на рынке. На платежеспособный спрос, на макроэкономическую ситуацию, а также на инфляционные ожидания повлиять трудно, остальные, не менее важные для успешной коммерческой деятельности особенности вполне доступны для действенного регулирования.

Этими факторами являются: ассортиментная политика, отслеживание деятельности конкурентов, репутация розничного предприятия, ценовые и неценовые факторы конкуренции, дифференцированный сбыт маловостребованной номенклатуры медикаментов. Были рассмотрены каждый из этих факторов в отдельности на примере одной из аптек сети ООО «Спрэй» города Рязани. На практике оказалось, что в работе данного аптечного учреждения успешно сочетаются основные правила ведения фармацевтического маркетинга, что способствует ее успеху как розничного предприятия. Организация устойчивого сбыта медикаментов в исследуемой аптеке является сильной стороной ее маркетинговой деятельности. Приемы работы аптеки «Спрэй» представляют интерес не только с теоретически познавательной точки зрения, но и могут быть полезными для дальнейшей работы.

Были рассмотрены далеко не все элементы, составляющие фармацевтический маркетинг в аптечном учреждении. Планируется продолжить исследования в этой области, провести более полное маркетинговое исследование с учетом внешних и внутренних составляющих комплекса маркетинга, собрать как можно больше данных для дальнейшего аудита, ситуационного анализа, разработки плана маркетинга по укреплению рыночных позиций аптеки, улучшению взаимоотношений с потребителями. При завершении работы будет обобщена полученная информация и разработаны технологические стандарты оптимального ведения товаропроводящего бизнеса в аптечном учреждении на основе принципов логистики.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АПТЕКИ ПО ОТПУСКУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
Биби Мохамед, 5 курс, фармацевтический факультет
Кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФПДО
Научный руководитель: ст. преп. Корецкая Л.В.

Основным объектом деятельности аптеки является лекарственное средство. В связи с этим целью нашего исследования является изучение основных понятий, связанных с лекарственными средствами, и правил работы с ними, принятыми во Франции и соответственно, во франкоязычных странах. Были изучены основные классификации лекарственных средств, формы рецептурных бланков, правила выписывания и регистрации рецептов, правила оформления лекарственных препаратов и отпуска из аптеки.

Проведенный анализ показал, что имеются различия в работе аптек по отпуску лекарственных средств во Франции и франкоязычных странах и России. Отличаются формы рецептурных бланков и правила выписывания рецептов, этикетирование лекарственных средств, порядок отпуска из аптеки. У этих отличий есть и положительные, и отрицательные стороны. Так, не совсем рациональным является наличие в России списков А и Б лекарственных средств. Ограниченная цветовая гамма, применяемая при этикетировании магистральных препаратов во Франции, отсутствие фамилии больного на этикетке могут способствовать возникновению ошибок при отпуске лекарственных средств.

Регистрация в журнале подробных сведений об отпускаемых лекарственных средствах во Франции и франкоязычных странах не только аптечного изготовления, но и заводского производства, с одной стороны, увеличивает затраты времени по приему рецептов, а с другой стороны, способствует осуществлению более тщательного контроля за применением лекарственных средств.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОГНОЗОВ АПТЕЧНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
Мизенко С.С., 5 курс, фармацевтический факультет
Кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФПДО
Научный руководитель: ст. преп. Корецкая Л.В.

Объем реализации лекарственных средств является показателем, который формирует многие экономические показатели аптеки. Для прогнозирования объема реализации аптечного учреждения рекомендована методика изучения тенденции в прошлом периоде на основании среднегодового прироста показателя. Необходимо отметить, что эта методика отличается некоторой некорректностью. Например, причиной невыполнения плана объема реализации в определенном периоде может стать завышенное плановое задание. Целью исследования явилась оценка плановых заданий объема реализации аптечных учреждений с учетом показателя напряженности.

Исследование проводилось на базе аптечных учреждений Тамбовской области. В исследовании была использована модель, учитывающая выполнение плана, напряженность планового задания и индекс роста показателя.

Трехмерный графический анализ «рост объема реализации – выполнение плана – напряженность» позволяет получить комплексную оценку динамики развития планируемого показателя и мотивационного действия текущего планирования. В зависимости от заданной напряженности плана и показателя его выполнения результаты деятельности будут позиционированы в одной из шести областей, характеризующих выбранную тактику развития: поддержание роста, стимулирование роста, непрогнозируемое падение, управляемое падение, бонусирование при падении, усиление бонусирования роста.

Анализ данных показал, что результаты деятельности аптечного учреждения позиционируются в первой области – поддержание роста. Это означает, что аптека имеет прогрессивные планы объема реализации (с учетом напряженности), отвечающие ее текущим возможностям.

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАСТЕНИЯ
СМОЛЁВОЧКИ МЕЛКОЦВЕТКОВОЙ

Старикова В.В., 3 курс, Белоус С.О., 4 курс, фармацевтический факультет

**Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники
Научный руководитель: асс. Ерофеева Н.С.**

Род *Otites* Adans. сравнительно недавно был выделен из рода *Silene* L. Ранее эту группу определяли как подрод *Otites* (Adans.) Schischk., относящийся к роду *Silene* L. *O. parviflora* Grossh. обитает на песчаных, часто очень бедных почвах, по железнодорожным насыпям, сухим сбитым лугам, залежам, зарастающим пескам. Растения рода *Otites* Adans. являются перспективными источниками фитоэкдистероидов – ценных БАВ, обладающих уникальными свойствами с точки зрения применения в медицинской практике препаратов на их основе.

Микроскопическое строение вида *Otites parviflora* Grossh. недостаточно полно изучено и важно рассмотреть его для выявления значимых микродиагностических признаков. Был изучен поперечный срез через стебель растения. Стебель округлый, покрыт однослойным эпидермисом, покрытым кутикулой. Волоски простые 2-3 клеточные. Коровая паренхима состоит из 3-4 слоёв тонкостенных изодиаметрических клеток. Ниже располагается однослойная эндодерма (крахмалоносное вместилище). Далее следует мощный слой склеренхимы перидицического происхождения с ясно выраженными поровыми каналами. Внутри от склеренхимы располагается тонкий слой флоэмы и камбий. За камбием ксилема с волокнами либриформа. Строение стебля непучковое. В центре молодого стебля располагается сердцевина, состоящая из толкостенных паренхимных клеток. По

мере роста в центре стебля формируется воздушная полость. Паренхимные клетки коры и сердцевины стебля содержат друзы оксалата кальция.

Листья имеют дорсовентральное строение, столбчатый мезофилл состоит из одного-двух слоёв, далее следует 3-4-слойный губчатый мезофилл с ясно видимыми межклетниками, сосуды жилок со спиральными утолщениями, обкладка проводящих пучков состоит из склеренхимы. Как в листьях большинства гвоздичных здесь присутствуют сравнительно крупные друзы оксалата кальция. При изучении эпидермиса розеточных и стеблевых листьев было выяснено, что основные клетки эпидермиса изодиаметрической формы. Клеточная стенка извилистая. У стеблевых листьев по мере их развития извилистость клеточной стенки возрастает, у розеточных листьев она менее извитая, а также имеет четковидные утолщения. Устьичный аппарат характерного для *Caryophyllaceae* Juss. диацитного типа, когда замыкающие клетки окружены двумя околоустьичными, смежные стенки которых располагаются под прямым углом к длинной оси устьица. Но также встречаются устьица нетипичного для этого семейства анизокитного типа, когда устьице окружают три околоустьичные клетки, при этом одна из них гораздо мельче, чем две другие.

На верхнем и нижнем эпидермисе листа располагаются простые кроющие волоски – трихомы, состоящие из одной, или 2-3-4 клеток, расположенных в один ряд. У верхних стеблевых листьев, располагающихся ближе к соцветию, преобладают 2-, а у нижних стеблевых и листьев прикорневой розетки 3-, 4-клеточные трихомы. Форма волосков коленчатая, она образуется когда каждая следующая за базальной клетка формируется под углом к основанию. Терминальная клетка волоска имеет коническую форму с более-менее острым или округлым концом. Поверхность трихом неровная, она имеет бугорчатые выросты – протуберанцы. Распределение протуберанцев по поверхности 2-3-4-клеточных волосков равномерное, но они чётче заметны на трихомах зрелых листьев. Крючковиднозагнутые одноклеточные волоски края листа, а также одно-многоклеточные волоски цветоножки не имеют протуберанцев, их поверхность гладкая. Основные клетки эпидермиса и трихом покрыты ясно видимой кутикулой. В целом опушение растения можно охарактеризовать как шероховатое.

При сравнительном анализе микродиагностических признаков растений родов *Silene* L., *Otites* Adans., *Oberna* Adans. и др. выявляются значимые отличия, что позволяет в дальнейшем разрабатывать материалы для стандартизации лекарственного растительного сырья и идентифицировать его в составе сборов.

РАЗДЕЛ II. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

**БОЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОАКТИВНОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ С ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Соколов П.В., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра госпитальной хирургии

Научный руководитель: проф. Тарасенко С.В.

Среди гормональноактивных опухолей поджелудочной железы выделяют опухоли островков и карциноидные опухоли, возникающие из клеток APUD-серии вне островков. Карциноиды встречаются довольно редко. На 176000 операций наблюдалось 138 карциноидов (Орлов), локализованных в ПЖ-0,03% всех карциноидов, встречаются единичные указания на карциноиды, протекающие с гипогликемическим синдромом. Инсулинома диагностируется с частотой 1 больной на 1 млн. населения в год.

Больной 18 лет, поступил в БСМП 9 июня 2005 г. с жалобами на периодические приступы обморочного состояния, возникающие натощак. Проведено обследование, выставлен диагноз: Инсулинома ПЖ. Выполнена ПСПДР с техническими сложностями (рыхлая ткань ПЖ, холедох 2мм d кровотечение из ветви воротной вены, кровопотеря ~ 4 л). На вторые сутки открылось кровотечение из передней губы ПЕА, для доступа разобщен ХЕА. Кровотечение остановлено наружным обвивным швом; наложен холецистоюноанастомоз (кровопотеря ~ 4л). Гистология: Злокачественный карциноид. Относительно препарата впоследствии были получены консультации на кафедрах патологической анатомии и гистологии и биологии РязГМУ. Заключение: Инсулинома ПЖ.

Окончательная диагностика очень редкого заболевания, важная для тактики и прогноза, затруднительна. Несмотря на технические сложности, операция была выполнена радикально. Важна своевременная диагностика кровотечения в послеоперационном периоде и стабилизация гемодинамики и показателей красной крови после объёмной кровопотери (8 л за 2-е суток).

**ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ
С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

Зубрильчев И.В., Кузьменко Л.В., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра госпитальной хирургии

Научный руководитель: проф. Тарасенко С.В.

Проблема лечения деструктивного панкреатита продолжает привлекать внимание хирургов. Летальность от этого заболевания даже в ведущих специализированных клиниках достигает 13% и более. Рациональные сроки выполнения, объём, содержание и эффективность хирургических вмешательств при тяжёлом течении ДП являются предметом активного изучения.

Целью исследования было выявить факторы, оказывающие влияние на

течение послеоперационного периода (летальность, число койко-дней) больных с панкреонекрозом. Было проанализировано 100 историй болезни пациентов с диагнозом панкреонекроза прооперированных в БСМП за 2003- 2005 год. Диагноз верифицирован во время операции. Сроки выполнения вмешательств: 2-2,5 недели с момента заболевания. Летальность в общей группе исследования составила 32%. Антибиотиком (а/б) первого ряда у 96% исследуемых применяли цефтриаксон со стиханием гнойных процессов у 14%. А/б второй очереди являлись амоксиклав, амикацин, цефтриаксон, фторхинолоны. По результатам посева наиболее активным против бактерий оказались фторхинолоны. Были выделены сравнимые три группы больных (по 14 в каждой): в 1-й вторым, а/б назначали полусинтетические пенициллины со стиханием гнойных процессов от 10 дней до 20 и более, во 2-й цефтриаксон - от 7 до 12 дней, в 3-й - фторхинолоны - от 3 с мах до 6 дней. Можно рекомендовать применять в качестве препаратов первой очереди а/б группы цефалоспоринов, а препаратами резерва – фторхинолоны. При назначении сандостатина у больных, поступивших в клинику до 12 часов от начала заболевания, впоследствии на операции были выявлены очаговые участки некроза, при не использовании препарата субтотальные и тотальные формы панкреонекроза. Для исследования дооперационного состояния больные были разделены на две группы с оценкой следующих параметров: ЧСС, ЧД, общ. белок, ЛИИ. В первой группе (59%) послеоперационный период протекал благополучно, где средние величины исследуемых нами параметров составили: ЧСС 98 ± 7 уд/мин, ЧД 20 ± 3 в мин, общ. белок 68 ± 5 г/л, ЛИИ $5 \pm 1,5$. Вторую группу (41%) составили больные с длительным реанимационным послеоперационным периодом (9%), либо летальным исходом (32%). Здесь средние величины составили: ЧСС 125 ± 9 уд/мин, ЧД 28 ± 3 в мин, общ. белок 55 ± 4 г/л, ЛИИ 9 ± 2 . В результате усреднения показателей 1 и 2 групп были получены крайние величины: ЧСС - до 116 в мин., ЧД - до 25 в мин, общ. белок - до 57г/л., ЛИИ-до 7 ед. При показателях до операции, превышающих данные цифры, в случае выполнения обширных объёмов операции наблюдалась высокая летальность-67%. При тех же величинах, но минимальных методах дренирования летальность была значительно ниже - 21%. При показателях до операции ниже приведенных цифр, при любом объёме операции летальность составила 13%. Учитывая комплексную оценку приведенных параметров, следует отметить нецелесообразность больших объёмов вмешательств при тяжёлом состоянии больного, а рекомендовать малоэтапные операции.

Основой лечения ДП является многокомпонентная терапия. Высокоэффективно применение сандостатина, особенно на ранних стадиях, когда препарат позволяет уменьшить тяжесть панкреатита и распространённость некроза ПЖ и ЗК. Очень важным моментом лечения является проведение целенаправленной антибактериальной терапии. При определении характера вмешательств целесообразно учитывать предложенный комплекс параметров.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНЫХ ШВОВ

Соколов П.В., 5 курс, лечебный факультет**Кафедра госпитальной хирургии****Научный руководитель: асс. Соколова С.Н.**

Актуальность проблемы: несостоятельность анастомозов в хирургии ЖКТ достигает 30%. Летальность при несостоятельности до 50%. Нет единого мнения в выборе наиболее безопасного шва.

Однорядные: узловой (ОУШ), обвивной (ОНШ); двухрядный швы (ДШ) сравнивались клинически и экспериментально. Механическая герметичность швов сравнивалась методом пневмопрессии. Опущенный в воду участок кишечной трубки с анастомозом герметично присоединялся к системе состоящей из нагнетателя воздуха и манометра. В просвет нагнетался воздух, появление пузырьков воздуха по линии анастомоза указывало на нарушение его герметичности, регистрировалось давление, при котором это происходит.

Максимальное давление для всех видов швов оказалось примерно одинаковым. Второй ряд швов при выполнении анастомоза ДШ, не даёт дополнительной механической прочности. По литературным данным, при изучении герметичности анастомозов *in vivo*, на третьи сутки прочность ДШ в 1.5 раза ниже однорядных. Биологическая герметичность ОУШ наступает на 8 сутки, ОНШ на 7-е, ДШ на 14-е.

При гистологическом исследовании анастомоза, выполненного ДШ, наблюдается выраженный тканевой валик, некроз и изъязвления слизистой, очаги воспаления обнаруживаются на 30-е сутки; ОУШ – эти явления выражены значительно меньше. При выполнении однорядного непрерывного шва, некротических изменений не наблюдается, полная эпителизация происходит на 14-е сутки.

Также на характер заживления влияет качество шовного материала: при использовании капрона на травматической игле- несостоятельность 16.6%, а при использовании мононити на атравматической игле – 1.1% (В.В.Юрлов). При наложении анастомоза ОНШ в условиях отёка ткани, в послеоперационном периоде при уменьшении явлений отёка швы провисают и возникает несостоятельность.

Было проанализировано 60 случаев наложения анастомозов: ДШ (всего 11)- несостоятельность в 5 случаях, ОНШ (всего 7)- несостоятельности нет, ОУШ (всего 42)- в 3 случаях. По сводной статистике в России несостоятельность ДШ возникает в 4.3-23% случаев, ОШ – 0-9%.

Выводы:

1. При выполнении межкишечного анастомоза необходимо использовать однорядные швы.
2. Двухрядный шов не использовать.
3. При наложении анастомоза применять рассасывающиеся мононити на атравматической игле.
4. При измененной кишечной стенке применим ОУШ.
5. При интактной кишке лучше использовать ОНШ.

ВНУТРЕННЯЯ УЩЕМЛЁННАЯ ГРЫЖА ЖИВОТА
Зубрильчев И. В., 6 курс, лечебный факультет
Кафедра госпитальной хирургии
Научный руководитель: асс. Соколова С.Н.

Частота встречаемости внутренних брюшных грыж, как причины кишечной непроходимости составляет около 1,5-2%. Как показывает изучение материала, диагноз ущемления внутренней брюшной грыжи у больного с кишечной непроходимостью до операции ставят крайне редко, что связано со скудностью характерных клинических признаков. Однако, при выяснение анамнеза, удаётся выявить некоторые из них: периодически повторяющиеся приступы схваткообразных болей, различной периодичности и остроты; изменение, облегчение или даже устранение приступа болей после перемены положения тела больного.

Больная Ф., 20 лет поступила в БСМП г. Рязани 6.11.2005 г. через 4 часа от начала заболевания с жалобами на резкие боли в животе, преимущественно в эпигастрии, тошноту. Из анамнеза - после приёма алкогольсодержащего газированного коктейля, появились боли в верхних отделах живота. За последние несколько лет отмечала подобный болевой синдром, который исчезал при приёме спазмолитиков, перемене положения тела. Объективно: живот при пальпации мягкий, резко болезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Стула не было. С момента возникновения болей не мочилась. Для купирования болевого синдрома были поочередно выполнены инъекция промедола, паранефральная блокада – без эффекта.

Ввиду неясности диагноза было решено провести диагностическую лапароскопию, по результатам которой данных за острую хирургическую патологию нет. На вторые сутки с момента заболевания состояние ухудшилось, больная стонет от болей в животе. Кожные покровы бледноваты. Язык сухой. АД 100/60 мм.рт.ст., ЧСС 96 уд в мин. Живот не вздут, болезненный во всех отделах, в акте дыхания не участвует. Симптомов раздражения брюшины нет. Газы не отходят. Стула в течение суток не было. В ОАК лейкоцитоз, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

При рентгеноскопии органов брюшной полости: слева в мезогастрии, над лоном и правой подвздошной области резко раздуты петли тонкой кишки, просвет их увеличен в 3-4 раза, на вершинах чаши Клойбера. Был поставлен окончательный клинический диагноз: низкая тонкокишечная непроходимость. Больная оперирована: толстая кишка мобильна, имеет единую брыжейку (мальротация кишечника). В корне брыжейки ободочной кишки имеется отверстие около 3 см в диаметре, через которое в сальниковую сумку выходит 1 метр тонкой кишки и слепая с червеобразным отростком. Приводящие петли резко расширены. Петли тонкой и толстой кишки извлечены из отверстия в брыжейке в нижний этаж брюшной полости. Признаков ишемического повреждения кишечника нет. Отверстие в брыжейке ушито. Послеоперационный период протекал без особенностей.

Выводы: 1) Случай включает в себя сочетание двух редких патологий (внутренней грыжи отверстия брыжейки поперечноободочной кишки и мальротации кишечника). 2) Проводя ретроспективный анализ приведённого случая, можно сказать, что диагноз ущемлённая внутренняя грыжа живота можно было поставить до операции. 3) Сложность диагностики кишечной непроходимости у лиц молодого возраста.

СИНХРОННЫЙ РАК
Кузьменко Л.В., 6 курс, лечебный факультет
Кафедра госпитальной хирургии
Научный руководитель: асс. Зайцев О.В.

Первично-множественные опухоли (полинеоплазии) занимают важное место в клинической хирургии. Частоты их встречаемости составляет 13-15%. Синхронными считают две злокачественные опухоли и более в одном организме, выявляемые одновременно или в срок до 6 месяцев. У больных раком яичников синхронный рак верифицируется 9-10% случаев. Почти в 80% отмечено сочетание с аденокарциномой эндометрия, молочной железы и толстой кишки.

Больная Г., 78 лет поступила в БСМП 18.10.2005 г. с жалобами на постоянные распирающие боли в правой подвздошной области, иррадиирующие в паховую область, чувство тяжести в животе, увеличение его размеров, периодическое повышение температуры до 37,6°C, нарушение стула (запоры), слабость.

Из анамнеза известно, что около 8 лет назад было впервые обнаружено опухолевидное образование в брюшной полости, постепенно увеличивающееся в размерах. С декабря 2004 года больная отмечает появление запоров. Неоднократно предлагалось оперативное вмешательство, от которого она отказывалась. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Живот увеличен в размерах. Пальпируется плотное округлое безболезненное, ограничено подвижное образование, исходящее из малого таза, размерами 40x30 см. Стул нарушен (запоры). В ОАК: эритроциты- $2.5 \times 10^{12}/л$, НВ-56 г/л СОЭ-42 мм/ч. УЗИ органов брюшной полости: многокамерное жидкостное образование, занимающее всю брюшную полость.

Поставлен предварительный диагноз: опухоль брюшной полости. Принято решение произвести оперативное вмешательство. При вскрытии брюшной полости обнаружено: около 1 литра светлой серозной жидкости в брюшной полости, киста правого яичника диаметром до 40 см, опухоль восходящего отдела ободочной кишки диаметром до 5 см, прорастающая в забрюшинное пространство, явления компенсированной кишечной непроходимости, солитарный метастаз в правой доле печени диаметром до 5 см. Было выполнено удаление правых придатков с кистой, гемиколэктомия

справа с наложением анастомоза «конец в конец».

Патологоанатомическое заключение: препарат кистомы: злокачественная многокамерная папиллярная серозная цистаденома (цистаденокарцинома); препарат кишки: аденокарцинома, средней степени дифференцировки. Заключительный диагноз: Рак ободочной кишки IV стадии. Цистаденокарцинома правого яичника. Компенсированная толстокишечная непроходимость. Послеоперационный период – без осложнений.

Особенностями данного клинического случая являются: наличие двух независимых друг от друга злокачественных новообразований в одном организме, одно из которых маскировалось гигантскими размерами другого, что создавало трудности постановки диагноза до операции; несмотря на значительный объём поражения, пожилой возраст, больная перенесла симультантную операцию и находится в удовлетворительном состоянии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕРНИОПЛАСТИК ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

**Пронин Н.А., 6 курс, лечебный факультет
Кафедра госпитальной хирургии
Научный руководитель: асс. Зайцев О.В.**

Несмотря на существование многочисленных способов пластики грыжевых ворот при паховых грыжах, проблема выбора метода пластики остается актуальной, так как не существует ни одной методики, на 100% гарантирующей от рецидива в отдаленном периоде.

Сравнительная оценка различных способов пластики, постоянный поиск наиболее рациональных из них, убедили ученых, что при паховых грыжах обязательно следует укреплять заднюю стенку пахового канала, что является патогенетически обоснованным методом оперативного лечения паховых грыж. Существует много способов укрепления задней стенки пахового канала, в разных клиниках и странах предпочтение отдается различным методам пластики.

Цели исследования: выявление частоты рецидивов паховых грыж при применении различных методов пластики задней стенки пахового канала, выбор оптимального способа пластики грыжевых ворот при различных вариантах паховых грыж. В исследовании принимало участие 312 больных прооперированных с 2001 по 2005 годы по поводу паховых грыж во 2-ом и 3-ем хирургическом отделении БСМП г. Рязани, из них 224 мужчины и 18 женщины. Средний возраст больных составил 58 лет. В 136 случаях наблюдалась прямая паховая грыжа, в 110 – косая, в 46 – ущемленная, в 26 – рецидивная. 144 больным выполнена пластика по Бассини, 68 – по Постемскому, 60 – по Кукуджанову, 34 – по Lichtenstein, 12 – по Sholdice.

Полученные результаты: всего выявлено 19 рецидивов (6% оперированных больных), из них 13 при способе Бассини, 5 при способе Постемского, 1 при способе Кукуджанова. Через 1 год после операции обнаружен 1 ре-

цидив, через 2 – 5, через 3 – 7, через 4 – 4, через 5 – 2. 2 рецидива выявлены у пациентов до 40 лет, 7 от 41 до 60 лет, 10 у лиц старше 60 лет.

Способы Sholdice и Lichtenstein показали отсутствие рецидивов в отдаленном периоде и, таким образом, являются методами выбора пластики задней стенки пахового канала при паховой грыже; наибольшие количество рецидивов наблюдается спустя 2-4 года с момента операции, что требует наиболее интенсивного диспансерного наблюдения за прооперированными больными в этот период; с увеличением возраста больных возрастает количество рецидивов паховых грыж, таким образом, лицам старше 40 лет должны проводиться наиболее надежные способы пластики задней стенки пахового канала.

РЕДКАЯ ФОРМА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ЖИВОТА

Савельев К.А., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра госпитальной хирургии

Научный руководитель: проф. Тарасенко С.В.

Первое сообщение о грыжах спигелевой линии было сделано Клинкошем в 1764 г. Он же впервые и назвал их грыжами спигелевой линии. В настоящее время существует немногим более 200 описаний случаев грыж спигелевой линии. Данный вид грыж наиболее часто встречается у женщин среднего возраста. Они могут возникать на протяжении всей спигелевой линии, но местом наименьшего сопротивления чаще всего оказывается область пересечения спигелевой и дугласовой линии. Считается, что причинами образования этих грыж являются отверстия в апоневрозе поперечной мышцы (преформированные ворота грыжи), образованные перфорирующими сосудами.

В силу анатомических особенностей (узость щелевидных грыжевых ворот) грыжи спигелевой линии в 40-70 % ущемляются. Чаще ущемляется сальник, петли тонкой кишки. Ущемление же жировых подвесков толстой кишки, аппендикса является крайне редкой патологией. В настоящее время нам удалось найти лишь 3 описания ущемления червеобразного отростка в грыже спигелевой линии. В отечественной литературе описания случаев ущемления червеобразного отростка мы не обнаружили.

Представлен случай ущемленной грыжи спигелевой линии, содержимым грыжевого мешка оказался гангренозно измененный аппендикс.

Особенностью данного клинического наблюдения является сочетание редкой патологии – грыжи спигелевой линии с еще более редким осложнением – ущемлением аппендикса; необходимость проведения дифференциальной диагностики с аппендикулярным инфильтратом, опухолью брюшной полости, метастазами рака молочной железы; нетипичное оперативное вмешательство по поводу грыжи спигелевой линии - резекция илеоцекального угла с илеоасцендоанастомозом.

ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Кузьманин С.А., 3 курс, лечебный факультет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: проф. Епишин Н.М.

По данным Sivak в 1-2% случаев острого или обострения хронического панкреатита возникают ложные кисты поджелудочной железы (парапанкреатические кисты).

При этом жидкость с очень высокой концентрацией амилазы скапливается в околопанкреатической клетчатке. Источником этой жидкости является разгерметизированная протоковая система поджелудочной железы (ПЖ). Сохраняющаяся окклюзия дистальных отделов протоковой системы ПЖ и продолжающаяся панкреатическая секреция являются факторами устойчивого функционирования и прогрессирующего увеличения объема кист.

Внутренней выстилкой ложных кист ПЖ являются воспалительные и рубцовые ткани. В 25-40% случаев наблюдается спонтанное разрешение острых ложных кист ПЖ (R.Lee). По данным Soehendra ложная киста, сообщающаяся с панкреатическим протоком, часто рецидивирует. Увеличение объема кисты может сопровождаться сдавлением окружающих органов, что ведёт к нарушению их функции.

При лечении данного заболевания применяются следующие методики: чрескожное пункционное дренирование под контролем сонографии; эндоскопическое чрезжелудочное и чрездуоденальное дренирование; наружное дренирование; внутреннее дренирование.

Наименее травматичным является чрескожное пункционное дренирование, однако эффективность его невысока и при тяжёлых формах течения заболевания наблюдаются рецидивы кистообразования. Данный способ чаще применяется для лечения истинных кист ПЖ. Эндоскопическое дренирование является высокоэффективным и малотравматичным, однако требует применения специальной аппаратуры и инструментов. Метод наружного дренирования эффективен, однако неудобен в применении вследствие длительного течения послеоперационного периода и необходимости длительного использования дренажей. Наиболее универсальным является внутреннее дренирование, так как оно применимо и в лечении ложных кист на всех стадиях (оментобурсит, в том числе и гнойный, острая и хроническая псевдокиста) и истинных кист ПЖ. Также в ходе этого метода доступна санация сальниковой сумки, что позволяет выполнить секвестрэктомия и санация полости желудка на предмет наличия кровотечения.

Таким образом, наиболее оптимальным методом в лечении псевдокист ПЖ является метод наружного дренирования, так как он является высокоэффективным, технически несложным и не требующим специального инструментария и аппаратуры.

ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ
Мжаванадзе Н.Д., 3 курс, лечебный факультет
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: проф. Пигин С.А.

Новообразования тонкой кишки встречаются редко, что само по себе удивительно, поскольку длина тонкой кишки в среднем составляет приблизительно 6 м, т.е. 75% длины всего желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а площадь поверхности слизистой оболочки её составляет 90% от площади поверхности слизистой оболочки всего ЖКТ. На долю опухолей тонкой кишки приходится 1-2% всех опухолей желудочно-кишечного тракта. Из всех опухолей тонкой кишки, которые обнаруживаются на аутопсии, 75% являются доброкачественными. Несмотря на большие изменения в диагностических возможностях и хирургической технике, произошедшие за последние 40 лет, значительного улучшения в выявлении первичного рака тонкой кишки не наблюдается.

Опухоль	Распространенность (на миллион населения), %	Характерная анатомическая локализация
Карцинома	3,7	Двенадцатиперстная кишка
Карциноид	2,9	Подвздошная кишка
Лимфома	1,6	Подвздошная кишка
Саркома	1,2	Любой отдел тонкой кишки

При наличии у пациентов аденоматозного полипоза толстой кишки, наблюдающемся при семейном полипозе и синдроме Гарднера, повышается риск развития аденокарциномы тонкой кишки (риск развития – 1 случай на 1700 человек в год). Синдром Пейтца-Егерса повышает риск развития рака не только тонкой кишки, но и других органов и систем. Карцинома тонкой кишки при этом развивается из участков аденоматозного эпителия полипов Пейтца-Егерса, представляющего собой особую гамартому, состоящую из железистого эпителия и гладкомышечных волокон. При целиакии также увеличивается риск развития злокачественных опухолей тонкой кишки. Чаще всего при этом возникают лимфомы тонкой кишки, однако риск развития аденокарциномы также увеличивается (в 80 раз по сравнению с основной популяцией). Карциноид тонкой кишки редко обнаруживается до тех пор, пока не возникают боли в животе или не развивается кишечная непроходимость.

К эндоскопическому удалению таких опухолей прибегают редко. Методом выбора является сегментарная резекция тонкой кишки, хотя, если опухоль локализуется в проксимальном отделе 12-перстной кишки или распространяется на поджелудочную железу, может понадобиться выполнение панкреатодуоденальной резекции Уиппла.

Во время операции необходимо также удалять регионарные лимфатические узлы в области первичной опухоли. При поражении подвздошной кишки может возникнуть необходимость в гемиколэктомии. При наличии неоперабельной опухоли для восстановления проходимости кишки и обеспечения возможности нормального питания необходимо наложить обходной межкишечный анастомоз. Для пре- и послеоперационной декомпрессии желудка используют только назогастральный зонд, необходимость в проведении назоинтестинальной интубации возникает редко.

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО УВЕИТА У БОЛЬНОГО С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Соломатина М.В., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Научный руководитель: асс. Мироненко Л.В.

Клиническая картина увеитов при СКВ проявляется появлением фибринозного экссудата в передней камере, нередко напоминающий гипопион и образование экссудативной плёнки. Более редки преципитаты, помутнения стекловидного тела. Синехии вначале легко разрываются. Радужка выглядит гиперемированной, отёчной, зрачок суживается. Вовлечение хориоидеи, папиллит и отёк макулярной зоны сетчатки редки в случаях раннего лечения. Возможна различная степень тяжести процесса без соответствия с общими проявлениями. Иридоциклит имеет рецидивирующее течение. Нередко первый приступ имеет более выраженную симптоматику, чем последующие. Больная Н., 32 года, диагноз: увеит с гипертензией левого глаза на фоне системной красной волчанки. Жалобы на боль в левом глазу, слезотечение, светобоязнь, покраснение, блефароспазм, снижение зрения.

Анамнез заболевания. Заболела остро 7 октября 2005 года, когда на фоне подъёма температуры тела до 40С появилась отёчность, гиперемия кожи голеней, геморрагические изменения на коже правой голени; через три дня присоединились боли в правом плечевом, левом голеностопном суставах, появилась слабость в проксимальных отделах конечностей, отёчность нижних конечностей. 11.10.05.стала беспокоить головная боль мигренозного характера, к которой присоединилась резкая боль в левом глазу, слезотечение, светобоязнь, пощипывание, блефароспазм. С указанными симптомами госпитализирована, поставлен ДС: Тромбоз глубоких вен голени. В результате консультации окулиста был выявлен увеит с гипертензией левого глаза. После чего направлена в сосудистое отделение кардиодиспансера по поводу тромбофлебита. Далее была направлена в неврологическое отделение ОКБ по поводу полинейропатии. При дополнительном обследовании диагностирован олигоартрит, по поводу которого госпитализирована в ревматологическое отделение ОКБ. На основании тщательного дополнительного обследования диагностирована СКВ и поставлен окончательный клинический диагноз: СКВ, острое течение, активность II-III степени. Поражение кожи, васкулит, олигоартрит. Полинейропатия конечно-

стей, тромбофлебит, общетрофический синдром, лихорадочный синдром. Увеит с гипертензией левого глаза.

На фоне лечения уменьшилась клиничко-лабораторная активность, температура тела нормализовалась, восстановилась двигательная активность нижних конечностей, однако состояние глаза не улучшилось, т.к не было проведено местного лечения по поводу увеита.

При поступлении состояние глаз: правый глаз здоров. Левый: острота зрения 0,03, с гиперметропической коррекцией в 2Д =0,2. Внутриглазное давление – Тп. Положение глаз в орбите – правильное. Двигательный аппарат без особенностей. Веки не изменены. Слезный аппарат: при надавливании на область слезного мешка отделяемого нет. Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица отёчная. Передняя камера средней глубины, влага её содержит экссудат серого цвета, сливающийся с фоном радужной оболочки, до 1мм. Зрачок неправильной формы, диаметром 4 мм, имеются задние синехии. В стекловидном теле грубые плавающие помутнения. Рефлекс с глазного дна тускло-розовый, детали глазного дна не видны.

В дополнение к базисной терапии было назначено: кортикостероиды местно, НПВС, мидриатики, гипотензивные препараты, антибиотики.

На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось: перестала беспокоить боль в левом глазу, уменьшились слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, острота зрения осталась прежней, глазное яблоко спокойно, роговица прозрачная, передняя камера-N, зрачок диаметром 4 мм, детали глазного дна видны плохо из-за помутнений в стекловидном теле.

Данный клинический случай представляет особый интерес, т.к служит иллюстрацией редкого варианта течения СКВ, при котором глазные симптомы, возникающие обычно в разгаре заболевания, в данном случае появились одними из первых, что привело к определённым трудностям со своевременной диагностикой данного заболевания, следствием чего явилось необратимое снижение зрения, несмотря на интенсивную терапию.

СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ГЛУБОКИХ СЛОЁВ РОГОВИЦЫ (КОЛЮЧКИ КАКТУСА)

Черезова В.В., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Научный руководитель: доц. Колесникова М.А.

Травмы органа зрения являются одной из основных причин слепоты и потери глаза как органа. В общей структуре травматизма 25% от всех травм составляют повреждения роговой оболочки, так как это наиболее уязвимый отдел глазного яблока. В первую очередь повреждающим агентом роговицы являются инородные тела: осколки железосодержащего металла, стекла, щепки, частички растительной шелухи, песчинки. В доступной литературе не встречались случаи описания в качестве инородных тел роговицы иголок кактуса, поэтому описываемый случай является казуистическим.

В детское офтальмологическое отделение Рязанской клинической больницы им. Семашко был госпитализирован больной Н., 15 лет. При осмотре в слоях роговицы левого глаза выявлено, что на разной глубине и в разных направлениях находились 10 колючек от кактуса, не выступающих наружу. Две колючки от кактуса проникают в переднюю камеру глаза и задним своим концом почти касаются хрусталика. В тот же день была проведена первичная хирургическая обработка ран роговицы. Попытка удаления инородных тел, проникающих в переднюю камеру глаза со стороны наружной поверхности роговицы не удалась. Был произведён парацентез роговицы, через который при помощи микроинструментов все инородные тела с трудом были удалены. Больной выписан на двадцать восьмой день. При выписке острота зрения левого глаза составила 0,9, левый глаз спокоен. Точечные локальные помутнения на месте инородных тел.

Данный клинический случай представляет интерес в связи с чрезвычайной редкостью такого механизма травмы глаза, и с трудностью удаления данных инородных тел. Колючка кактуса имеет специфическое строение: поверхность её шероховатая и снабжена разнонаправленными крючками, что создаёт определённые дополнительные технические трудности при удалении данных инородных тел. В данном случае своевременная и квалифицированная хирургическая помощь, адекватная лекарственная терапия в послеоперационном периоде позволили избежать осложнений и сохранить исходную остроту зрения.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ
ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ СОСУДИСТОГО ТРАКТА ГЛАЗА

Сутормина Е.В., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Научный руководитель: доц. Колесникова М.А.

Проанализировано девять случаев меланомы сосудистой оболочки глаза. Всем больным проведено органосохранное лечение – брахитерапии в НИИ Глазных болезней им. Гельгольца г. Москвы. Брахитерапия проводится с помощью набора бетта-аппликаторов с радионуклидами стронция, которые фиксируют на склере в месте проекции опухоли. Через 2 – 3 дня аппликатор удаляют, через 8 – 24 месяца на глазном дне образуется атрофический хориоретинальный рубец. Из наблюдаемых пациентов было 5 женщин и 4 мужчин в возрасте от 40 до 79 лет. Основные жалобы у больных были на снижение зрения, ощущение завесы перед пораженным глазом.

Размеры опухоли до проведения брахитерапии составили: от 5 до 8 мм у 5 больных, от 9 до 12 мм у 3 больных, а у одного пациента 17 мм. Поверхностная доза рентгеноаппликатора была различной: при размере опухоли до 5 мм - 415,6 грей, до 10 мм – 1312,5 грей, до 12 мм – 1364 грей.

Через месяц после операции у 9 пациентов наблюдалось уменьшение размеров опухоли: на 1,1 мм у 3 больных, от 1,2 до 2,2 – у 3 больных, на 4 мм у одной больной. У одного пациента размер опухоли остался прежним,

а в одном случае продолжался рост опухоли. Через 6 месяцев после операции наблюдалось 5 человек. Уменьшение размеров опухоли до 5 мм отмечалось у 2 больных, до 10 мм – у 2 больных, до 15 мм – у одной больной.

Через год после операции наблюдалось 5 человек. У всех на месте опухоли сформировался хориоретинальный рубец. Через 3 года у 5 наблюдаемых нами пациентов признаков рецидива опухоли нет, а у одной больной и после 7 лет наблюдения. В отдаленные сроки после брахитерапии были прослежены функции органов зрения. Острота зрения к концу срока наблюдения у 8 больных уменьшилась, в среднем, на 0,35, а у одного пациента острота зрения не изменилась.

Таким образом, при злокачественных опухолях сосудистого тракта глаза, брахитерапия дает возможность сохранить глаз, препятствует метастазированию опухоли в отдаленные органы и улучшает качество жизни больного.

АНАЛИЗ ТРАВМ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ ЗА 2004 - 2005 ГОДЫ
Коростелева Е.В., 6 курс, лечебный факультет
Кафедра глазных и ЛОР-болезней
Научный руководитель: доц. Колесникова М.А.

Травмы занимают значительное место среди различной патологии органа зрения у детей, составляя 36,5-46,8%, и нередко приводят к слабовидению, слепоте и инвалидности. В связи с этим данная проблема имеет не только медицинское, но и социальное - экономическое значение.

Проанализированы различного рода травмы глаз у детей за 2004, 2005 годы. По материалам работы 4 офтальмологического отделения в течение 2004 года проходило лечение 57 детей и 54 ребенка за 2005год в возрасте до 17 лет. Наш анализ показывает, что повреждения глаз у мальчиков наблюдаются в 3-4 раза чаще, чем у девочек, что согласуется с данными литературы. Количество мальчиков - 75%, девочек - 25% за оба года. Наиболее «травмоопасным» явился возраст от 12 до 17 лет: 42% - в 2004, 59% - в 2005; в возрасте от 8 до 12 лет – 32% в 2004 году, в 2005 в этой возрастной группе в два раза меньше – 18%. В раннем детском возрасте травмы встречаются редко, в основном при недостаточно внимательном уходе за ребенком: дети до 4 лет – 10% - 2004 год и 13% - 2005год; от 4 до 8 лет – 16% - 2004год и 10% в 2005году. Интересные результаты получились относительно местожительства пострадавших детей. Городские жители составили – 76%, жители сельской местности – 24% за оба года.

По характеру травмы разделились следующим образом. Уличные травмы составили 49%, бытовые – 42% в 2004 году. В 2005 году небольшое изменение: бытовые – 50%, уличные 33%. В школьных условиях повреждения глаз встречаются от удара линейкой, циркулем, ручкой и т.д. За 2004 год школьные травмы составили – 9%, в 2005 году количество школьных

травм увеличилось и составило – 15%. На долю криминальных травм приходится – 2 % за 2005год.

Травмы органа зрения у детей отличаются значительной тяжестью и разнообразием, преобладают в 50% контузии. Выделяют три степени тяжести контузий: легкая, средняя, тяжелая. За 2004 г. чаще встречались контузии легкой степени, за 2005 г. у детей преобладали контузии средней тяжести. Второе место по частоте встречаемости занимают проникающие ранения глаза – 25%. Каждое проникающее ранение относится к разряду тяжелых травм. Нередки случаи, когда при относительно небольшом повреждении тканей развиваются опасные осложнения. Ожоги находятся на третьем месте (11%), причем большую часть составили ожоги первой степени. За период 2004-2005 гг. тяжелые ожоги четверной степени не встречались. В 2004 г. ранения век с нарушением слезного канальца встречались в 2% случаев. За 2005 г. – в 11%, причем больше половины из них составляли отрыв века от медиальной связки, другую часть – ранение век с нарушением слезного канальца. 7% от всех травм глаза составили поверхностные инородные тела роговицы. Реже всего встретились раны конъюнктивы и эрозия роговицы – по 2% за оба года.

Первичная хирургическая обработка ран проводилась в 69% случаях при роговичных, склеральных проникающих ранениях за 2004 год, а за 2005 год – в 44%. При проникающих ранениях с внутриглазным инородным телом, при поверхностных ранениях роговицы с инородным телом производилась первичная хирургическая операция с удалением инородного тела. Такая операция встречалась в 20% случаях в 2004-2005 годах. В 12% случаев в 2004 году и в 36% в 2005 году проводились другие операции, а именно: удаление хрусталика при травматической катаракте, первичная хирургическая обработка век с восстановлением слезных канальцев, послойная лечебная кератопластика с использованием аллопланта.

Проведение патогенетически направленных терапевтических мероприятий с использованием современных диагностических и лечебных методик способствовало получению благоприятных исходов лечения в 75% за период 2004-2005 годы. Неблагоприятные исходы обуславливались тяжестью травм. В одном случае в 2005 году ребенок был направлен на консультацию в НИИГБ им. Гельмгольца.

Таким образом, структура детского травматизма за периоды 2004-2005 годы характеризуется преобладанием контузий у мальчиков, а именно легкой степени тяжести в 2004 году и средней тяжести в 2005 году, полученных на улице и в быту. Указанные особенности травматизма должны определить направленность профилактических мероприятий с целью уменьшения количества травм у детей.

ПОРАЖЕНИЕ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА

Гладышева М.В., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра глазных и ЛОР-болезней

Научный руководитель: д.м.н. Панин В.И.

Гранулёматоз Вегенера (ГВ) - гигантоклеточный гранулёматозно-некротический системный васкулит с избирательным по началу болезни поражением верхних и нижних дыхательных путей и лёгких, а в последующем и почек. Гранулёматоз Вегенера интересен для ЛОР-врачей тем, что в отличие от других системных васкулитов, в основном поражаются ЛОР-органы. Именно оториноларингологи, заметив нетипичность динамики клинической картины, на фоне проводимой терапии, прокладывают дорогу к установлению диагноза. Неясная этиология, теоретизированные представления о патогенезе, заставили обратить внимание на эту патологию.

За период 2004-2005 гг. в ЛОР-клинике наблюдались 2 больных моложе 19 лет, которым в последствии был выставлен диагноз: первой больной - Гранулёматоз Вегенера с поражением ВДП (некротический ринит), поражение гортани – хронический подскладочный ларингит, стеноз гортани 2 степени), органа слуха слева (поражение среднего уха, кондуктивная тугоухость слева). Второй: Гранулёматоз Вегенера с поражением ВДП (язвенно-некротический ринит с перфорацией носовой перегородки, деформация наружного носа – седловидный нос), органа слуха (двусторонний гранулёматозный средний отит).

Развернутая клиническая картина гранулёматоза Вегенера, даже несмотря на редкую встречаемость, достаточно изучена и представляет собой характерный клинический симптомокомплекс. Однако ранняя диагностика этого заболевания до настоящего времени остается исключительно сложной даже для опытных клиницистов. Объясняется это отсутствием четких критериев его диагностики. Как правило, диагностические критерии отражают уровень знаний о болезни на современном этапе развития науки, и поэтому в настоящее время она сводится к клиническим, лабораторным, рентгенологическим, патоморфологическим и отчасти иммунологическим критериям.

ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ

Гришковская Л.С., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра глазных и ЛОР-заболеваний

Научный руководитель: д.м.н. Панин В.И.

Полипозный синусит, являясь многофакторным заболеванием с иммунологической основой, часто рецидивирует и сочетается с бронхиальной астмой, приводит к снижению качества жизни пациентов.

Цель исследования - установить среди больных ЛОР-клиники РязГМУ частоту полипозного риносинусита, распространённость процесса в около-

носовых пазухах, эффективность различных видов хирургического лечения и их влияние на частоту рецидивов, наличие взаимосвязи между морфологией полипов и частотой рецидивирования процесса, а также структурные особенности полости носа и носоглотки при этом заболевании.

Проанализированы данные журналов госпитализированных больных, выполненных операций и учёта гистологических препаратов за 2003-2005 гг. За последние три года в ЛОР-отделении наблюдалось 3605 человек, из них 257 больных с полипозными синуситами, что составило 7%. Полипозный этмоидит и гайморозтмоидит наблюдали соответственно у 41% и 40% больных, полисинусит у – 7 %, гайморит и гайморозтмоидотсфеноидит – у 4%. Полипозный процесс был ограничен областью остиомеатального комплекса у 1% больных, распространялся на околоносовые пазухи у 96% и у 3% пациентов достигал хоаны. У 80% пациентов в просвете пазух выявлялись полипы, у 18% - полипы и гнойное отделяемое и у 2% - полипозно-кистозное содержимое. Полипозный синусит был односторонним в 33% и двусторонним в 67% случаев, первичным у 78% и рецидивирующим у 22% больных. У 26% больных выявлялись искривление носовой перегородки, у 4% - гипертрофия носовых раковин, у 2% - конхобуллёз и у 0,4% - аденоидные вегетации. Среди гистологических типов полипов преобладали отёчные (67%), воспалительные (7%) и смешанного строения (6%), которые характеризовались рецидивами соответственно у 31, 14 и 50% пациентов. У больных с железистыми (1%) и фиброзными полипами (4%) рецидивов не наблюдали. Полипы, выстланные респиаторным (68%) и метаплазированным (32%) эпителием, рецидивировали соответственно у 27 и 37% пациентов. У 53% больных выполняли эндоскопические операции, у 15% - операции комбинированным доступом и у 9% ограничивались полипотомией. Одновременно проводили коррегирующие операции на структурах полости носа. В послеоперационном периоде среди указанных групп больных рецидивы имели место соответственно в 3, 9 и 5% случаев.

Таким образом, за последние 3 года среди всех лечившихся больных у 7% наблюдали первичные двусторонние полипозные синуситы. У 32,4% больных одновременно выявлялись структурные заболевания полости носа, которые усугубляли течение полипозного процесса. Наиболее неблагоприятное клиническое течение имели полипы смешанного строения, выстланные метаплазированным эпителием. Наименьший процент рецидивов полипозного процесса отмечался при эндоскопической полисинусотомии.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
Никитин М.С., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики ФПДО
Научный руководитель: проф. Куликов Е.П.

Местнораспространённый рак ободочной кишки является одним из ви-

дов осложнённого рака ободочной кишки, который характеризуется прорастанием опухоли за пределы кишечной стенки и переходом её на окружающую клетчатку или расположенные рядом органы и ткани. При комбинированных операциях резецируют не только кишку, но и орган, вовлеченный в процесс. Летальность в послеоперационном периоде при подобных операциях 7-8%, 5-летняя выживаемость при отсутствии отдалённых метастазов 36%.

В РОКОД наблюдалась больная 59 лет с диагнозом рак печёночного угла ободочной кишки. В правом подреберье пальпировалась опухоль до 8 см в диаметре.

Опухоль морфологически верифицирована: недифференцированный рак толстой кишки. Планировалась гемиколэктомия. Интраоперационно опухоль прорастает в нисходящую часть ДПК, инфильтрация распространяется на область головки поджелудочной железы. Учитывая местную резектабельность и отсутствие отдаленных метастазов, решено выполнить гемиколэктомию с панкреатогастродуоденальной резекцией. Продолжительность операции 7 часов. Послеоперационный период без осложнений. В отделении проведён первый курс химиотерапии 5-фторурацилом. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. С учетом гистологии стадия процесса T4N0M0. Через 1 месяц второй курс химиотерапии по схеме Мейо.

Выполнение комбинированных операций с целью удаления опухоли даже при подобном распространении процесса оправдано, т.к. без операции продолжительность жизни таких больных не превышает 7-8 месяцев.

О РОЛИ HELICOBACTER PYLORI В РАЗВИТИИ РАКА ЖЕЛУДКА
Никитин М.С., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики ФПДО
Научный руководитель: проф. Куликов Е.П.

С 1994 году *Helicobacter pylori* (НР) отнесена международным агентством по изучению рака к канцерогенам 1 класса. С инфекцией НР связывают развитие рака желудка (РЖ) кишечного типа.

Предполагают следующий механизм: инфицирование – хронический гастрит В – атрофический гастрит – кишечная метаплазия – дисплазия – РЖ. Считают, что сам НР канцерогенных веществ не выделяет. Приводятся следующие доказательства этой гипотезы: снижение заболеваемости РЖ во всём мире за счёт рака кишечного типа; РЖ встречается значительно чаще в популяциях с высокой детской обсеменённостью; у американских японцев 2 поколения РЖ значительно реже, чем в Японии.

Существуют и контраргументы: обсеменённость взрослого населения РФ 80-100%, т.е. снижения её не было, а заболеваемость РЖ снижается последние 50 лет; обсеменённость НР у мужчин и женщин одинаковая, а РЖ

у мужчин в значительно чаще; РЖ при ЯБ двенадцатиперстной кишки реже, чем в популяции, при этом НР высевают почти в 100%. Эрадикационная терапия проводится последние 10 лет в наблюдаемых группах риска, эффективность её на данный момент не доказана.

Проблема требует дальнейшего более глубокого изучения. В Европе и Америке проводятся крупномасштабные исследования возможности профилактики РЖ кишечного типа путём эрадикации НР.

Результаты пока противоречивые. Возможно, в ближайшее время степень участия НР в развитии РЖ будет установлена.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ
Карпов Д.В., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики ФПО
Научный руководитель: проф. Куликов Е.П.

Единственным радикальным методом лечения — удалением опухоли путем хирургического вмешательства. Оно показано во всех случаях, когда пораженная почка технически удалима, функциональная способность контралатеральной почки сохранена и нет противопоказаний к операции. В настоящее время при раке почки применяют простую, радикальную и расширенную нефрэктомия. Радикальная нефрэктомия наряду с удалением почки единым блоком с паранефральной клетчаткой, фасциями и надпочечником предусматривает парааортальную и паракавальную лимфаденэктомию от ножек диафрагмы до бифуркации аорты. При расширенной операции наряду с радикальной нефрэктомией осуществляется удаление или резекция других органов, пораженных злокачественным процессом. Наиболее часто расширение операции обусловлено тромбэктомией из нижней полой вены, резекцией хвоста поджелудочной железы и спленэктомией.

В РОКОД за период с 2001 по 2005 гг. проведено хирургическое лечение 17 больным почечно-клеточным раком, из которых 9(53%) были мужчины и 8(47%) – женщины. Доступ осуществляли посредством верхнесрединной лапаротомии. В 3(18%) случаях произвели простую нефрэктомия; в 10(58%) – радикальную нефрэктомия; в 3(18%) – расширенную нефрэктомия (в одном случае радикальную нефрэктомия дополнили порциальной резекцией желудка, в другом – резекцией нижней полой вены, в третьем – 2 энуклеациями метастазов из печени). У 1(6%) больного в связи с распространённостью процесса и неоперабельностью ограничились эксплоративной лапаротомией.

Анализируя литературные данные и результаты исследования, понятно, что стандартом хирургического лечения почечно-клеточного рака является радикальная нефрэктомия, дополняемая при необходимости и возможности удалением или резекцией других органов.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ РЕЗЕРПИНА НА ПРОЦЕССЫ МАММОГЕНЕЗА
Свиридов И.Г., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
Научный руководитель: проф. Чумаченко П.А.

Механизм действия резерпина в настоящее время полностью не изучен. По современным представлениям резерпин повышает деятельность высших тормозных вегетативных центров и коры головного мозга.

Резерпин оказывает выраженное влияние на нервную систему и кровообращение. По характеру фармакологического действия он относится к успокаивающим веществам. Обладая своеобразным седативным эффектом, этот лекарственный препарат является одним из основных представителей невроплегических средств. Применяют резерпин в качестве средства для лечения гипертонической болезни, некоторых форм тахикардии и нервно-психических заболеваний. Кроме того, резерпин входит в состав различных лекарственных препаратов, например, в адельфан. Таким образом, резерпин имеет широкий спектр действия и его часто применяют в лечении различных заболеваний.

Цель исследования: изучить влияние резерпина на процессы маммогенеза. С возрастом у человека происходит снижение лактосоматотропной активности гипофиза, что ведет к процессам трансформации в молочной железе. В итоге может развиваться кистозная мастопатия (П.А.Чумаченко, 2004). В работе, используя свойство резерпина повышать лактосоматотропную функцию гипофиза, предполагается, что возможно прямое воздействие данного препарата на маммогенез – регресс кистозной болезни. Следовательно, резерпин может быть использован в целях профилактики кистозной мастопатии. Это предположение в настоящее время проверяется в опытах на белых беспородных самках крыс. Эксперимент состоит из трех серий: влияние резерпина на молочные железы в норме, в условиях гиперэстрогении и на патоморфоз кистозной мастопатии. Исследование проходит в виварии Рязанского медицинского университета.

В настоящее время проведена первая серия опытной работы. Молочные железы изучались у 20 белых беспородных девственных самок крыс, которые были разделены на две группы: экспериментальную и контрольную. Крысы в опытной группе получали минимальные, терапевтические и максимальные дозы резерпина в течение 8 недель, в контрольной группе крысы не получали препарат.

Резерпин крысы получали ежедневно перорально. Расчет дозы производился, учитывая средний стандартный вес крысы, равный 200 г. и вес человека, равный 50 кг. Для человека суточная терапевтическая доза равна 1 мг, минимальная 0,5 мг, максимальная 5 мг. Таким образом, для крысы терапевтическая доза равна 0,02 мг, минимальная 0,01 мг, максимальная 0,1

мг. При расчете дозы для крысы учитывали, что обменные процессы у них протекают более интенсивно, поэтому необходимо было увеличивать дозу в 5 раз (работы Фолли, 1962). По истечении восьми недель был произведен забой крыс (усыпление эфиром в эксикаторе).

Молочные железы были извлечены и фиксированы в 10%-ном растворе нейтрального формалина, залиты парафином. Все срезы окрашивались гематоксилин-эозином. Затем провели изучение гистологических препаратов с помощью описательного метода (общая оценка изменений в молочной железе) и морфометрического анализа (морфофункциональное состояние паренхимы и стромы молочной железы).

В норме молочные железы состоят из спавшихся протоков, расположенных в жировой ткани, бедной сосудами и клетками. Эпителий протоков кубический с расположенными в центре яркоокрашенными ядрами и бледной гомогенной цитоплазмой. Базальная мембрана тонкая, нежная. Просветы протоков едва различимы, вокруг протоков местами имеются тонкие полоски фиброзной ткани с эластическими волокнами и различными клетками.

При получении крысами в течение восьми недель различных доз резерпина гистологически молочные железы имели следующее строение: протоки расположены небольшими группами по 2-4 протока в одной или одиночно. Эпителий кубический, ядра овальной или округлой формы, базофильные; цитоплазма бледно-розовая, гомогенная; базальная мембрана тонкая, нежная, без особенностей; просветы протоков хорошо различимы; иногда в просветах содержится немного бледно-розового секрета; ретикулярные волокна в виде ободка окружают железистые протоки. Строма представлена жировой тканью, кровеносные сосуды полнокровны, в их стенках имеются эластические волокна.

Анализируя результаты первого этапа эксперимента, можно сделать следующие выводы: резерпин оказывает влияние на процессы маммогенеза в норме; резерпин в нормальных условиях не вызывает развитие кистозной мастопатии и других патологических состояний; в нормальных условиях резерпин в течение восьми недель применения способствует развитию молочных желез и под его действием немного усиливаются размеры протоков и высота эпителия, но, в целом, молочные железы имеют нормальное строение.

ПАТАНАТОМИЯ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Мжаванадзе Н.Д., 3 курс, лечебный факультет

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель: асс. Казанцева Г.П.

Проблема наркотической зависимости, а в особенности героиновой, стоит особо остро в современном мире, а в частности, России и Рязанской области. Лишь за 9 месяцев 2005 года в Рязани по уголовным делам изъято

676 гр. героина, а число зарегистрированных преступлений по хранению, сбыту, перевозке и употреблению данного наркотика составило 86 случаев.

Наркомания — это состояние периодической или хронической интоксикации, вызванной употреблением натуральных или синтетических наркотических веществ. К наркомании относится употребление только тех наркотических веществ и медицинских препаратов, которые включены в список наркотических лекарственных форм, утвержденный Министерством Здравоохранения Российской Федерации. Это имеет не только медицинское, но и юридическое значение.

Единой причины развития наркомании не существует. Имеют значение личностные особенности, большую роль играют определенные социальные факторы, низкий уровень медико-просветительной работы. Диагноз «наркомания» устанавливается только в том случае, если присутствует определенный комплекс клинических признаков заболевания: непреодолимое влечение к приему наркотиков, тенденция к повышению дозы принимаемого вещества, психическая и физическая зависимость от наркотиков.

Термин опиаты объединяет вещества, извлекаемые из опия, среди которых наиболее важны морфин, кодеин, папаверин, а также синтезированные производные морфина, которые относят к полусинтетическим опиатам и среди которых наиболее известен за свои наркотические свойства героин.

Классическая триада симптомов при остром отравлении опиатами включает миоз, угнетение дыхания и нарастающее помрачение сознания, переходящее в кому. Осложнения могут быть представлены острым отеком легких. Препаратом выбора в лечении острой опиатной интоксикации является налоксон, антагонист опиатов. Он конкурентно вытесняет опиаты из опиатных рецепторов, устраняя токсическое действие опиатов.

В настоящее время сотрудники Клинического и исследовательского центра имени Эрнеста Голло в Калифорнии выявили и нашли способ блокировать ген, связанный с героиновой зависимостью у крыс. Исследователи полагают, что лекарства, которые позволят таким же образом избавлять людей от героиновой зависимости, появятся уже в ближайшие несколько лет.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ПРОЦЕССЫ МАММОГЕНЕЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Ивонин Е.С., Фокина О.В., 2 курс, лечебный факультет
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
Научный руководитель: преп.-стажер Мнихович М.В.**

Цель исследования: изучение влияния низкоинтенсивного лазерного излучения на состояние молочной железы в обычных условиях и при кистозной мастопатии. Объектом исследования были молочные железы белых беспородных девственных половозрелых самок крыс в молодом возрасте. Условно крысы были разделены на 2 серии: 1 серия – крысы, которым в

течение 4 и 8 недель проводили облучение лазером в группе опыта. 2 серия – это животные, у которых получена модель кистозной мастопатии, затем паховые молочные железы облучались лазером в течение 4 и 8 недель.

В работе использовалась гелий-неоновая установка ЛГ-75 с плотностью лазерного пучка 13 мВт/см^2 в зоне облучения, длиной волны 633 нм и диаметром облучения 1,7 см. После истечения указанных сроков длительности опыта (4 и 8 недель) производился забой крыс. Молочные железы, фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина, заливались парафином, все срезы окрашивались гематоксилин-эозином, пикрофуксином, проводилась ШИФФ - реакция. При облучении лазером в течение 4 и 8 недель в первой группе животных, в молочной железе происходит увеличение групп протоков, хотя величина протоков остается нормальной, при сравнении с контролем. Эпителий протоков высокий, цитоплазма гомогенная, розовая, интенсивно окрашенная, ядро в центре клетки, темное. Происходит увеличение высоты эпителия и образование новых, молодых сосудов. При чем, в вокругпротоковой строме встречается большое количество тучных клеток 2-х типов: тканевые и дегранулирующие. Строма вокруг протоков представлена различными клетками и новообразованными сосудами. При облучении молочной железы в течение 4 недель лазерное излучение оказывает лечебное действие при кистозной мастопатии. В молочных железах видны группы протоков, просветы которых немного расширены. Содержимое практически отсутствует. Эпителий протоков кубический, с темноокрашенными центрально расположенными ядрами. Строма представлена различными клетками. Сосуды расширены, полнокровны.

В отдельных участках определяются группы протоков, просветы которых расширены, содержат остатки белково-жировых масс, эпителий протоков высокий, с вакуолизированной цитоплазмой.

В течение 8 недель при кистозной мастопатии гистологически молочные железы имели строение: протоки располагались небольшими группами по 3-10 протоков или одиночно; эпителий кубический с ярко окрашенными, базофильными ядрами, овальной или округлой формы, центрально расположенными; цитоплазма бледно-розовая, гомогенная; базальная мембрана тонкая, нежная, без особенностей; просветы протоков в большинстве случаев хорошо различимы, протоки не расширены, содержимого в просветах нет; в единичных наблюдениях мы видели единичные кисты мелких размеров, просветы их имели неправильные формы, эпителий – кубический или слегка уплощенный. Все это было похоже на процессы постепенного регресса кист; вокруг протоков полосы фиброзной ткани с разными клетками; строма: жировая ткань, сосуды. Во всех изученных наблюдениях данной опытной группы процессы обратного развития кист достигали достаточно высокого уровня по данным описательной морфологии.

Таким образом, низкоинтенсивное лазерное излучение в нормальных и патологических условиях не вызывает развитие кистозной мастопатии и

других патологических состояний; в нормальных условиях изкоинтенсивное лазерное излучение в течение четырех и восьми недель применения способствует развитию молочных желез, под его действием немного увеличиваются размеры протоков, высота эпителия, но, в целом, молочные железы имеют нормальное строение; при кистозной мастопатии низкоинтенсивное лазерное излучение обладает лечебно-профилактическими свойствами; в течение восьми недель приводят к полному регрессу кистозного процесса, о чем свидетельствует снижение показателя размера протока; во всех других группах опыта мы получили неполное обратное развитие кист; активизируется пролиферативная способность эпителия, об этом говорит увеличение показателя ВЭ в группе опыта при воздействии НИЛИ на кистозные процессы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Суворова И.В., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии

Научные руководители: проф. Трушин С.Н., асс. Коробков Е.Е.

Клиника опухолей тонкой кишки зависит от трех факторов: локализации опухоли, быстроты и направленности роста, возникших осложнений.

Метастазирование опухолей тонкой кишки: лимфоузлы брыжейки, парааортальные лимфоузлы, отдаленные метастазы - печень и легкие. Метастазы достигают размеров, во много раз превышающих размеры первичного очага, что нередко затрудняет постановку диагноза. Чаще всего опухоли тонкой кишки являются находкой во время операции, либо размеры опухоли позволяют обнаружить ее на УЗИ, и, наконец, длительно рецидивирующие кровотечения могут указать на данную патологию.

Лечение преимущественно хирургическое. Пораженный участок кишки резецируется одним блоком с кровоснабжающим его сектором брыжейки, в котором расположены лимфатические сосуды и узлы. Приводящий отдел резецируется 10-15 см, отводящий 30-40 см, так как метастазирование идет по ходу перистальтики. Прходимость кишки восстанавливают анастомозом бок в бок, конец в конец, конец в бок. При прорастании опухоли в соседние органы, при наличии неудалимых метастазов в корне брыжейки, необходима паллиативная операция: наложение обходного анастомоза с целью ликвидации непроходимости. Лучевая терапия и химиотерапия не применяются, из-за опасности перфорации в месте локализации опухоли (табл. 1).

Таблица 1

Заболееваемость	3-6% от всех опухолей ЖКТ, из них 1-2% злокачественные опухоли
Преимущественная локализация	Дистальный отдел тонкой кишки (подвздошная)

Фоновые заболевания	Болезнь Крона, язвы слизистой оболочки, иммунодефицитные состояния
Контингент больных	Мужчины в возрасте 40-60 лет

В клинике факультетской хирургии РязГМУ с 1996 по 2005 г. находилось на лечении 11 больных с диагнозом опухоли тонкой кишки. Общие данные: преимущественный возраст: 45 – 60 лет; соотношение заболевших женщин к мужчинам: 6:5; госпитализация: экстренно - 6, планово – 5. 10 пациентов обратились за врачебной помощью в периоде осложнений: 8 больных – клиника кишечной непроходимости; 2 больных – клиника кишечного кровотечения. В плане обследования наряду с общеклиническими методами применялись инструментальные. Наиболее информативным оказалось ультразвуковое исследование. Диагноз до операции был поставлен 5 больным, интраоперационно – 6 больным. Преимущественная локализация опухолей: 8 больных – подвздошная кишка, 2 больных – тощая кишка, 1 больной – двенадцатиперстной кишки. Гистологические разновидности: злокачественные – аденокарцинома (5), карциноид (1); доброкачественные – фибролипома (1), десмоид (1), лейомиома (2), полип ДПК.

Таким образом, можно сделать вывод, что опухоли тонкой кишки остаются редкой патологией ЖКТ (за 10 лет встретилось всего 11 больных), сложной для диагностики задачей в силу неспецифичности своей клиники, длительности прогрессирования процесса, но в то же время, позднее метастазирование позволяет применить своевременное оперативное вмешательство, приводящее к хорошему клиническому эффекту.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ ТРАХЕИ

Кащеева О.Н., 5 курс, лечебный факультет

**Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Научный руководитель: асс. Михеев А.В.**

С ростом дорожно-транспортного травматизма, обострения криминальной обстановки увеличилось число больных, нуждающихся в интубации трахеи. Длительная интубация и трахеостомия, выполняемые по витальным показаниям в отделениях интенсивной терапии в целях адекватной вентиляции легких, у значительной части больных (92%) являются причиной стенозирования трахеи.

Лечение рубцовых стенозов трахеи осуществляется различными способами – консервативными и радикальными. У большинства больных консервативное лечение всеми способами, расширяющими просвет, бывает неэффективным. Радикальное лечение сформированных рубцовых стенозов трахеи может быть только хирургическое – циркулярная резекция трахеи.

Предоставлен случай успешного оперативного лечения протяженной

стриктуры трахеи. Больная Л., 16 лет, в июле 2005г., находилась на лечении в ОРИТ по поводу ЗЧМТ, ушиба головного мозга. Для проведения длительной ИВЛ была наложена трахеостома. В августе выписывается в удовлетворительном состоянии.

Ухудшение состояния в сентябре 2005 г., стала нарастать одышка, появилось стридорозное дыхание. Больной была выполнена ретрахеостомия. После реабилитации состояния трахеостому удаляют. Через 2 недели - вновь ухудшение состояния, в 3 раз наложена трахеостома и больная направлена в торакальное отделение ОКБ. При поступлении в отделение состояние больной удовлетворительное. Дыхание самостоятельное, через трахеостому, в легких проводится во все отделы, везикулярное, ЧДД – 18 в мин. В отделении проведено обследование: при ТБС и на томограммах в с/3 трахеи определяется сужение ее просвета до 0,7 см, на участке протяженностью 2,5-3 см. Показано оперативное лечение циркулярная резекция трахеи.

24.11.2005 г выполнено следующее. Срединным разрезом с иссечением послеоперационного рубца рассечены мягкие ткани шеи от средней линии трахеи до рукоятки грудины. Без пересечения передних мышц тупо и остро мобилизован шейный отдел трахеи (8 колец). В месте трахеостомы I-III и на уровне IV – VI трахеальных колец выраженный рубцовый процесс. Трахея мобилизована в средостении, без дополнительной стернотомии произведена циркулярная резекция стенозированного участка трахеи. Удален отрезок трахеи с 5 хрящами (со II по VI включительно) длиной 3 см. Наложены провизорные швы. Сопоставлены края трахеи и однорядными узловыми швами сформирован анастомоз. Проведен контроль аэростаза и произведено укрепление анастомоза с помощью тахокомба. Операционная рана послойно зашита. Выполнена фиксация подбородка к передней поверхности грудной клетки.

Послеоперационный период протекал без особенностей. 16.12.2005 г. выписывается в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через месяц после выписки состояние удовлетворительное, признаков дыхательной недостаточности нет. При контрольной ТБС в зоне анастомоза просвет трахеи обычного диаметра. Такая обширная резекция 5 колец трахеи в Рязани и Рязанской области выполнена впервые.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ С ОБШИРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Гришков А.Е., 5 курс, лечебный факультет

**Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Научный руководитель: асс. Веряев М.И.**

Больной М., 34 года, поступил 1 июня 2004 в 15 х/о ОКБ с жалобами на боли в эпигастрии, в правой и левой подвздошных областях, иррадиирующие в поясницу. Заболел 23 мая 2004., когда появились резкие опоясывающие боли в животе. В ЦРБ проводилась (с 23 мая 2004 по 1 июня 2004)

консервативная терапия по поводу острого деструктивного панкреатита – без эффекта. Направлен в ОКБ для коррекции лечения.

При обследовании состояние средней тяжести. Бледен. Живот вздут, асимметричен, болезненный, в эпигастрии пальпируется плотный инфильтрат размерами 12*5 см. Перитонеальные симптомы отрицательные; на УЗИ (от 2 июня 2004): поджелудочная железа с нечеткими контурами, отека, головка 37 мм, хвост 33 мм, в мезогастррии определяется инфильтрированный сальник, внутри которого ближе к жидкостному образованию 40*20мм, в брюшной полости в нижних отделах следы жидкости; в крови амилаза 26,6 г/лч, глюкоза до 20 ммоль/л, креатинин 0,2 ммоль/л, лейкоциты $11,4 \cdot 10^9$, в моче ацетон слабо положительный, сахар +++++.

Выявлен и сахарный диабет, назначена инсулинотерапия. На фоне проводимой консервативной терапии далее наблюдается отрицательная динамика. 10.06.04 в экстренном порядке была произведена лапаротомия, вскрытие и дренирование абсцесса сальниковой сумки, оментобурсостомия. На УЗИ (от 19.06.04): забрюшинно слева и ниже почки жидкостное образование 88*30*70 мм с неомогенным содержимым. 21.06.04 произведено вскрытие флегмоны забрюшинного пространства слева поясничным доступом, лаваж и дренирование сальниковой сумки, некрсеквестрэктомия. Интраоперационно выделилось 200 мл густого гноя и множество некротических масс; в области хвоста поджелудочной железы плотно фиксированный секвестр. 25.06.04 – программированный лаваж сальниковой сумки, забрюшинного пространства слева, некрсеквестрэктомия.

Заключительная операция произведена 29.06.04 – лаваж сальниковой сумки, забрюшинного пространства слева. При ревизии обнаружено, что секвестр рыхло прилежит к хвосту ПЖ => выполнена некрсеквестрэктомия; в забрюшинном пространстве инфильтратов не обнаружено. Послеоперационный период протекал гладко, с положительной динамикой.

Таким образом, грамотный подход хирургов к данной патологии, проведение этапных санаций и комплексного консервативного лечения определили благоприятный исход заболевания.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Гришков А.Е., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии

Научный руководитель: асс. Веряев М.И.

Острый панкреатит является одной из сложных и актуальных проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости.

Летальность от острого панкреатита (ОП) на протяжении последних десятилетий не имеет тенденции к снижению и колеблется в пределах 3-5%. В подавляющем большинстве случаев гнойные осложнения возникают при панкреонекрозе, который часто протекает на фоне иммунодепрессии.

Доказано, что инфицирование некрозов наступает из просвета ЖКТ, что обусловлено динамической кишечной непроходимостью, характерной для острого панкреатита, вызывающей стаз в ДПК на фоне снижения тонуса дуоденального сосочка.

Преобладающим является мужской контингент больных – 77,5%, у которых пик заболеваемости приходится на 41-50 летний период – 38,7%. У женщин пик смещается на 20 лет позже и достигает 61-70 лет – 22,3%.

Используются 2 вида оперативных вмешательств: дренирующие операции и некрсеквестрэктомии. Эффективность проводимого лечения и динамику воспалительного процесса оценивали на основании клинико-лабораторных данных, ультрасонографического мониторинга и фистулографии (40%). Больных с тяжёлыми формами панкреонекроза госпитализировали на 1-4 сут. в ОРИТ-20%, где проводилась интенсивная предоперационная подготовка, включая антибиотики и антисекреторные препараты.

В первые 2 недели заболевания лечение должно быть направлено на ликвидацию панкреатогенной токсемии и профилактику гнойных осложнений, операции (ранние) следует выполнять по строгим показаниям: прогрессирующая полиорганная недостаточность, ферментативный перитонит, деструктивный холецистит. Поздние операции (после 2 недель) выполняются при гнойных осложнениях, подтверждённых клинико-лабораторными данными и УЗИ, и представляют собой этапные некрсеквестрэктомии с последующими повторными ревизиями "по расписанию".

В послеоперационном периоде наиболее частое осложнение – аррозивное кровотечение (у 6 из 11 больных). Более тяжёлое течение панкреонекроза у больных, поступивших из ЦРБ, связано с недостаточной консервативной терапией в первые 14 суток и зачастую нерациональным оперативным пособием.

СОЧЕТАНИЕ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЖЕЛУДКА С ГИПЕРНЕФРОИДНЫМ РАКОМ ПОЧКИ

Муравьев С.Ю., 6 курс, лечебный факультет

**Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Научный руководитель: асс. Веряев М.И.**

Первым документированным наблюдением первично-множественных опухолей (ПМО) является описание Авиценны. Под первичной множественностью опухолей в настоящее время понимают независимое возникновение и развитие у одного больного двух или более новообразований. За последние годы показатель роста ПМО возрос почти в 10 раз, что соответствует 13%. Основная причина диагностических ошибок заключается в том, что после выявления одной злокачественной опухоли исключается возможность существования другой. Поэтому не производится целенаправленное исследование других отделов органа, в котором развилась злокачественная опухоль, а также других органов, что часто не позволяет

провести радикальное лечение.

Больной Р., 55 лет, поступил 11.10.04 в хирургическое отделение ОКБ с жалобами на чувство тяжести в левом подреберье, слабость, утомляемость, периодически возникающее отвращение к мясной пище. Из анамнеза известно, что болен около 2-х месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы. В поликлинике проведена ФГДС (от 13.09.04) с биопсией – диагностирован рак желудка: умеренно дифференцированная аденокарцинома антрального отдела. Направлен в ОКБ для оперативного лечения.

При дообследовании по данным УЗИ (от 11.10.04) – по латеральной поверхности левой почки – неоднородное округлое образование размерами 31x27x25 мм с довольно четкими ровными контурами. Увеличенных лимфоузлов в брюшной полости и забрюшинном пространстве не обнаружено. 14.10.04 произведена ЯМРТ - заключение: картина в большей степени характерна для МТС в левую почку. Произведена экскреторная урография для уточнения функции почки. По результатам урографии от 18.10.04: картина не противоречит наличию объемного образования в левой почке.

Продифференцировать патологию левой почки, по данным инструментального исследования, МТС аденокарциномы или самостоятельная опухоль не удалось. И решено было выполнить субтотальную резекцию желудка и ревизию левой почки, с возможной нефрэктомией. В ходе оперативного вмешательства обнаружена опухоль размером 3x3 см в антральном отделе желудка, без прорастания серозной оболочки. Произведена субтотальная резекция желудка по Бильрот-I с удалением большого и малого сальника. Рассечена брюшина в проекции левой почки. Ближе к ножке на передней поверхности узел до 3 см в диаметре. Произведена экспресс биопсия – заключение: гипернефрома. Выполнена нефрэктомия с отдельной перевязкой мочеточника, артерии и вены. Удален левый надпочечник. Почка рассечена – в паренхиме 4 узла до 3 см в диаметре без прорастания капсулы.

В послеоперационном периоде состояние больного соответствовало тяжести перенесенной операции. Страховые дренажи удалены на 6 сутки. 01.11.04 больной без осложнений выписан на амбулаторное лечение.

Таким образом, профессиональный подход хирургов, проявивших онкологическую настороженность, и проводивших полное обследование больного со злокачественной опухолью, позволил выявить скрытую патологию и выполнить адекватное радикальное лечение.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

**Муравьев С.Ю., 6 курс, Савельев К.А., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Научный руководитель: асс. Веряев М.И.**

Острый холецистит по-прежнему остается актуальной проблемой современной неотложной хирургии, особенно гериатрической. Проведен ана-

лиз лечения больных с 2003 по 2004 год в ОКБ, число пациентов старческого и пожилого возраста составило 209 человек. Преобладающим является женский контингент больных – 73,1%, у которых пик заболеваемости приходится на 60-65 летний период (27,4%). У мужчин пик достигается в 71-75 лет (33,9%). В возрастном отношении 25,8% оперированных больных были старше 60 лет, старше 70 лет – 23,5% и 2,4% старше 80 лет.

Желтуха при поступлении отмечена у 19,6% больных, т.е. в 2,5 раза чаще, чем у больных молодого и среднего возраста. Это связано с наличием осложнений таких как: холедохолитиаз, холангит, панкреатит, стеноз БДС. Кроме этого наличие тяжелых сопутствующих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста (гипертоническая болезнь, ИБС, сахарный диабет, пневмосклероз и пр.) не только отягощает, но и маскирует течение острого холецистита. Что влечет за собой возникновение диагностических ошибок как на догоспитальном этапе, так и в стационаре (15/2).

Известно, что склеротические изменения сосудов в стенке желчного пузыря и сахарный диабет сопровождаются увеличением деструктивных форм острого холецистита: 72,4% больных пожилого и старческого возраста были прооперированы по поводу деструктивного холецистита, 7,7% поступили с перитонитом и 0,5% с паравезикулярным абсцессом.

Срочная УЗ-диагностика проведена у 98,8% больных, как правило, на следующий день после поступления. При этом только в 3% случаев при первичном обследовании ошибочно установлен бескаменный характер заболевания, что опровергнуто при повторных исследованиях: РХПГ у 11,5% больных, фистулография в 5,3%, ФГДС – 38,2%, МРТ – 1% или на операции: интраоперационная холедохоскопия – 4,3% и рентгенография – 0,5%.

Проведенный анализ результатов динамического УЗИ показал, что в подавляющем большинстве причиной неэффективности консервативной терапии ОХ является обтурация пузырного протока конкрементом, что соответствует понятию острого обтурационного холецистита. Больные ООХ составили 22,4%.

В клинике придерживаются активно-выжидательной тактики. Суть ее заключается в следующем: наличие перитонита у поступившего больного с острым холециститом является показанием к экстренной операции, которая выполнялась у 21,3% больных с ООХ и 3,7% у больных с НОХ. В противном случае проводится комплексное консервативное лечение и оценивается ее эффективность на основании клинико-лабораторных показателей и данных динамического УЗИ. Неэффективность консервативного лечения в течение 1-3 суток, является показанием к срочной или отсроченной операции: 36,2% при ООХ и 20,2% при НОХ. ООХ протекает с более выраженной клиникой и быстрым прогрессированием воспалительного процесса, по сравнению с другими формами. Это позволило активизировать хирургическую тактику у этой группы больных – они оперируются в первые 3-5 дней.

В случае положительного результата от проводимого лечения, при на-

личие показаний, больные оперируются после стихания воспалительного процесса в ЖП в плановом порядке – ранняя плановая и плановая операции. Операцией выбора в абсолютном большинстве случаев является холецистэктомия-83,1%. При осложненном холецистите (холедохолитиазом, холангитом, стенозом БДС) сочетается с ЭПСТ, в 4,9%. У больных с тяжелой сопутствующей патологией в 2,1% была наложена холецистостома. У больных с патологией холедоха произведена ЭПСТ во время РХПГ – 7,7%, что устранило билиарную гипертензию и позволило далее вести больных консервативно. Послеоперационные осложнения в виде гематом и нагноения послеоперационной раны – в 2,4%. Летальность отсутствовала.

Таким образом, больные пожилого и старческого возраста из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний требуют к себе особого внимания, как в диагностике выявляемой патологии, так и в тактике лечения. А применение активно-выжидательной тактики и дифференцированный подход в выборе метода операции способствует улучшению результатов хирургического лечения больных ОХ.

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО ГЛУБОКОГО НАГНОЕНИЯ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Зуева Н.А., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом экстремальной медицины

Научный руководитель: проф. Назаров Е.А.

Частота глубоких нагноений после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в настоящее время составляет от 1 до 2,5%. Летальность достигает 2,5%. Удаление имплантата требуется в 3-5% случаях глубокого гнойного процесса. В последнее время возросло значение грибов рода *Candida* в развитие последствий гнойно-септических осложнений. Частота выделения грибов рода *Candida* составляет 1,0%. Хронические заболевания, тяжелые операции, способствуют активизации условно-патогенной грибковой флоры на коже и развитию послеоперационных осложнений. Грибы рода *Candida* сенсбилизируют макроорганизм, нарушают резистентность, создают условия для размножения патогенных бактерий. Ассоциация грибов и стафилококков отягощает течение болезни, удлиняет сроки лечения, так как возбудители, влияя друг на друга, усиливают патогенность, снижают чувствительность к лекарственным препаратам.

Больная М, 68 лет, диагноз: Позднее глубокое нагноение эндопротеза. Грибковое поражение имплантата (*Candida*). Жалобы при поступлении: на наличие припухлости и болезненности по наружной поверхности левого бедра. Перенесенные заболевания – кандидный онихомикоз стоп с 2002 г. В 1992 г. закрытый перелом шейки левой бедренной кости. В 2002 г. оперировалась по поводу ложного сустава шейки левой бедренной кости, посттравматического артроза левого тазобедренного сустава. Выполнено тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава протезом

«Феникс» второй генерации цементной фиксации. В 2005 г. после травматичного осмотра появилась резкая боль в левом тазобедренном суставе. Через трое суток повысилась температура до 38°C, гиперемия в области верхней трети бедра. При поступлении визуально определяется припухлость в области верхней трети послеоперационного рубца по передней поверхности левого бедра, размером 10*15 см с участком флюктуации 2*2см в центре, окруженным зоной гиперемии. Припухлость при пальпации умеренно болезненна. Движения в левом тазобедренном суставе умеренно болезненны. Левое бедро умеренно отечно, пастозно.

В месте наибольшей флюктуации выполнен прокол кожи. Выделилось 500 мл светло-желтой прозрачной жидкости (при бактериальном посеве выделено *St. Aureus* 10*3 КОЕ/мл, грибы рода *Candida* 10*3 КОЕ/мл). Патогенной и условно-патогенной аэробной флоры в крови не обнаружено. Проводилось лечение: антибиотики (цефтриаксон, рифампицин), противогрибковая терапия (нистатин, метрогил), плазмозаменители и белковые препараты, непрямые коагулянты, витамины, переливание одногруппной эр.массы и СЗП. Местно: промывание раны растворами антисептиков (йодопирон, диоксидин, мирамистин), озонотерапия. Ежедневно из раны выделялось от 10 до 100 мл серозной жидкости в течение 40 дней.

На фистулограмме контраст проходит к цементу эндопротеза.

Выполнена операция: удаление эндопротеза левого тазобедренного сустава «Феникс» и компонентов цемента. Послеоперационный период без осложнений. Проводилось лечение: активное дренирование, антибиотики, витамины, переливание одногруппной эритроцитарной массы и СЗП, перевязки с растворами антисептиков. С 3-го дня после операции больную поставили на ноги, ходит на костылях в сопровождении. Выписана на амбулаторное долечивание в удовлетворительном состоянии. Воспалительный процесс купирован.

Присоединение грибковой флоры существенно отягощает течение гнойно-септических осложнений, приводя к необходимости удаления протеза. Адекватный осмотр больных, строгое соблюдение правил асептики, выявление и санация хронических очагов инфекции, проведение мер по увеличению резистентности организма, профилактики грибкового инфицирования после операций позволят сократить воспалительные осложнения.

СЕМНАДЦАТИЛЕТНЯЯ РЕМИССИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ
ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ
НЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Симаков Р.Ю., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом экстремальной медицины

Научный руководитель: проф. Назаров Е.А.

Асептический некроз головки бедренной кости – это тяжелое дегенеративно-дистрофическое поражение тазобедренного сустава, приводящее к

стойкой инвалидности. Сущность заболевания заключается в субхондральном некрозе части костного вещества головки бедренной кости с последующим ее разрушением в наиболее нагруженном сегменте с исходом в коксартроз. На его долю приходится от 1,2 до 4,7% всей ортопедической патологии тазобедренного сустава. Болеют в основном мужчины трудоспособного возраста 30-50 лет. Двустороннее поражение встречается в 50% случаев. Провоцирующими факторами могут быть микро- и макротравмы сустава, алкоголизм, жировая эмболия, кессонная болезнь, применение кортикостероидов и др. Они ведут к нарушениям кровоснабжения субхондральной кости, вплоть до её некроза. Исходя из сосудистой теории возникновения этой патологии на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии нашего университета в 1984 году был разработан метод реваскуляризации шейки и головки бедренной кости нижней надчревной артерией с сопровождающими её венами. Эта операция была выполнена более чем ста пациентам.

В качестве примера приведём следующее наблюдение: больной К., 32 лет, поступил 11 марта 1988 года в клинику ортопедии с жалобами на боли и ограничение движений в тазобедренных суставах, хромоту. После обследования был выставлен диагноз: асептический некроз II стадии головки левой бедренной кости. Дорентгенологическая стадия асептического некроза головки правой бедренной кости. 14 марта больному выполнена реваскуляризация головки и шейки левой бедренной кости и трепанобиопсия из головки и шейки правой бедренной кости, которая подтвердила диагноз. Через год больному была выполнена аналогичная операция на правом тазобедренном суставе. В течение семнадцати лет больной чувствовал себя удовлетворительно. Работал сторожем-вахтёром. В октябре 2005 года боли и хромота усилились, был госпитализирован в клинику ортопедии. После обследования больному было выполнено эндопротезирование левого тазобедренного сустава. Головка и шейка левого тазобедренного сустава взяты на гистологическое исследование. Заключение гистологического исследования: после реваскуляризации в шейке и головке бедренной кости формируется обширная артериальная и венозная сеть. Просвет пересаженных сосудов сохраняется на значительном протяжении, постепенно суживаясь по направлению к поверхности головки, но полностью не исчезает. Костная ткань сохраняет свою структуру, признаков её некроза не выявлено.

Данный метод хирургического лечения позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания на длительный срок (более 17 лет).

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ТАРАННОЙ КОСТИ ЗА 2001-2005 ГОДЫ

Увачёва А.Н., Кибкало Е.С., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом экстремальной медицины

Научный руководитель: асс. Селезнев А.В.

Повреждение таранной кости встречается достаточно редко в 2% случаев от всей скелетной травмы у человека, тем не менее, таранная кость играет важную роль в анатомии и биомеханике нижних конечностей, поэтому грамотная и своевременная диагностика и лечение её повреждений имеет большое клиническое значение.

Был проведен анализ историй болезней ОКБ г. Рязани за период с 2001 по 2005 годы. Полученные данные представлены следующим образом: в выборке преобладают мужчины (23 человека) большинство наиболее трудоспособного возраста; половина пострадавших лица физического труда; чуть больше половины контингента жители города.

По нашим данным 19 из 27 человек поступили в клинику в течение нескольких часов от момента получения травмы. В 1-ом случае пациент доставлен через несколько дней. В 7 случаях давность травмы установить не удалось. Практически все случаи повреждения таранной кости за исключением 1-го были закрытые, а в 2/3 случаев сочетались с травмой других отделов опорно-двигательного аппарата.

По локализации повреждения таранной кости распределились следующим порядком: перелом тела таранной кости в 12 случаях; перелом шейки таранной кости в 6 случаях; оскольчатый перелом в 9 случаях; краевой перелом в 4 случаях; перелом блока таранной кости в 3 случаях; переломовывих в 8 случаях. Необходимо отметить, что в случаях сочетанных повреждений ввиду преобладания травм других локализаций, повреждения таранной кости диагностировались не сразу, а по истечении нескольких дней.

В клинике в зависимости от повреждения, локализации и давности проводилось следующее лечение: в случаях переломов без смещения отломков выполнялась только гипсовая иммобилизация; при переломах со смещением в ряде случаев накладывалось скелетное вытяжение, а в некоторых случаях проводили репозицию и фиксацию спицами или компрессионным винтами; в случаях значительного разрушения таранной кости выполнялся артродез голеностопного сустава.

По материалам архива выяснилось, что в 4-х случаях впоследствии развился асептический некроз таранной кости, в 2-х случаях перелом не сросся. Таким образом, в 6 из 27 случаев, а это 22% развились осложнения.

В заключение надо отметить: высокую частоту осложнений; случаи позднего выявления повреждения таранной кости; при тяжелых повреждениях приходилось прибегать к операции артродез.

ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Кудашова О.В., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра травматологии и ортопедии с курсом экстремальной медицины

Научный руководитель: асс. Леднёв В.Ю.

Согласно данным литературы, результаты лечения повреждений локте-

вого сустава в большом числе случаев остаются неудовлетворительными. Это связано с особенностями анатомии данной области и функционированием мышц, действующих на локтевой сустав (частое развитие кальцификации мышц, гетеротопической оссификации, смешанных контрактур).

Переломы в области локтевого сустава составляют от 3,5 до 6,5% всех повреждений опорно-двигательного аппарата. По типу повреждений они делятся: переломы головки лучевой кости – 3,3%, переломы локтевого отростка – 21,3%, переломы дистального конца плечевой кости – 50,8%, сочетание переломов дистального конца плечевой кости с переломами проксимальных концов костей предплечья – 13,1%, повреждение Монтеджи – 11,5%. В клинике травматологии с 2001 по 2005 гг. пролечено 96 пациентов (из них 52 мужчины) с внутрисуставными переломами локтевого сустава, в возрасте 46 ± 14 лет. Имели место следующие повреждения: переломы локтевого отростка 38 случаев, переломы мыщелков плечевой кости – 22, вывихи предплечья – 26, переломы и переломовывихи головки лучевой кости – 10 пациентов. Использовались методы: статистический, клинический, рентгенологический. При переломах локтевого отростка со смещением в клинике используется операция остеосинтеза стягивающей проволоочной петлей, при переломах мыщелков плечевой кости – остеосинтез компрессирующими винтами, при переломах головки лучевой кости (особенно в застарелых случаях) – ее удаление. Удовлетворительным функциональным результатом лечения переломов области локтевого сустава явилось восстановление его нормальной анатомии и нормальной функции 86%.

При большинстве переломов дистального отдела плечевой кости, необходимы две составляющие лечебного процесса: открытая репозиция, остеосинтез перелома в течение 6-8 часов с момента получения травмы; функциональная послеоперационная терапия (ранние движения), обычно к 4-6 дню после операции. Для достижения оптимального функционального результата лечение должно быть начато в первые часы после получения травмы и быть адекватным. Особое внимание уделяется реабилитационному периоду, который необходимо начинать в максимально ранние сроки.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРОМБЭНДАРТЕРАКТОМИЙ В АОРТО-ПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ

Баранов С.В., 4 курс, лечебный факультет

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии

Научный руководитель: асс. Калинин Р.Е.

В исследование вошли 75 больных, поступивших в отделение сосудистой хирургии РОККД с острыми тромбозами аорто-подвздошного сегмента. Продолжительность анамнеза основного заболевания колебалась от 1 до 3 лет - 21 человек, от 3 до 5 лет - 19 человек и более 5 лет - лишь у 6 человек. Не имели в анамнезе перемежающейся хромоты – 29 человек.

Сроки острого тромбоза в основном были более 3 дней – 48 человек, от

1 до 3 дней - 19 человек и менее 1 дня - 8 человек. Предоперационный койко-день составлял от 1 до 3 дней - 35 человек, менее 1 дня - 15 человек, более 3 дней - 9 человек. У всех исследуемых больных наблюдалась ишемия нижних конечностей, причем ишемия 3А ст. у 29 человек, 2Б ст. у 26 и 2А ст. у 4. Стабилизированная ишемия напряжения нижних конечностей была у 16 больных. Из числа больных с ишемией нижних конечностей ранее перенесли операции на артериях аорто-подвздошного сегмента – 40 человек, причём у 5 была произведена ампутация одной из нижних конечностей.

Реконструктивных операций в этой группе не выполнялось. Всего прооперировано 59 человек. Не оперировано 16 пациентов. Простая тромбэктомия из подвздошных артерий выполнена у 7 больных, тромбэндартерэктомия у 33 больных (умерло – 4 человека, 7,8%), тромбэндартерэктомия с пластикой ГБА у 11 больных. АБШ выполнено у 6 больных (из них у 3 больных БАБШ), ПББШ выполнено у 2 больных (в этой группе летальность – 0%). Из 59 прооперированных больных у 8 произведены ампутации нижних конечностей. Из анамнеза в группе повторных больных операции тромбэндартерэктомии по поводу ретромбоза были выполнены в течение года у 7, от 1 до 3 лет у 19, от 3 до 5 лет у 11 и более 5 лет у 3 больных.

В результате исследования сделаны следующие выводы: с увеличением числа протяженных эндартерэктомий увеличивается удельный вес больных с рецидивами тяжёлой ишемии нижних конечностей, нуждающихся в повторных реконструкциях. Естественно, что повторные реконструктивные операции сопряжены с ещё большими трудностями и операционным риском, поэтому операции протяженных эндартерэктомий должны проводиться только по строгим показаниям.

Прямые шунтирования и протезирования, особенно с использованием импортных протезов, несомненно, лучше так как «выживаемость» протезов и шунтов в отдаленные сроки значительно выше, чем протяженные эндартерэктомии в этих зонах. Так, что, по-видимому, происходит «переоценка ценностей», в отношении протезирований над тромбэндартерэктомиями в аорто-подвздошном сегменте.

СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ ДИСТАЛЬНОГО
АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ БИФУРКАЦИОННОГО АОРТО-БЕДРЕННОГО
ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Пшенников А.С., 4 курс, лечебный факультет
Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии
Научный руководитель: асс. Калинин Р.Е.

Одним из осложнений после применения протезов кровеносных сосудов является образование аневризмы в области анастомоза протеза с артерией. Смитт и Жилаги отмечали, что из всех осложнений, связанных с нарушением герметичности линии шва анастомоза наиболее частым является развитие ложной аневризмы 82 %. Как правило, образование аневризм протез-

кает бессимптомно, и она обнаруживается лишь при очередном обследовании больного, иногда лишь с помощью ангиографии. Наличие ложной аневризмы – это показание к оперативному лечению, так как возможно такое грозное осложнение, как разрыв.

Данную проблему предложено раскрыть на примере следующего пациента: больной 76 лет в 1988 г. был оперирован в одной из Московских клиник по поводу синдрома Лериша – тотальная окклюзия подвздошных артерий. Произведено аорто-бедренное протезирование. В 2003 г. обратился за помощью в РОККД, когда почувствовал резкую боль в голени и бедре слева, парестезии и побледнение кожных покровов в левой ноге. В паховой области слева пульсирующее болезненное образование диаметром 4 см. В результате обследования больного было выявлено: отсутствие пульса на ПКА, ЗБА, ПБА; ультразвуковая Допплерсфигмоманометрия : ЛП индекс слева 0,7; ультразвуковое Дуплексное сканирование в левой паховой области – аневризма бедренно-бедренного анастомоза размером 70-60-48 мм с организованным циркулярным тромбом; аортография по Сельдингеру с пункцией плечевой артерии: в проекции ОБА пульсирующее образование шаровидной формы 3X3 см заполняется участок 01x03 см, остальное тромбированно. Заключение: тромбированная аневризма ОБА.

Была выполнена операция резекция аневризмы с формированием нового бедренно-бедренного анастомоза: разрезом по Пирогову на 1 см выше паховой складки был выделен протез и взят на держалку с целью избегания кровотечения. Типичным доступом по линии Кена в верхней трети левого бедра выделена аневризма, которая в последующем была резецирована, и был сформирован новый анастомоз конец в конец. Послеоперационных осложнений нет, больной был выписан в удовлетворительном состоянии с периферическим пульсом и компенсированным кровообращением на левой ноге.

В ноябре 2005 г. повторная госпитализация в РОККД в связи с болями в икроножных мышцах, парестезиями на правой ноге, наличие пульсирующего образования в правой подвздошной области диаметром 6 см. В результате обследования: пульс на правой ПКА, ЗБА, ПБА – отсутствует; ультразвуковая Допплерсфигмоманометрия : ЛП-индекс 0,65; ультразвуковое Дуплексное сканирование в правой подвздошной области образование с нечеткими контурами размером 60,85,59 см. – ложная аневризма дистального анастомоза с тромбом; аортография по Сельдингеру с пункцией плечевой артерии отмечается аневризматическое расширение дистального отдела аорты в области центрального анастомоза 3X3 см. и аневризма периферического анастомоза справа. В стационаре отмечается отрицательная динамика – аневризма вдвое увеличилась в размере (10-12 см).

Была выполнена операция: Протезирование ОБА справа. Лапаротомия, ревизия центрального анастомоза. В ходе операции произведена пальпаторная ревизия центрального анастомоза, который аневризматически изменен без признаков расслоения размером 4x4 см. Фиксирован окружаю-

щими тканями. Типичным доступом по линии Кена в верхней трети правого бедра была выделена аневризма, которая в последующем вскрыта, и извлечены тромбические массы объемом 400-500 мл. В области правой бранши протеза отмечается отверстие диаметром 5 мм, которое послужило причиной образование ложной аневризмы (в Москве – протезотомия: интродооперационный тромбоз бранши). Затем формируется анастомоз с ПБА (С ГБА анастомоз не формируют из-за массивного спаечного процесса. Она была прошита от масс с окружающими тканями.) Образованный диастаз решено заполнить аллопротезом “Экофлон” диаметром 8 мм. Послеоперационных осложнений нет, больной был выписан в удовлетворительном состоянии с периферическим пульсом и компенсированным кровообращением на правой ноге.

Таким образом, ложная аневризма – грозное и частое осложнение в реконструктивной хирургии артерий, требующих своевременной диагностики и своевременного лечения. Операцией выбора является резекция ложной аневризмы с формированием нового анастомоза.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
МНОГОУЗЛОВОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА

Беликова А.А., 3 курс, медико-профилактический факультет

Кафедра хирургических болезней с курсом урологии

Научный руководитель: асс. Пузин Д.А.

Многоузловой зоб (МУЗ) – заболевание, характеризующееся наличием двух и более узловых образований в ткани щитовидной железы (ЩЖ). Актуальность данной патологии связана с широкой распространенностью (до 50%) заболеваний ЩЖ в популяции. Вариантами многоузлового зоба могут быть как одна патология ЩЖ (многоузловой коллоидный зоб, множественные аденомы ЩЖ, многофокусный рак ЩЖ), так и сочетание нескольких патологий одновременно (аденомы с коллоидным зобом, с аутоиммунным тиреоидитом и т.д.). Под МУЗ понимают многоузловой коллоидный зоб, хотя наиболее часто МУЗ представлен сочетанием нескольких патологий ЩЖ. До настоящего времени остается дискуссионным вопрос об объеме оперативного вмешательства при МУЗ.

Основные осложнения, встречающиеся при операциях по поводу МУЗ – гипотиреоз (от 4 до 73%) и рецидивный зоб (от 3 до 7% за последнее десятилетие, но это не истинная частота рецидивов, а количество повторных операций, производимых в клиниках при рецидивном зобе). Основные причины послеоперационного гипотиреоза: малое количество оставленной тиреоидной ткани, аутоиммунный тиреоидит (АИТ), возникший как до, так и после операции на ЩЖ. Основные причины рецидивного зоба: оставленные узлы на первой операции («ложный» рецидив), большой объем оставленной тиреоидной ткани, отсутствие послеоперационного противорецидивного консервативного лечения.

Были обследованы 26 человек, оперированных по поводу МУЗ в отделении эндокринной хирургии в 2000г. В план обследования больных входили: общий осмотр, УЗИ тиреоидных остатков, исследование ТТГ и свободного Т4 сыворотки крови. Среди обследованных 24 (92%) женщины и 2 (8%) мужчин. Средний возраст – 58 лет. 13 (50%) больных были оперированы по поводу коллоидного зоба, 5 (19,2%) по поводу аденом, 7 (26,9%) – аденома на фоне коллоидного зоба и 1 (3,8%) – аденома на фоне АИТ.

Были выполнены: субтотальная резекция ЩЖ – 7 (27%) больных (5 с коллоидным зобом, 2 – аденома и коллоидные узлы), субтотальная резекция одной доли – 10 (38,5%) больных (6 – коллоидный зоб, 2 – аденома, 2 – аденома и коллоидные узлы), частичная резекция одной доли – 4 (15%) больных (3 – аденома, 1 – коллоидный зоб), частичная резекция обеих долей – 5 (19,5%) больных (3 – аденома и коллоидный зоб, 1 – коллоидный зоб, 1 – аденома на фоне АИТ). Тяжелые послеоперационные осложнения (парезы, параличи гортани, гипопаратиреоз) не были выявлены ни в одном из наблюдений. В послеоперационном периоде сразу 9 (34,6%) больных получали L-тироксин в дозе 50-100 мкг/сут, 9 (69,2% от всех больных с УКЗ), оперированным по поводу коллоидного зоба назначен «Йодомарин 100».

В ходе обследования были получены следующие результаты: рецидивный зоб (узел более 1 см в диаметре по данным УЗИ) – 1 (3,8%). 13 (50%) принимают L-тироксин в дозе 50-100 мкг/сут, всем выполнены или обширные резекции одной доли, или резекции обеих долей ЩЖ.

Обращает внимание изменение структуры тиреоидных остатков по данным УЗИ у больных, перенесших резекции большого объема – диффузная неоднородность, снижение эхогенности, что является косвенным признаком АИТ. В пользу развития АИТ в послеоперационном периоде свидетельствует и то, что 4 (15,4%) L-тироксин был назначен не сразу, а через год и более после операции, в связи с развившимся гипотиреозом.

Таким образом, при многоузловом зобе целесообразно производить органосберегающие операции, при условии обязательного профилактического лечения и диспансерного наблюдения. При наличии множественных аденом щитовидной железы необходимы более объемные резекции щитовидной железы с последующим назначением супрессивной дозы тиреоидных гормонов. При наличии узлового зоба на фоне АИТ при первой операции – проведение лазеротерапии на область тиреоидных остатков, с целью профилактики гипотиреоза.

СОСТОЯНИЕ ХОЛЕДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ БИЛИАРНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ
С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
ПО ДАННЫМ УЗИ-МОНИТОРИНГА

Миранда Алвис Акас, Шава Джейн, 3 курс, лечебный факультет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель: преп.-стажер Шелухина С.В.

Несмотря на признание многими исследователями вегетативных нарушений одним из ведущих механизмов развития билиарных дисфункций, в литературе практически не описано влияния характера вегетативного обеспечения на желчевыделение. Подходы к терапии таких больных зачастую унифицированы, осуществляются без учета действительного состояния моторики желчевыводящих путей, особенностей холединамики каждого конкретного пациента. В работе для оценки функционального состояния билиарной системы использовался метод ультразвуковой эхографии с холекинетической пробой, УЗИ-мониторинг желчного пузыря. Для исследования состояния вегетативного регулирования СВТ-ЦИТО.

У 40 больных билиарными дисфункциями оценивался объем желчного пузыря натощак. Каждые 30 минут после желчегонного завтрака (стол №5) для исследования состояния вегетативного регулирования использовался СВТ-ЦИТО. Данный прибор позволяет оценить общий и сегментарный вегетативный тонус путем измерения электрокожного сопротивления (ЭКС) и температуры кожи (Т) в биологически активных точках (точках пособниках на акупунктурных меридианах), связанных с корреспондирующими их органами. Температура кожи отражает состояние парасимпатического (ПС), а электрокожное сопротивление - симпатического (С) отдела ВНС. У больных с различным состоянием вегетативной нервной системы имеются характерные особенности желчевыделения. Так, у больных с ваготонией отмечен меньший исходный объем желчного пузыря, уменьшение времени его сокращения и минимального объема по сравнению с эутонией. Указанные изменения обусловлены характерным патологическим усилением влияния парасимпатической нервной системы, обеспечивающей спазм сфинктеров Одди и Люткенса, препятствующий поступлению желчи в желчный пузырь. Повышение тонуса блуждающего нерва вызывает замедление открытия и раннее закрытие сфинктеров желчевыводящей системы, и повышение функциональной активности желчного пузыря. Таким образом, значительно уменьшается время его сокращения, но скорость выделения желчи из-за высокого сопротивления току желчи и низкого внутрипузырного давления достаточно невысокая. Указанные особенности желчевыделения выявлены у 60% обследуемых больных.

У больных с симпатикотонией имел место больший исходный объем желчного пузыря и увеличение времени его сокращения (120 мин), обусловленное влиянием симпатической нервной системы. Оно способствует снижению тонуса желчного пузыря, беспрепятственному поступлению в него желчи и повышению внутрипузырного давления. Таким образом, скорость желчевыделения близка к значениям ее у пациентов с ваготонией за счет повышения внутрипузырного давления и отсутствия сопротивления току желчи. Данные изменения были выявлены у 26,7% обследуемых больных. У 13,3% пациентов без выраженных явлений вегетоневроза при

ультразвуковом исследовании были выявлены, близкие к нормальным, показатели холединамики. Лечение больных следует назначать, основываясь на определении характера нарушения холединамики каждого пациента и состоянии вегетативного обеспечения.

ПОРТРЕТ «ОТКАЗНОГО» РЕБЕНКА И ЕГО СЕМЬИ

Забелина Ю.Ю., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии и педиатрии ФПДО

Научный руководитель: доц. Ткаченко Т.Г.

В Российской Федерации существует более 3000 учреждений для детей, оставшихся без попечения родителей. В них живут 260000 малышей: сироты, дети, чьи родители были лишены родительских прав или отказались от ребенка. По законодательству РФ право отказаться от ребенка имеет любая семья, при наличии соответствующего заявления от обоих родителей. Чаще всего отказ от ребенка происходит непосредственно в роддоме.

Цель исследования: изучение динамики отказов от детей за 10 лет и составление «портрета» ребенка «отказника» и его семьи по Рязанской области.

Количество отказных детей, включая подкидышей, по Рязанской области за период 1995-2005 гг. находится на одном уровне, но имеет тенденцию к росту (0,9 - 1,1% от числа родившихся). Семьи, отказавшиеся от ребенка, в основном, социально-неблагополучные.

72% женщин в браке не состоят. Возраст женщин – активный детородный период 18-35 лет (70%). Самой молодой матери - 14 лет («юные» матери составляют 18%). Число отказов одинаково как в городе, так и в селе. 44% женщин безработные, 8% - учащиеся, 75% во время беременности не наблюдаются, 47% злоупотребляют алкоголем. Сведений об отце, как правило, нет. Женщины отказывается от ребенка при 1-ой беременности в 23% случаев, чаще - при 3-ей и более (36%). Большой процент преждевременных родов (39%), в то время как в популяции он составляет 5%. Часты домашние роды - в 13%.

Большинство детей рождено с оценкой по Апгар 7/8 баллов. Выявлен высокий уровень внутриутробной гипотрофии (54%). Симптомы внутриутробной инфекции регистрировались у 85% детей (ринит, конъюнктивит, пневмония, пиодермия), анемия новорожденных в 31%, неонатальная желтуха - у 58%. У 15% новорожденных диагностировано глубокое поражение ЦНС. 38% детей с врожденными пороками развития, при этом 30% из них – это дети с кардиологическими стигмами (ООО, ДТЛЖ)

В г. Рязани ежегодно усыновляется около 30 детей из 100 на 1-ом году жизни, из них 20 детей - гражданами РФ, 4 – иностранными гражданами, 6 – берется под опеку. К сожалению, лишь 10% детей усыновляется в раннем неонатальном периоде, когда они имеют больше возможности восстановления. Дети - «отказники» – это дети 2-3 группы здоровья, что демонстрирует зависимость здоровья ребенка от здоровья женщины, ее поведе-

ния во время беременности, заведомого нежелания иметь детей.

Таким образом, проблема отказов от детей по-прежнему сохраняет свою актуальность и имеет социальную значимость.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ,
ПОЛУЧАВШИХ АДАПТИРОВАННУЮ МОЛОЧНУЮ СМЕСЬ НУТРИЛОН

Харламова Н.М., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии и педиатрии ФПДО

Научный руководитель: доц. Ткаченко Т.Г.

Адаптация желудочно-кишечного тракта ребенка первых месяцев жизни к новым условиям существования и питания - один из наиболее важных этапов развития. Лучшим видом вскармливания является грудное молоко матери. Однако, в силу различных причин, значительное число детей (60 % к 6 месяцам) лишены материнского молока и находятся на искусственном вскармливании.

Целью исследования явилось изучение состояния здоровья детей в возрасте до 1 года, находящихся на вскармливании адаптированной смесью НУТРИЛОН, в сравнении с детьми, получающими грудное молоко. Проведен анализ 40 амбулаторных карт городских детей. 20 детей получали грудное молоко (1 группа), 20 - смесь НУТРИЛОН (2 группа). В исследовании учитывалось состояние здоровья, физическое и нервно-психическое развитие детей, а также возраст и состояние здоровья матери, особенности течения беременности и родов. В обеих группах женщины были одинакового возраста. Фоновые состояния здоровья хуже в 1 группе, но осложненный течения беременности (гестозы, инфекции) было больше во 2 группе. Качество питания беременных - удовлетворительное. Среди причин перевода на искусственное вскармливание основной является гипогалактия (80%), заболевания новорожденных, мастит у женщин. Сроки перевода на НУТРИЛОН от рождения до 3,5 месяцев. В обеих группах дети родились со средними показателями физического развития, оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Сроки прикладывания к груди 1-3 сутки. Лишь по 1 ребенку в обеих группах были приложены к груди в родильном зале.

К 1 году физическое и нервно- психическое развитие детей в 1 и 2 группах оказалось одинаковым и соответствовало норме у 90% детей, у остальных – гипотрофия 1 степени. Заболевания респираторного тракта чаще наблюдались у детей из 1 группы. Патология пищеварительной системы регистрировалась с одинаковой частотой в обеих группах (дисбактериоз кишечника, запоры у 15% детей). Анемия легкой степени и атопический дерматит чаще (1 группа – 10%, 2 группа – 5 %) выявлялись у детей, находившихся на грудном вскармливании. Рахит - чаще во 2 группе. В общем анализе мочи у детей, находящихся на искусственном вскармливании в 50% встречалась нейтральная реакция, в копрограмме непереваренные компоненты.

По результатам наших исследований можно сделать заключение, что данная смесь удовлетворяет физиологические потребности ребенка в основных питательных веществах и обеспечивает адекватный рост и развитие.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ДЕТЕЙ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Лукьянова Е.И., 5 курс, медико-профилактический факультет
Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии и педиатрии ФПДО
Научный руководитель: асс. Гудков Р.А.**

Онкологические заболевания у детей (ОЗД) представляют собой большую медико-социальную проблему, в связи с серьезностью прогноза, сложностью и высокой стоимостью лечения. Большое значение имеют эпидемиологические исследования.

Учёт ОЗД в Рязанской области ведется с 1996 г., но полноценного мониторинга с изучением факторов риска не проводится. Изучены данные обо всех случаях ОЗД в Рязанской области за период 1995-2005 гг., суммируя данные онко-гематологического отделения РОДКБ, областного онкодиспансера, сведения районных педиатров. Изучены манифестные симптомы и сроки установления диагноза. Результаты обработаны статистически и представлены в диаграммах.

Наибольшее число случаев ОЗД зарегистрировано в Рязани, Ряжске, Касимове, Сасове. По абсолютному числу случаев и по заболеваемости на 1000 детского населения лидируют районы западной и юго-западной частей области (Новодеревенский, Ряжский, Милославский и Рыбновский, Рязанский, Спасский районы). Это районы, испытывающие техногенную нагрузку вследствие загрязнения территории предприятиями металлургии и ТЭК, а также радионуклидами. Здесь в структуре ОЗД высока доля солидных опухолей (СО) и опухолей головного мозга (ОГМ). В северной и восточной частях области заболеваемость ниже, здесь преобладают опухоли крови.

Всего зарегистрировано 346 случаев заболеваний. На протяжении 1996-2005 гг. роста заболеваемости не выявлено, больше всего случаев отмечено в 1996 и 2003 году. СО и опухоли крови имеют параллельную динамику с тенденцией к росту, ОГМ имеют тенденцию к снижению. В структуре ОЗД преобладают опухоли крови 54% в том числе острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) 32%, лимфогранулематоз 10%, лимфомы 7% и острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) 5%. На долю СО приходится 30%, а ОГМ - 18%. В последние годы возросла доля ОЛЛ, ОМЛ и СО, а доля ОГМ снизилась.

Наибольшее число заболевают дети 1 года жизни, дальнейшие пики заболеваемости соответствуют началу 1 и 2 ростовых скачков. СО наиболее часты у детей первых 4 лет жизни (эмбриональные опухоли) и у (саркомы, меланомы).

В 45% случаев заболевания диагностируются своевременно (до 1 месяца от появления манифестных симптомов), и сравнительно своевременно (до

2 месяцев) в 24%. Чаще поздняя диагностика отмечается в районах области, связана с поздним обращением к врачу, низкой доступностью медицинской помощи, низкой онконастороженностью педиатров в районах и объективной сложностью дифференциальной диагностики.

В ходе исследования составлен наиболее полный регистр ОЗД, в который впервые включены подростки. Выявлены особенности эпидемиологии ОЗД в Рязанской области, в частности географические особенности распределения и предполагаемая связь с экологической ситуацией.

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ У ДЕТЕЙ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ

Саполетова Е.А., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии и педиатрии ФПДО

Научный руководитель: доц. Ткаченко Т.Г.

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – это острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, генерализованной лимфаденопатией, поражением небных и глоточных миндалин, увеличением печени и селезенки и характерными изменениями гемограммы. Наиболее часто возбудителем инфекции является вирус Эпштейна-Барр; ЦМВ-индуцированный мононуклеоз как первичная инфекция возникает у иммуносупрессированных больных. В последние годы в Рязанской области отмечается рост заболеваемости инфекционным мононуклеозом до 6,6 на 100 тыс. населения (по России 4,7), 90% составляют дети, преимущественно от 1 до 7 лет, в 5% случаев зарегистрирован ИМ у детей до 1 года.

Проведено исследование, целью которого было изучение особенностей течения инфекционного мононуклеоза, а также - новых схем эффективной медикаментозной терапии заболевания. Обследовано 20 детей со средне-тяжелым и тяжелым течением в возрасте от 11 месяцев до 17 лет. Преобладали мальчики (70%). Дети поступали в стационар с подозрением на ИМ на 7–10 день от появления первых симптомов. Начало острое, с подъема температуры до 37,5 - 39⁰С и продолжительностью лихорадки от 3 дней до 3 недель. У 70% детей на коже имелась мелкоочечная пятнисто-папулезная сыпь, у всех заболевших наблюдалась ангина, увеличение переднее- и заднешейных лимфоузлов, у 60% - подчелюстных, у 30% при УЗИ визуализировались лимфоузлы в воротах печени, селезенки и забрюшинном пространстве. Гепатомегалия – в 100% случаев, спленомегалия имелась у 80% заболевших детей.

Время появления атипичных мононуклеаров в периферической крови варьировало от 4-го – 6-го дня до 2-ой – 4-ой недели с момента заболевания, разброс процентных показателей – от 6 до 39%.. При уровне мононуклеаров ниже 15-18% спленомегалия не развивалась, а увеличение печени было не столь выражено. Печеночные пробы повышены в 70% случаев. У одного ребенка наблюдалось очень тяжелое течение с осложнениями – сиа-

лоаденитом с плотной инфильтрацией мягких тканей в области подчелюстной железы справа и анемией II степени, что потребовало проведение дифференциальной диагностики с опухолью.

Использование биопарокса, неовира, виферона и циклоферона у обследованных детей способствовало более быстрой динамике основных клинико-гематологических проявлений заболевания и сократило средний срок пребывания больных в стационаре с 21–35 в контрольной группе до 14–21 дня в группе детей, получающих интерферонотерапию. Системные антибиотики назначали при тяжелых формах заболевания.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ В₁₂- И ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Саполетова Е.А., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии и педиатрии ФПДО
Научный руководитель доцент Ткаченко Т.Г.

Анемия – заболевание, характеризующееся снижением в крови уровня гемоглобина, повышением распада эритроцитов и снижением их образования. В раннем детском возрасте 80% анемий обусловлены дефицитом железа, реже развиваются В₁₂- и фолиево-дефицитные (1 – 2%) и белководефицитные (0,5%) анемии. Причиной развития дефицита фолиевой кислоты у детей является вскармливание козьим молоком, в котором этого витамина мало (анемия Якша – Хайема), длительное лечение противосудорожными препаратами, синдром мальабсорбции, Характерные изменения в крови: обнаруживается гиперхромная макроцитарная анемия со снижением количества ретикулоцитов и тромбоцитов, лейкопения. В миелограмме выявляется типичная картина мегалобластического кроветворения: большое число мегалобластов, полисегментированность нейтрофилов и укрупнение их размеров, снижение мегакариоцитов.

Мальчик Б., 6 мес., поступил в гематологическое отделение ОДКБ из районной больницы. Ребенок от 6-ой беременности, 6-х родов; вес при рождении 2700 г, рост – 50 см. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев, затем и до 6 месяцев времени получал только козье молоко. Перенесенные заболевания: ОРВИ (дважды), пневмония, острый бронхит. По поводу анемии получал препараты железа, но наблюдалась отрицательная динамика: в ОАК уровень гемоглобина с 91 г/л в 2 мес. снизился до 31 г/л в 6 мес., а уровень эритроцитов – с $3,0 \cdot 10^{12}/л$ до $1,15 \cdot 10^{12}/л$.

При поступлении общее состояние тяжелое, вялый, крик слабый, кожа бледная; дефицит массы тела 15%; задержка умственного и физического развития на 2 месяца. Тахикардия, тахипноэ. Живот вздут; печень + 5 см, селезенка + 3 см. В ОАК: эритроциты $1,15 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 31 г/л, тромбоциты $17,2 \cdot 10^9/л$ (15:1000), лейкоциты $4,1 \cdot 10^9$ СОЭ – 53 мм/ч. Сывороточное железо 15 ммоль/л. В миелограмме – мегалобластный тип кроветворения – 52% клеток, полисегментированность нейтрофилов, сниже-

ние уровня мегакариоцитов. Клинический диагноз: В₁₂ - и фолиеводефицитная анемия III степени с тромбоцитопенией; гипотрофия II степени. После назначения цианокобаламина и фолиевой кислоты, введения питания адаптированной смесью Нутрилон состояние ребенка значительно улучшилось, отмечалась положительная динамика в ОАК: количество эритроцитов увеличилось до $3,7 \cdot 10^{12}$ /л (ретикулоциты 55%), уровень гемоглобина – до 120 г/л, тромбоцитов – до $189 \cdot 10^9$ /л (51:1000).

Таким образом, при тяжелом течении анемии у детей раннего возраста необходимо комплексное обследование и дифференциально-диагностический подход к лечению.

ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА КОРТЕКСИН В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Строева Ю.В., 5 курс, лечебный факультет.

**Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии и педиатрии ФПДО
Научный руководитель: асс. Шатская Е.Е.**

Современные исследования свидетельствуют, что в структуре детской инвалидизации перинатальные повреждения ЦНС занимают 35-40%. В оптимизации терапевтического воздействия и поиске препаратов, которые являлись бы основой патогенетической коррекции критического состояния в целом и нейронального повреждения в частности состоит одна из основных задач перинатальной неврологии. Цель исследования: оценить эффективность включения препарата кортексин в схемы терапии перинатальных повреждений ЦНС у недоношенных новорожденных.

Группу исследования составили 86 новорожденных детей с перинатальным поражением нервной системы. Группа контроля, сопоставимая по спектру патологии, антропометрическим показателям, гестационному возрасту была представлена 54 новорожденными детьми. С целью объективизации результатов клинического осмотра использовалась шкала Л.Т. Журбы и Е.М. Мастюковой. Проводилось динамическое нейросонографическое (НСГ) обследование. Препарат кортексин в течение 10 дней в/м в дозе 0,5 мг/кг получали дети основной группы.

Анализ исходной оценки неврологического статуса установил клиническую репрезентативность групп. Совокупность признаков по шкале Л.Т. Журбы и Е.М. Мастюковой составила $12,2 \pm 2,2$ балла в исследуемой группе и $12,4 \pm 1,8$ в контрольной. Контрольное обследование определило увеличение суммарной оценки на 38,8% и 12,4% соответственно, что достоверно ($p < 0,05$) свидетельствует о более быстром восстановлении детей основной группы. При проведении НСГ в динамике было отмечено, что в группе исследования у 20,2% детей повторное исследование патологии не выявило. Среди новорожденных детей, в терапии которых использовались стандартные схемы, подобная картина определялась лишь в 18,4% случаев. Стойкая и прогрессирующая вентрикуломегалия выявлена 8,3% и 11,1%

обследований, соответственно по группам.

Образование перивентрикулярных кист диагностировано у 6 пациентов основной группы (7,1%) и 5 в группе контроля (9,25%). Ни в одном случае применение препарата не сопровождалось токсическими, аллергическими и иными побочными реакциями. В качестве положительного результата особенно значимого в терапии недоношенных и становлении новорожденных можно отметить отчетливый анаболический эффект препарата.

Применение препарата кортексин у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС является эффективным и безопасным методом, что подтверждается достоверным улучшением клинического неврологического статуса и тенденцией к минимализации «морфологических потерь» определённую при анализе нейросонографических исследований.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Тишкина И.Е., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра госпитальной терапии с курсом поликлинической терапии

Научный руководитель: доц. Окороков В. Г.

Цель исследования заключалась в выявлении дифференциально-диагностических критериев нейро-циркуляторной астении (НЦА) и гипертонической болезни (ГБ). Проведена оценка данных суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и показателей велоэрометрической пробы (ВЭП) призывников, обследованных в 8 кардиологическом отделении РОККД в 2005 г.

Для ГБ I ст. характерно: временной индекс гипертензии – 25%-50% лабильная АГ, не менее 50% стабильная АГ; вариабельность АД - систолического (САД) в дневное и ночное время более 15 мм рт ст, диастолического (ДАД) более 14 мм рт ст в дневное время, более 12 мм рт ст в ночное время; степень ночного снижения АД – оптимальная 10%-20%.

Для НЦА характерно: временной индекс гипертензии – не более 25% в дневное и ночное время; вариабельность артериального давления – САД в дневное и ночное время менее 15мм рт ст, ДАД менее 14 мм рт ст в дневное время, менее 12 мм рт ст в ночное время; степень ночного снижения АД – менее 10%. Во время ВЭП при ГБ умеренный прирост ДАД на 10-15 мм рт ст, САД всегда повышено; при НЦА – ДАД резко снижается, САД резко снижается или повышается. Во время отдыха при НЦА – возвращение АД или снижение ниже исходного, нормализация ЧСС длительная 7-10мин; при ГБ – ДАД быстро снижается, САД повышено, ЧСС нормализуется за 5-7 мин.

Выводы: 1. Дифференциальную диагностику между ГБ и НЦА по гипертоническому типу при разовых измерениях артериального давления нельзя считать достоверной. 2. Трудности диагностики ГБ I стадии и НЦД по гипертоническому типу в амбулаторных условиях объясняются в большин-

стве случаев отсутствием на догоспитальном этапе современных инструментальных методов исследования. 3. Дифференциальная диагностика ГБ I стадии и НЦД по гипертоническому типу невозможна без СМАД и ВЭП.

**ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ (ОКС):
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И НАРУШЕНИЯ РИТМА.**

Тишкина И.Е., 6 курс, лечебный факультет

**Кафедра госпитальной терапии с курсом поликлинической терапии
Научный руководитель-доцент Огороков В.Г.**

Цель исследования заключалась в анализе дисперсии скорректированного интервала QT (dQTc) после проведения реперфузионной терапии у больных острым коронарным синдромом (ОКС) и оценка характера нарушений ритма сердца. В исследовании участвовали: 1 группа – 25 больных, которым была проведена тромболитическая терапия (ТЛТ); 2 группа – 20 больных, которым ТЛТ не проводилась. Критерии оценки: динамика dQTc, регистрируемые нарушения ритма при поступлении, через 1 час после ТЛТ, на 1, 10, 21 сутки.

Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту и основным факторам риска. Через 1 час после ТЛТ dQTc у больных 1 группы существенно не изменилась. С конца 1 суток имелась тенденция к снижению dQTc к 21 суткам. Во 2 группе dQTc к концу 1 суток оставалась высокой, к 10 суткам наблюдалась также тенденция к снижению dQTc (90 ± 9 мс), с увеличением до 101 ± 7 мс к 21 суткам. У больных 1 группы с желудочковой экстрасистолой (ЖЭ) исходная dQTc была выше (148 ± 9 мс), чем у больных без нарушений ритма (111 ± 8 мс). К 10 и 21 суткам у больных как с ЖЭ, так и без нее, dQTc снизилась до 100 ± 5 мс и 65 ± 6 мс соответственно.

Выводы:

1. При остром инфаркте миокарда dQTc увеличивается в 1-е сутки, постепенно снижается к 10 и нарастает к 21 суткам. После проведения ТЛТ dQTc снижается к 21 дню. 2. Через 1 час после проведения системного тромболитика dQTc остается высокой, увеличивается частота регистрации реперфузионных аритмий. 3. Проведение ТЛТ обеспечивает ограничение очага некроза, предупреждает ремоделирования камер сердца, способствует электрической стабилизации миокарда, уменьшая dQTc и ЖЭ в более поздние сроки. 4. У больных с желудочковыми нарушениями ритма dQTc выше, чем у больных без нарушений ритма.

**НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:
РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА**

Лошакова О.Д., Панфилов Ю.А., 6 курс, лечебный факультет

**Кафедра госпитальной терапии с курсом поликлинической терапии
Научный руководитель: асс. Никулина Н.Н.**

Клиническое значение аритмий у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) заключается в утяжелении симптоматики заболевания, возможности провокаций более тяжелых нарушений ритма, повышения риска смертности за счет тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий (ФП) и увеличении риска внезапной смерти у больных с желудочковыми нарушениями ритма.

Цель исследования: определить структуру и влияние на 5-летний прогноз нарушений сердечного ритма и проводимости у больных с ХСН.

Проанализировано 229 историй болезни больных с ХСН I-IV функционального класса (ФК), находившихся на стационарном лечении в РОККД в 2000-2001 годах. Из них 126 мужчин (55%), средний возраст – $59,8 \pm 10,1$ года и 103 женщины (45%), средний возраст – $64,2 \pm 9,9$ года. 9,2% больных имели ХСН I стадии, 56,7% – IIА стадии, 31% – IIБ стадии и 3,1% – III стадии. Тяжесть ХСН на момент госпитализации: 76% больных – I-II ФК, 24% – III-IV ФК. Состояние больных 5-летней давности оценивалось по медицинской документации – жалобы, данные физикального обследования, ЭКГ, Холтеровское мониторирование, УЗИ сердца, антиаритмическая и сопутствующая терапия, состояние через 5 лет – по данным телефонного опроса (выживаемость/летальность, причины смерти).

За 5-летний период выжило 69% больных. Кривая дожития: 1 год – 86%, 2 год – 79%, 3 год – 73%, 4 год – 70% и 5 год – 69%. Основные причины 5-летней летальности: инфаркт миокарда – 41,7%, мозговой инсульт – 16,7%, прогрессирование ХСН – 8,3%, отказ электрокардиостимулятора и тромбоэмболия легочной артерии – по 2,8%, онкозаболевания – 8,3%. В 19,4% случаев причина смерти не установлена. Наличие в анамнезе перенесенного ИМ увеличивало вероятность летального исхода с 15,3% до 45,8%, снижение фракции выброса левого желудочка $<55\%$ – с 5,1% до 27,3%, наличие СД II типа – с 28,7% до 57,3%.

На начало исследования частота аритмий составила: перманентная форма ФП – 11,8% больных, пароксизмальная и персистирующие формы ФП – 10,9%, желудочковая экстрасистолия высоких градаций – 13,9%, частая наджелудочковая экстрасистолия – 8,3%, блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) – 16,2%. Летальность при различных видах аритмий составила: перманентная форма ФП – 50% больных, желудочковая ЭС высоких градаций – 46,2%, пароксизмальная/персистирующие формы ФП – 20%, атриовентрикулярная блокада 1-3 ст – 25%, БЛНПГ – 55,6%. Частота назначения антиаритмических препаратов составила: антиаритмики I класса – 2,6% больных, II класса – 28,8%, III класса – 12,2%, IV класса – 7,4%.

Выводы: 1) Основными причинами летальности у больных с ХСН I-IV ФК являются инфаркт миокарда, мозговой инсульт, прогрессирование ХСН. 2) Наиболее часто встречающимися аритмиями у больных ХСН I-IV ФК являются пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы ФП, желудочковая экстрасистолия высоких градаций, БЛНПГ. 3) Наиболее

прогностически неблагоприятными при ХСН являются перманентная форма ФП, желудочковая экстрасистолия высоких градаций и БЛНПГ. 4) В антиаритмической терапии больных с ХСН в РОККД приоритет отдается рекомендуемым препаратам – антиаритмикам III класса.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ОПЕРАЦИИ ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Загородний С.С., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра госпитальной терапии с курсом поликлинической терапии

Научный руководитель: асс. Никулина Н.Н.

ИБС в настоящее время чрезвычайно актуальная проблема, и все более значимая роль отводится ее хирургическому лечению.

Представлен клинический случай сочетанного применения аортокоронарного шунтирования (АКШ) и операции геометрической реконструкции левого желудочка (ЛЖ): больной К., 52 года, находился на стационарном лечении в РОККД 16.01.06-28.01.06. Жалобы при поступлении: умеренная одышка, головокружение, единичные перебои в работе сердца, незначительная потливость, слабость. Из истории заболевания: повышение артериального давления (АД) с 80-х гг., не лечился. В июле 2002 г. перенес острый крупноочаговый нижний инфаркт миокарда (ИМ). С этого времени появились симптомы ХСН и нарушения ритма в виде единичных полиморфных экстрасистолий. В июле 2005 г. перенес повторный острый крупноочаговый передне-боковой ИМ с формированием передне-верхушечной аневризмы ЛЖ. В декабре 2005 г. прооперирован в НЦССХ им. Бакулева, после чего симптомы ХСН уменьшились. Показание к операции – множественное сужение и окклюзия коронарных артерий.

При поступлении: АД 150/100 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, особенно на верхушке, систолический шум с эпицентром в точке Боткина.

Клинический диагноз: ИБС: прогрессирующая стенокардия напряжения. ПИКС (2002, 2005гг.). Хроническая аневризма передне-верхушечной области ЛЖ. Пристеночный тромб в полости ЛЖ. Состояние после операции геометрической реконструкции левого желудочка и АКШ-3 (01.12.2005). Гипертоническая болезнь 3 стадии, степень 3, риск 4. ХСН IIА стадии, 2 ФК. Единичная полиморфная экстрасистолия. ЦВБ: дисциркуляторная энцефалопатия. УЗИ сердца: линейная эхоструктура в нижней трети ЛЖ, которая делит его на 2 полости: большую - непосредственно сам ЛЖ, и меньшую, заполненную тромботическими массами, - ниже линейной эхоструктуры. Через линейную структуру определяется двусторонний кровоток.

Суть операции: в отличие от классической операции резекции постинфарктной аневризмы сердца, аневризматический мешок был ушит, а не иссечен. После наложения тefлоновой заплаты образовалось 2 пространства: подзаплаточное (непосредственно полость ЛЖ) и надзаплаточное. Тefлоновая заплатка явилась проницаемой для крови, следовательно надзаплаточное

пространство заполняется тромботическими массами и организуется. В результате такого подхода не повреждается сердечная сорочка, минимален риск отторжения, значительно улучшается геометрия ЛЖ.

Данный клинический случай продемонстрировал не только гемодинамическую целесообразность, но и хорошую переносимость и клиническую эффективность сочетанного подхода в хирургическом лечении ИБС и ее осложнения – хронической аневризмы ЛЖ.

ОБЩИЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЙ КАНАЛ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
Лошакова О.Д., Панфилов Ю.А., 6 курс, лечебный факультет
Кафедра госпитальной терапии с курсом поликлинической терапии
Научный руководитель: асс. Никулина Н.Н.

Открытый атриовентрикулярный канал (ОАВК)- редкая, но клинически и прогностически тяжелая патология. ОАВК - сложный врожденный порок сердца (ВПС), при котором существует аномальное сообщение между желудочками и предсердиями: через общий атриовентрикулярный канал, возникновение которого обусловлено дефектом развития эндокардиальных подушечек. Выделяют две формы порока: неполную (частичную) и полную форму ОАВК. Частота порока составляет 2-7 % всех ВПС.

Больной Б., 28 лет. Находился на стационарном лечении в 8 отд. РОККД в декабре 2005 г. Из анамнеза: в 1 год жизни: установлен диагноз ВПС. С 2000г после инфекционного эндокардита - пароксизмы фибрилляции предсердий. В 2002-2005 гг. неоднократно лечился стационарно в РОККД. Ухудшение самочувствия внезапно 3.12.05 – отмечает появление давящих загрудинных болей, усиливающихся, в положении лежа, перебои в сердце, одышку, слабость, повышение температуры до 38,1°. При поступлении: общее состояние средне-тяжелое. Вес 55 кг, рост 188 см. ИМТ 15,5 кг/м². Акроцианоз. Пастозность стоп и голеней. «Сердечный горб». ЧДД 22-24/мин. Расширение границ сердечной тупости вверх, влево и вправо. Ширина сосудистого пучка 6,5 см. Систолюдиастолический шум с эпицентром по левому краю грудины и с проведением во все аускультативные точки. Пульс 96-102/мин, АД 95/70 мм рт ст. Печень +8 см, безболезненна.

Проводились дополнительные исследования, в т.ч. ЭКГ, УЗИ сердца, Rg .

Клинический диагноз: Основной - ВПС: Общий атриовентрикулярный канал, полная форма. Гипоплазия правого желудочка. Аневризма легочной артерии. Осложнения: легочная гипертензия. Недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, пароксизм от 4.12.05, перешедший в перманентную форму. Частая желудочковая экстрасистолия. ХСН II Б стадии, III ФК. Кардиальный цирроз печени.

Лечение: при неоднократном обращении в операции было отказано. На фоне проводимой антиаритмической терапии сохранялась постоянная форма фибрилляции предсердий.

Выводы:

1. Данный клинический случай интересен в связи с достаточной редкостью порока, тяжестью, неблагоприятным прогнозом, сочетанием с другими аномалиями развития (гипоплазией ПЖ и аневризмой ЛА).
2. Развитие достаточной гемодинамической компенсации позволило больному дожить до 28 лет (в литературе описывается крайне редко).
3. Можно было бы успешно провести оперативную коррекцию порока при своевременной обращении - до развития вторичных изменений в легочных сосудах (система Эйзенменгера).

**ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РЯЗАНСКОЙ
ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

Жучков М.В., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии

Научный руководитель: проф. Ракита Д.Р.

На сегодняшний день артериальная гипертония в Российской Федерации продолжает носить характер эпидемии. Несмотря на все успехи федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ», стартовавшей 17 июля 2001 г., распространённость «контролируемой гипертонии», не превышает 17,5% (в странах Запада и США эта цифра давно перевалила за 30%).

На базе кафедры факультетской терапии с курсом эндокринологии РязГМУ в 2004 г. была организована школа для больных артериальной гипертонией, успешно продолжающая свою работу и сегодня.

Основное направление работы нашей школы – информирование пациентов о своём заболевании, характере его течения, возможностях самого человека повлиять на состояние своего здоровья. Активное сотрудничество с больными в этом направлении стало залогом успешного функционирования школы на протяжении полутора лет.

В ходе исследовательской работы сделаны выводы:

1. Средний возраст больных, посещающих школу составляет 66,2 лет, абсолютное большинство имеют сопутствующую патологию: 68,4% - ИБС; 19,3% - ХСН; 66,7% - метаболический синдром (диагностированный нами по критериям NCEP АТР III, 2003); 10,5% - сахарный диабет 2 типа; 12,2% - патология щитовидной железы.
2. Ни один из больных не достигал «целевых» значений АД, несмотря на проводимую терапию.
3. По-прежнему остаётся высокой частота приёма больными «не рекомендованных» препаратов: адельфан, клофелин, папазол - 68,4%, при низкой распространённости эффективных : иАПФ-42,1%, АК-28,0%, диуретики -29,8%, сартаны-0%, в-АБ-8,7% и т.д.
4. За время работы мы смогли добиться определённых успехов: повысить информированность и частоту самоконтроля АД в домашних услови-

ях, а также изменения образа жизни у абсолютного большинства больных.

К ВОПРОСУ О ТРУДНОСТЯХ И ОШИБКАХ ДИАГНОСТИКИ
В₁₂-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

**Дембицкая С.А., Ларина Е.Г., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии
Научный руководитель: доц. Кашубин К.В.**

В₁₂-дефицитная анемия остается важной проблемой, довольно часто встречающейся в общей врачебной практике. По данным гематологического отделения Областной клинической больницы г. Рязани за последние 15 лет произошло увеличение заболеваемости почти в 3 раза.

С целью изучения особенностей клиники, диагностики, распространенности В₁₂-дефицитной анемии в современных условиях нами были проанализированы истории болезней 75 пациентов, находившихся на лечении в гематологическом отделении ОКБ в 2004-2005 гг. Изучались встречаемость заболевания в различных возрастных группах, длительность догоспитального этапа, частота отдельных клинических и гематологических симптомов, сопутствующие заболевания и осложнения, лечение больных до поступления и в стационаре.

Представленные в работе данные позволили сделать следующие выводы. Преобладающим контингентом больных В₁₂-дефицитной анемией были лица в возрасте 40 – 70 лет (56%). Длительный догоспитальный этап - более 1 года у 33,8% больных, результатом которого явилось наличие тяжелой степени анемии у больных при поступлении (56% случаев). Трудности диагностики у части больных объяснялись приемом ими до поступления в гематологическое отделение витамина В₁₂ (20%). Затруднения в диагностике объяснялись также наличием диморфной анемии – в 17,3% случаев. Следует учитывать возможность наличия В₁₂-дефицитной анемии на фоне злокачественной опухоли, поэтому таким больным необходимо проводить онкологическое обследование. Запоздалая диагностика В₁₂-дефицитной анемии может привести к развитию угрожающих жизни осложнений. Своевременная диагностика и своевременно начатое лечение витамином В₁₂ позволяет быстро восстановить трудоспособность больных.

ГАСТРОПАТИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**Панина Ю.П., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии
Научный руководитель: доц. Заигрова Н.К.**

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) – наиболее часто назначаемые лекарственные средства. Одной из важнейших про-

блем, связанных с их использованием, является их повреждающее действие на ЖКТ. Наиболее часто НПВП оказывают неблагоприятное воздействие на желудок и двенадцатиперстную кишку, эта патология обозначается термином «НПВС-индуцированная гастропатия». Целью исследования было изучение частоты выявления эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ у больных, принимающих НПВС и глюкокортикостероиды (ГКС), а также анализ эффективности профилактического применения гастропротективных препаратов.

Проведен ретроспективный анализ 108 историй болезни больных с ревматологическими заболеваниями, получавших стационарное лечение в ревматологическом отделении ОКБ в течение 2004 г. Критериями включения в исследование являлся факт приема НПВП и ГКС и наличие результатов ФГДС. Все больные были разделены на 3 клинические группы: 1-ю составили больные (35 человек), получавшие в комплексном лечении ГКС и НПВП, 2-ю – 34 больных, в лечении которых использовали неселективные НПВП, 3-ю – 38 больных, принимавшие селективные НПВП-нимесулид.

Проанализированы клиничко-anamнестические данные и результаты ФГДС. Установлено, что, несмотря на то, что жалобы предъявляли всего 51,7% больных, воспалительно-атрофические изменения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ по результатам ФГДС были обнаружены у всех 108 больных (100%). Гастропротективные препараты получали 84,9% больных. Частота эрозивно-язвенных изменений по результатам ФГДС в первой группе составила 16%, во 2-й -24%, в 3-й -50%. Гастропротективные препараты получали 90,3%, 87,5%, 50% - соответственно в 1-й, 2-й,3-й клинических группах.

Выводы: 1. Прием НПВП и ГКС несомненно вызывает развитие НПВС-индуцированных гастропатий. 2. Прием ГКС на фоне НПВС, по нашим данным, снижает риск развития НПВС-индуцированных гастропатий, так как ГКС позволяют в большинстве случаев значительно снизить дозу НПВП, а частота развития гастропатий на фоне применения ГКС ниже, чем на фоне использования НПВС. 3. Частично селективные НПВП, такие как нимесулид, также вызывают НПВС-индуцированные гастропатии. Для профилактики их появления в данном случае обязательно назначение гастропротективных препаратов (омепразол, мизопростол). 4. Прием гастропротективных препаратов (мизопростол, H₂-гистаминолитики, блокаторы протонной помпы) не исключает, но значительно снижает риск возникновения эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ.

АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СРЕДНЕЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Жучков М.В., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии

Научный руководитель: проф. Ракита Д.Р.

Принципы и тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью изменялась на протяжении последнего столетия. В 40-е и 50-е годы царила кардиальная модель патогенеза хронической сердечной недостаточности, а в терапии лидирующие позиции занимали сердечные гликозиды. В 60-е годы было «увлечение диуретиками». 70-е ознаменовались всплеском гемодинамических представлений о патогенезе и активным применением нитратов. Вскоре после опубликования результатов исследования CONSENSUS с эналаприлом (80-е годы) началась «эра ингибиторов АПФ». Сегодня мы переживаем другую «эру» - эру применения β -адреноблокаторов у больных с хронической сердечной недостаточностью.

В конце 2003 года были опубликованы первые рекомендации по ведению этих больных, где указывалось о пяти «основных» группах лекарственных препаратов: ингибиторов АПФ, β -адреноблокаторов, блокаторах, сердечных гликозидах, диуретиках и антагонистах альдостерона. В настоящее время обществом специалистов по сердечной недостаточности вынесен на обсуждение текст второго пересмотра российских рекомендаций по хронической сердечной недостаточности, весьма интересный, на наш взгляд. Много изменилось: тактика назначения антагонистов рецепторов АТ-II, отношение к статинам и антикоагулянтам, позиции по хирургическим и электрорфизиологическим методам лечения.

Несмотря на все старания экспертов ОССН, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается крайне высокой, а лечение больных хронической сердечной недостаточностью неадекватным. В исследовании были проанализированы схемы ведения амбулаторных больных с хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертонией, посещающих «Школу здоровья» ГУЗ «Рязанская областная клиническая больница». 9,3% из общей выборки имели I – II Ф.к. (по NYHA).

Результаты: 42,5% получают ингибиторов АПФ в неадекватных дозах, 68,7% сердечные гликозиды в дозах, почти в 2 раза превышающих терапевтические, сартаны и β -АВ не принимал никто. Двигательный режим, по непонятным причинам, был ограничен лечащими врачами, у всех больных вплоть до «полного покоя».

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АБДОМИНАЛЬНЫХ РОДОРАЗРЕШЕНИЙ
СРЕДИ РОДИЛЬНИЦ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ № 2 г.РЯЗАНИ В 2001 г. И 2005 г.

Половинкина И.А., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФЦДО

Научный руководитель: доц. Соломатина Л.М.

Кесарево сечение – наиболее частая операция в акушерстве. В России частота его за последние 10 лет выросла примерно в 3 раза и продолжает расти. Показания к оперативному родоразрешению могут быть как со стороны матери, когда в силу того или иного заболевания роды представляют угрозу для ее здоровья, и со стороны плода, когда родовой акт может

привести к его гипоксии, родовой травме, рождению в асфиктическом состоянии. В настоящее время абдоминальное родоразрешение по литературным данным применяется в 8-20 % к общему числу родов.

В работе проведен сравнительный анализ абдоминального родоразрешения в РД № 2 2001г. и 2005 г. Отмечается увеличение количества родов с 1459 в 2001г. До 1730 в 2005г., наряду с чем число и удельный вес операций кесарево сечение вырос с 191 (13,1 %) до 288 (16,65 %) соответственно. На первое место встал вопрос о том, как изменился соматический анамнез, т.е. гинекологическая и экстрагенитальная заболеваемость, беременных женщин в 2005г. по сравнению с 2001г., и как следствие – как изменились показания к проведению кесаревых сечений.

Следуя полученным результатам, можно сделать выводы о том, что в 2005г. по-прежнему ведущее место среди гинекологических заболеваний сохраняют воспалительный процесс, опухоли, нарушение менструального цикла. Но, по сравнению с 2001 г., значительно выросла доля такой патологии, как нарушение менструального цикла, аномалии развития половых органов. Обращает внимание рост ЗППП, молочницы. Наряду с этим в 2005 г. значительно больше сердечно-сосудистой патологии, варикозной болезни и особенно патологии со стороны органов зрения. Показания к операции кесарево сечение изменились следующим образом: на 1 месте стоит патология органа зрения, 2 место занимает тазовое предлежание плода, на 3 месте находится незрелая или ригидная шейка матки.

Выводы:

1. Удельный вес абдоминального родоразрешения повысился в 2005г. до 16,65 %, что на 3,55 % выше в сравнении с 2001г.
2. Изменилась структура показаний к операции кесарево сечение – на 1 место вышли тазовые предлежания и клинически узкий таз (в 2001г. были - отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и анатомически узкий таз).
3. В структуре показаний, в сравнении с 2001г., заметен значительный рост числа женщин с патологией органа зрения (с 2,1 % до 8,33 %).

ГИГАНТСКАЯ МИОМА МАТКИ С БЛОКАДОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Ёлохова Е.В., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Научный руководитель: доц. Рязанцев Е.Л.

Миома матки гигантских размеров у юных пациенток встречается редко, но часто сопровождается нарушением функции смежных органов. В связи с этим приводим клиническое наблюдение.

Больная К., 23 лет была доставлена по скорой помощи с жалобами на острую задержку мочи на протяжении 3 суток. Первый эпизод подобной патологии был месяц назад, тогда с большим трудом было выделено около 2,5 литра мочи. Из анамнеза жизни: наследственность по материнской ли-

нии отягощена – мать и две её сестры оперированы по поводу миомы матки; гинекологический анамнез без особенностей. Больной себя считает в течение года, когда впервые обнаружила у себя уплотнение над лоном. Летом чрезмерно загорала, а вскоре после каникул отметила увеличение живота: плотная опухоль достигла пупка, появились затруднения с мочеиспусканием.

При поступлении: живот резко увеличен в объёме за счёт плотной гладкостенной и безболезненной опухоли, верхний полюс которой определяется на 4 поперечных пальца выше пупка. Асцита нет. При ректальном исследовании нижний полюс опухоли определяется на уровне безимянной линии. Моча была выведена отрезком трубки от разовой капельницы (с эффективной частью «катетера» 57 см) в количестве 3,7 литра. На операции: нижнесрединная лапаротомия, в рану предлежит шаровидная гладкостенная опухоль, плотной консистенции, соответствующая величине 28 недельной беременности. По передней поверхности опухоли отчётливо определяется мочевого катетер. При дальнейшей ревизии определено, что опухоль исходит из передней стенки шейки матки.

Матка нормальных размеров определяется в глубине таза и прикрыта сверху перерастянутым мочевым пузырём. Операционный диагноз: гигантская миома шейки матки. Диспозиция мочевого пузыря. Резкое удлинение уретры. Брюшина над катетером рассечена, уретра острым путём выделена и смещена к стенке таза. Миоматозный узел вылуцен с последующей пластикой передней стенки шейки матки. Мочевой пузырь приподнят вверх после извлечения катетера, уретра помещена в ретциево пространство, после чего передняя стенка мочевого пузыря фиксирована к лонному сочленению. Гистология: лейомиома матки с отёком ткани. Самостоятельное мочеиспускание восстановилось с первых суток. Послеоперационное течение гладкое.

Выводы:

1. Интерес представленного наблюдения обусловлен его редкостью и благоприятным исходом для репродуктивной функции (1,5 года спустя после операции пациентка была родоразрешена кесаревым сечением).

2. Причиной развития опухоли могла служить неблагоприятная наследственность по материнской линии, а быстрый рост – стимулирован длительным воздействием ультрафиолетовых лучей и тепловых процедур.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Кравцов В.Н., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Научный руководитель: проф. Чикин В.Г.

До настоящего времени трофобластическая болезнь остается довольно редким заболеванием. Возможность наступления беременности после пе-

ренесенной трофобластической болезни является критерием излеченности и правильно намеченного курса лечения. Следующее клиническое наблюдение является показательным в данном отношении.

Больная К. находится под наблюдением онколога. Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции, ОРВИ. Гинекологический анамнез: менструальная функция без особенностей. Последняя менструация 10.11.2006. Беременность одна: выкидыш при сроке 7-8 недель в 2002 году.

Из анамнеза заболевания: в ноябре 2002 года беременность закончилась самопроизвольным абортом неясного генеза. На гистологическом исследовании после диагностического выскабливания выявлено: остатки плодного яйца. Произведенное УЗИ: больше данных за венозную аномалию матки, четких данных за пузырный занос не выявлено. В декабре 2002 года повторно госпитализирована в стационар с болями внизу живота и пояснице, симптомами ОРВИ (без повышения температуры). На основании объективных данных и повторного УЗИ поставлен диагноз: плацентарный полип после неразвившейся беременности? Пузырный занос?

По показаниям произведена жидкостная диагностическая гистероскопия с последующим выскабливанием полости матки. Заключение: плацентарный полип, скопление пролиферирующего синцитиотрофобласта. Исследование ХГЧ в сыворотке крови позволило предположить наличие трофобластической болезни (титр ХГЧ составлял 164000МЕ/мл). Направлена в онкодиспансер со стеклопрепаратами для консультации патогистолога. В стеклопрепарате первого выскабливания картина хорионкарциномы.

С подозрением на метастазы в легкие больная направлена в онкоцентр им. Герцена г. Москвы. При обследовании в области дна выявлено узловое образование 8 см в диаметре кистозно-солидной структуры, диффузное расширение сосудов матки. Рентгенологическое исследование легких – без патологии, КТ головного мозга – без патологии. Проведено 7 курсов химиотерапии (метотрексат, лейковорин). ХГЧ снизился до 43,5 МЕ/мл. Выписана в удовлетворительном состоянии. 16 января 2006 года произведено УЗИ в женской консультации №2. Заключение: беременность 10-11 недель, угроза выкидыша. Расширение пупочного кольца плода. Госпитализирована в стационар под наблюдение, проведена плодосохраняющая терапия. Контрольное УЗИ: закрытие пупочного кольца.

Таким образом, своевременная постановка диагноза трофобластической болезни позволяет рационально подобрать лечение с сохранением репродуктивной функции, а в данном случае добиться исцеления с наступлением и развитием беременности.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Анташова М.А., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Научный руководитель: доц. Соломатина Л.М.

Кесарево сечение – одна из древнейших акушерских операций, выполняется в случаях, когда родоразрешение *per vias naturalis* невозможно или опасно либо для жизни матери, либо плода. Частота ее выполнения в России за последние 10 лет возросла в 3 раза.

Среди многочисленных показаний можно выделить случаи, когда у женщины тяжелая экстрагенитальная патология сочетается с двумя и более рубцами на матке от предыдущих кесаревых сечений, осложняя ведение беременности и родов. Все это требует предельного внимания со стороны акушера-гинеколога, т.к. риск развития осложнений, таких, как разрыв матки по рубцу, гипотоническое кровотечение, острая сердечно-сосудистая недостаточность резко возрастает.

Беременная Б., 28 лет, поступила с диагнозом: беременность IV, 37 недель, роды III. Рубец на матке. Ревматический порок митрального клапана. Анемия I степени. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Предъявляла жалобы на ноющие боли внизу живота в области послеоперационного рубца, усиливающиеся при шевелении плода.

Из анамнеза: общие заболевания, ОРВИ, ревматический порок митрального клапана, детские инфекции, хронический тонзиллит. Акушерско-гинекологический анамнез: данная беременность IV. Беременность I - 1999г., роды срочные патологические, вес - 3540 г, плановая операция. Беременность II - 2001г., самопроизвольный аборт в 8 недель. Беременность III - 2003 г., роды срочные патологические, вес 3050 г. После второй операции женщине была выполнена стерилизация путем перевязки маточных труб.

После обследования, включавшего осмотр женщины, влагалищное исследование, УЗИ-контроль за состоянием рубца, консультации терапевта, окулиста и ревматолога, женщину решено было родоразрешить путем операции кесарева сечения, что и было выполнено. Извлечен мальчик 3560 г, 53 см, 7/7. Из особенностей операции: матка перерастянута, бледная. В области углов матки с обеих сторон практически рассосавшиеся узлы лавсана на маточных трубах. Произведена стерилизация по Мадлейнеру.

В послеоперационном периоде у женщины развилось гипотоническое кровотечение. После неэффективной консервативной терапии и РОПМ, учитывая большую кровопотерю (2000 мл), на фоне адекватной гемотрансфузии было решено выполнить релапаротомию и ампутацию матки без придатков. Общая кровопотеря составила 3200 мл, а общий объем инфузии - 6632 мл. В тяжелом состоянии женщина 3 дня находилась под наблюдением в ПИТ, затем была переведена в физиологическое отделение, откуда была выписана на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

1. Наглядно показана необходимость правильного составления плана ведения родов у женщин, входящих в группу риска с учетом всех возмож-

ных осложнений.

2. Достаточная компетентность врачей, выполнявших стерилизацию после второго кесарева сечения.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ИСХОД ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА

Гуменная А.Н., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Научный руководитель: доц. Соломатина Л.М.

В норме плацента прикрепляется в области тела матки и своим нижним краем не доходит до внутреннего зева на 7-8 см и более. Предлежание плаценты (placenta praevia) - аномалия расположения плаценты, при которой она прикреплена в области нижнего маточного сегмента. При этом та или другая часть ее находится в области внутреннего маточного зева, частично или полностью перекрывая его. При указанном расположении плацента находится ниже предлежащей части плода, т.е. на пути его рождения. Материнская летальность – 0-0,9%. Основная причина смерти - шок и кровотечение. Перинатальная летальность остается высокой и составляет 17-26%. Она обусловлена недоношенностью и функциональной незрелостью плода.

Чаще всего предлежанию плаценты способствуют воспалительные процессы (хронический эндометрит), значительное число родов в анамнезе, перенесенные аборт, послеабортные и послеродовые септические заболевания, миома матки, деформация полости матки (рубцы после кесарева сечения), аномалии развития матки, инфантилизм. В клинической картине основным симптомом является кровотечение, которое обусловлено отслойкой плаценты от стенок матки. Оно чаще возникает без видимого повода, кровь яркого цвета, отсутствует болевой фактор. Кровотечение может повториться, что способствует прогрессирующей анемизации беременной.

Беременная К., 33 года, 28.08.04. была доставлена бригадой «скорой помощи» из ОКБ с наружным кровотечением. Предъявляла жалобы на слабость, чувство оглушенности, головокружение. По беременности не наблюдалась. Со слов женщины с апреля в дни предполагаемых месячных - кровяные выделения со сгустками, по поводу которых в больницу не обращалась, поскольку беременной себя не считала.

28.08.04 появилось обильное кровотечение из половых путей (около 1 литра) с резким ухудшением самочувствия. Самостоятельно приехала в ОКБ, где дежурным гинекологом был поставлен диагноз: беременность 27 недель. Угроза преждевременных родов. Спустя 2 часа была доставлена в родильный дом №2.

Из анамнеза: Беременность I – 1988 г., роды срочные нормальные, вес 3300 г. Беременность II – 1992 г., роды срочные нормальные, вес 3800 г. Беременность III - медицинский аборт, без особенностей. Беременность IV – 1994 г., роды срочные нормальные, вес 3400 г. Беременность V – 2000 г., медицинский аборт, без особенностей. Беременность VI - настоящая.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы резко бледные,

кисти рук и стопы холодные. В сознании, но на вопросы отвечает с трудом. АД 70/40 мм. рт. ст., пульс - 130 ударов в минуту. Матка соответствует 35 неделям, в повышенном тоне. Положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода не прослушивается. Наружное кровотечение продолжается. Диагноз: Беременность VI, 35 нед. Роды IV. Предлежание плаценты? Отслойка плаценты? Геморрагический шок III ст. Профузное кровотечение. Антенатальная гибель плода? Варикозная болезнь нижних конечностей.

Учитывая объем кровопотери (около 2 л), продолжающееся кровотечение, наличие геморрагического шока III ст., беременность, показана операция кесарева сечения с последующей экстирпацией матки по жизненным показаниям. Из особенностей: после вскрытия полости матки в рану предлежит плацента, полностью перекрывающая внутренний зев.

После вскрытия плаценты извлечен живой недоношенный мальчик массой – 2230 г, длиной - 46 см с единичным сердцебиением (оценка по Апгар-1 балл). Общая кровопотеря 3000 мл. Послеоперационный период протекал гладко. На 7 сутки швы сняты, заживление *per prima*. На 11 сутки женщина переведена в РОККД для экстренной операции по поводу острого восходящего тромбоза правой нижней конечности.

Таким образом, можно сделать вывод, что снижение числа искусственных абортов, своевременное лечение гинекологических заболеваний, правильная тактика дежурного врача ОКБ, а главное, наблюдение в женской консультации позволили бы избежать таких серьезных осложнений и сохранить здоровье матери и ребенка.

К ВОПРОСУ О ВЕДЕНИИ И РОДРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Матыкин Н.И., 4 курс, лечебный факультет

**Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО
Научный руководитель: асс. Сидоров А.В.**

Основным клиническим проявлением предлежания плаценты является кровотечение. При этом, чем больше степень предлежания плаценты, тем, как правило, раньше может начаться кровотечение; чем больше срок беременности, тем чаще могут появляться кровянистые выделения. Кровотечение при предлежании плаценты характеризуется беспричинностью, безболезненностью, повторяемостью, непредсказуемостью и может быть различным по количеству теряемой крови (объема и скорости кровопотери). При полном предлежании плаценты единственный метод родоразрешения – кесарево сечение в плановом порядке в сроке 38-38,5 недель беременности.

Беременная Н., 32 года, поступила в отделение беременных больницы №10 19 октября 2005 года с диагнозом: Беременность IV 34 недели, роды предстоят I, полное предлежание плаценты, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (3 медицинских аборта, один из них – с реобра-

зию), анемия I степени. В отделении беременных женщине было проведено полное клинико-лабораторное обследование. Выявлено: анемия I степени, гипопротеинемия, артериальная гипотония, гестационный пиелонефрит, подтвержден диагноз полного предлежания плаценты при УЗИ. В процессе динамического наблюдения отмечалось также неустойчивое положение плода, что характерно для предлежания плаценты.

В плане: родоразрешение кесаревым сечением в плановом порядке в сроке 38 недель беременности высококвалифицированной бригадой с проведением интраоперационной гемотрансфузии, а при появлении кровянистых выделений - срочное кесарево сечение в любом сроке.

Ход операции осложнился в начале тем, что разрез пришелся на варикозноизмененный нижний сегмент, и через край плаценты сразу началось обильное кровотечение. После извлечения плода, при проведении ручного отделения плаценты отмечено ее частичное плотное прикрепление по задней стенке (послед был удален со значительными трудностями), дряблость и гипотония области плацентарной площадки.

С гемостатической целью по периметру плацентарной площадки на задней стенке матки наложены 8-образные кетгутовые швы (по проф. В.М.Уткину). Для снижения кровопотери на верхний и нижний края разреза на матке наложены мягкие зажимы. Несмотря на это, кровотечение продолжалось, кровопотеря приближалась к 1000 мл и продолжала быстро нарастать.

Было решено расширить объем операции до навлагалищной ампутации матки без придатков для спасения жизни женщины, что и было выполнено. Достигнут надежный хирургический гемостаз, брюшная полость ушита послойно наглухо.

Общая кровопотеря составила 1800 мл. Инфузионно-трансфузионная терапия продолжалась в течение 6 часов после операции и общий ее объем составил 4710 мл (эритроцитарная масса – 710 мл, однокрупной свежемороженой плазмы – 850 мл, рефортан – 750 мл, кристаллоиды 2400 мл).

Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 7 сутки – заживление первичным натяжением. При контрольном внутреннем исследовании патологии выявлено не было. На 8-е сутки женщина была выписана домой в удовлетворительном состоянии. Новорожденный мальчик массой 2600 и ростом 48 см, по Апгар 6/7 баллов при рождении, на 2-е сутки был переведен в отделение выхаживания новорожденных.

Выводы:

Данное клиническое наблюдение еще раз подтверждает значимость разбираемой проблемы, ведение беременной с полным предлежанием плаценты – в стационарных условиях и плановое родоразрешение в доношенном сроке беременности (38-38,5 недель). Операция должна выполняться опытной бригадой хирургов, с превентивным проведением АБ-терапии, так как каждый случай предлежания плаценты расценивается как инфицирован-

ный, с плановой интраоперационной гемотрансфузией.

ЭНДОМЕТРИОИДНЫЙ РАК ЯИЧНИКА
Ёлохова Е.В., 6 курс, лечебный факультет
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО
Научный руководитель: доц. Рязанцев Е.Л.

Эндометриоидные опухоли яичников являются частой находкой во время оперативных вмешательств на органах малого таза. Возможность злокачественного роста в этих опухолях связана с исключительно редкой малигнизацией эндометриоидных цистаденом или частота малигнизации колеблется в пределах 10-12%.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 157 больных, оперированных в гинекологической клинике городской больницы № 10. Возраст больных колебался от 19 до 50 лет. Раннее менархе отмечено у 14, позднее - у 32, а у остальных менструальная функция соответствовала физиологическим нормам. Из числа обследованных бесплодием страдали 92 пациентки: у 33,6% первичное, у 27,7% вторичное. При чревосечении у 10 больных макроскопически были выявлены злокачественные опухоли яичников. Наряду с этим в яичниках имелись и очаги эндометриоза. Двусторонние опухоли обнаружены у 6 больных. Серозный или геморрагический выпот имелся у 8 пациенток в объёме от 250 до 1000 мл. У 9 женщин поверхность опухолей была гладкой, капсула толстая белесоватого цвета и лишь у одной на поверхности капсулы имелись опухолевые разрастания в виде сосочков серого цвета. Кроме того, в области прикрепления крестцово-маточных связок, на брюшине дугласовых карманов выявлено множество очагов наружного эндометриоза диаметром от 3 до 5 мм. У 2 пациенток аналогичные гетеротопии располагались на брюшине прямой и сигмовидной кишок. Признаков отдалённых метастазов выявлено не было. У 147 больных были выявлены эндометриоидные цистаденомы (у 45 двухсторонние). Одновременно с этим у 22 пациентов выявлен ретроцервикальный эндометриоз, у 8 - очаги по задней поверхности матки и еще у 2 - эндометриоз истмического отдела маточных труб. У 10 пациенток с макроскопически установленным диагнозом злокачественной опухоли была выполнена экспресс-биопсия и предварительный диагноз был подтверждён. Им выполнена экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника. Еще у 6 больных экспресс-биопсия отвергла подозрение на злокачественный рост, и они были оперированы согласно существующим стандартам для данной патологии. При морфологическом исследовании макропрепаратов у 10 больных подтвержден предварительный диагноз "эндометриоидный рак яичника". Дальнейшее лечение этих больных осуществлялось в областном онкодиспансере.

Выводы: 1. Озлокачествление очагов эндометриоза в яичниках не является редкостью. 2. Врачи поликлинического звена должны иметь высокую онкологическую настороженность, наблюдая больных с различными локализациями генитального эндометриоза.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ЭКЛАМПСИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Симакова Е.С., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФЦДО

Научный руководитель: асс. Курников В.С.

Эклампсия – грозное состояние, представляющее собой высшее проявление тяжелого прогрессирующего гестоза, которому чаще всего предшествует не просто тяжелый гестоз, а кратковременное состояние (минуты, часы), именуемое преэклампсией, при этом цифры АД достигают критических - 170/110 мм рт. ст., и выше, на этом уровне нарушается ауторегуляция мозгового кровотока.

Проанализировано 8 случаев эклампсии за 2004-2005 гг., которые имели место в роддомах г. Рязани за этот период. 2 женщины были в возрасте 36 и 42 лет, остальные 6 – 20-27 лет. Все женщины были первородящие. У 5 данная беременность первая, у 3-х - вторая. Поздний гестоз у 3-х из них начался при ранних сроках: у 2-х - в 26 и в 28 нед., у 1 - в 31 нед. У 1 женщины поздний гестоз не был диагностирован во время беременности, у остальных беременных поздний гестоз начался при сроке от 34 до 38-39 нед. У 5 был гестоз легкой степени, у 2-х - средней степени тяжести. При этом 6 из них были госпитализированы, 1 - отказалась от стационарного лечения.

У 1 женщины во время беременности отмечалась пастозность кистей рук и голеней, у 3-х отеки голеней, кистей рук, у 1 из них также отек передней брюшной стенки. У 4-х женщин прибавка массы тела составила 13-15 кг, у остальных 4-х - в пределах нормы и отеков не регистрировалось.

За время беременности у 5 женщин уровень АД не поднимался выше 140/90 мм рт. ст., а напротив, АД находилось на уровне 100/60 - 120/80 мм рт.ст. У 3 АД находилось в пределах 150-160 - систолическое, 90-110 мм рт.ст. - диастолическое. Протеинурия во всех случаях составляла от 0,02 до 0,66 г/л, и только у одной женщины уровень белка в моче до эклампсии превышал 1 г/л (максимальный составил 3,2 г/л). У 7 женщин роды были срочные, в 39-40 нед., у 1 - преждевременные в 34 нед. 4 роженицам проводилась родостимуляция окситоцином. Известно, что развитию эклампсии способствуют любые стрессовые факторы, в том числе и стимуляция сократительной деятельности матки. Повышение АД было зарегистрировано перед приступом во всех наблюдениях, но лишь в 2 оно достигло критического. При этом только у 3 женщин были признаки, позволявшие заподозрить наличие преэклампсии: резкая головная боль в затылочной области, тошнота, рвота, двигательное возбуждение, бледность кожных покровов. Лишь 1 роженице был поставлен такой диагноз. Во всех остальных случа-

ях эклампсия возникла как бы без предшествовавших сигналов.

Время развития эклампсии: в I периоде родов – 3 наблюдения, после родов – 4, у одной - в родах и послеродовом периоде. У 3-х женщин при возникновении приступа эклампсии в I периоде родов они были закончены путем экстренного кесарева сечения, у 1 - при полном открытии шейки матки - с помощью вакуум-экстракции. У 4 женщин роды велись через естественный родовой путь. У них приступ эклампсии развился после родов.

В большинстве рассмотренных наблюдений эклампсия развилась без выраженной предшествующей преэклампсии, на фоне клиники нетяжелого гестоза. В этой ситуации или была недооценка тяжести гестоза, или это вариант атипического его течения. На это указывается во многих последних публикациях, отмечающих, что особенностью современных поздних гестозов является стертость клинической картины, развитие эклампсии при относительно невысоких цифрах артериального давления. Около 20% женщин с эклампсией имеют цифры АД менее 140/90 мм рт.ст. Одной гипертензивной теорией невозможно объяснить возникновение послеродовой эклампсии.

Из 8 наблюдений в 5 отмечалась именно послеродовая эклампсия. Хотя, по данным многих авторов, в последнее время эклампсия чаще развивается во время беременности (до 70 %), в родах - около 30 %, и совсем немного в послеродовом периоде - 1-2 %. При этом во время беременности у этих женщин не было симптомов, указывающих на тяжелое течение гестоза. Раз эклампсия развилась, следовательно, имели место выраженные метаболические нарушения в основных органах (головном мозге, почках, печени, легких, сердце), и недооценка тяжести гестоза до родов может быть связана с невозможностью диагностики этих тяжелых биохимических нарушений.

Поэтому у врача акушера-гинеколога всегда должна быть настороженность в плане развития такого грозного осложнения, как эклампсия у беременной даже с «легким» течением позднего гестоза.

ДЛИТЕЛЬНЫЙ БЕЗВОДНЫЙ ПЕРИОД, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Анташова М.А., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Научный руководитель: доц. Соломатина Л.М.

Известно, что одним из наиболее частых осложнений беременности и родов, ведущих к увеличению перинатальной смертности, а также заболеваемости матерей и новорожденных является преждевременное излитие околоплодных вод, ведущие за собой длительный безводный период.

Цель исследования, проведенного на базе родильного дома №2 - изучение закономерностей течения длительного безводного периода, его осложнений. Сделана попытка подтвердить на практике мнение, что длительный безводный период вызывает осложнения не только у женщин, но и у их новорожденных детей, а также определить возможности практикующего

врача, основываясь на данных специальных методов исследования, предотвратить развитие возможных осложнений, вовремя начав лечение.

Исследование охватило 46 женщин с ДБП с 2003 по 2005 год. Их средний возраст составил 24,5-28 лет, воспаление в период беременности перенесли 37%, а ОАГА имели 60% из них. В 70% роды были преждевременные на 32-36 неделе. Средняя продолжительность их составила 8 часов 30 минут, а длительность безводного периода - 39 часов 30 минут.

Вес рожденных детей колебался в широких пределах и составил в среднем 2530 г. Исследование показало, что, несмотря на сочетание нескольких факторов риска, осложнения возникли лишь в 70% случаев.

Все эти женщины были выделены в группу риска и для экстренного прогнозирования послеродового эндометрита им было выполнено цитоморфологическое исследование соскобов базальной пластины плаценты, методика которого разработана на кафедре и широко применяется на базе родильного дома №2.

В 73% случаев была обнаружена картина воспаления. Было начато профилактическое комплексное лечение антибиотиками, а у двух женщин было проведено длительное промывание матки охлажденным фурациллином. Заболеваемость новорожденных в исследуемой группе составила 35,82%. Наиболее часто встречались пневмонии - 20,03%, ИМК - 15%, гипоксия - 46,7%, угнетение ЦНС - 12%. Сочетанная патология отмечалась у 57% детей. В ОПН были переведены 70 %.

Таким образом, этот диагностический метод позволяет предотвратить клинические проявления осложнений длительного безводного периода как у женщины, так и у новорожденного, осуществить их профилактику и лечение.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

**Полякова А.А., 4 курс, лечебный факультет
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом
акушерства и гинекологии ФПДО
Научный руководитель: проф. Мирон И.М.**

По данным международных экспертов, число бесплодных браков в мире составляет 24-25%. В 56% случаев причиной является патология женской половой сферы. Способы лечения бесплодия в связи с его многофакторной природой весьма разнообразны. В настоящее время в нашей стране, как и во всем мире, широкое применение получают современные технологии лечения, к которым относится метод экстракорпорального оплодотворения. Его использование предоставляет уникальную возможность реализовать функцию деторождения при самых тяжелых формах женского бесплодия, например при отсутствии маточных труб. Эффективность метода - 25-30%.

В результате экстракорпорального оплодотворения беременность двой-

ней встречается с частотой 1 раз на 4,4 родов (в 20 раз чаще, чем в популяции), а тройней - 1 раз на 168 родов (в 45 раз чаще, чем в популяции).

Учитывая многолетнее бесплодие в анамнезе, возраст женщины и желание иметь нетравмированного здорового ребенка, а также высокую стоимость, экстракорпорального оплодотворения чаще всего родоразрешение проводят в плановом порядке путем кесарева сечения.

В родильном доме № 4 г. Рязани с 1998 года по март 2006 наблюдалось 4 случая рождения детей после экстракорпорального оплодотворения. В 3 из них в связи со стойкой слабостью родовой деятельности было произведено кесарево сечение (в 1 из них также отмечался длительный безводный промежуток - 11 часов).

13 марта 2006 г. в родильный дом поступила беременная Р. с диагнозом: беременность 1, 37 недель, роды 1, патологические. Двойня, головное предлежание обоих плодов. ОАГА. Экстракорпоральное оплодотворение. Гестоз средней степени тяжести. При осмотре женщины, учитывая полноценность родовой деятельности, полное открытие шейки матки, роды двойней, плодами не выше средних размеров, врачи приняли отважное решение вести роды *per vias naturalis* и в 00:05 родилась первая девочка массой 2790 г, ростом 48 см, по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 5 мин родилась вторая девочка массой 2670 г, ростом 48 см, по шкале Апгар 7/8 баллов.

В настоящее время жесткая концепция родоразрешения женщин после экстракорпорального оплодотворения путем операции кесарева сечения претерпела изменения и в случае благоприятного течения беременности, отсутствии каких-либо отклонений в родовой деятельности и при обязательном согласии женщины возможны роды *per vias naturalis*. Успешное ведение родов естественным путем после экстракорпорального оплодотворения - это высокий класс акушерского искусства.

СЛУЧАЙ АСЕПТИЧЕСКОГО ТРОМБОЗА МОЗГОВЫХ СИНУСОВ

**Епишина Т.А., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии
Научный руководитель: д.м.н. Леонов Г.А.**

Известно, что заболевания, сопровождаемые изменениями гемостаза, повышением активности свертывающей системы крови, адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов, могут осложняться асептическими тромбозами внутричерепных вен и синусов.

Приводим клиническое наблюдение больной, у которой довольно долго не был выставлен правильный диагноз, и лишь после комплексного дообследования, включая МРТ головного мозга, верифицирован асептический тромбоз нескольких мозговых синусов. Больная К., 25 лет, заболела остро 19.04.05 г., когда спустя 6 часов после употребления небольшого количества алкоголя появились жидкий стул, двоение в глазах при взгляде прямо

и влево, головная боль слева над глазницей, общая слабость, тошнота, рвота. С подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения больная направлена в неврологическое отделение ОКБ.

При поступлении: общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,9° С. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 48 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. В неврологическом статусе: сознание ясное, симптом Кернига сомнительный, ригидность заднешейных мышц на 3 поперечных пальца. Зрачки равные, реакция на свет сохранена, конвергенция нормальная. Сходящееся косоглазие слева. Мышечный тонус, сухожильные рефлексы в норме, равные с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива.

Проведено обследование: ОАК и ОАМ без патологии. Ликвор от 26.04. – давление 240 мм. вод. ст. белок, цитоз, хлориды в норме. Коагулограмма от 27.04: повышена толерантность плазмы к гепарину до 5' 45", фибриноген В++. МРТ от 25.04.05: картина замедления кровотока в сагиттальном, сигмовидном, прямом и поперечном синусах слева. Поставлен диагноз – асептический тромбоз сагиттального, сигмовидного, прямого и поперечного синусов слева. ЭКГ: синусовый ритм, брадикардия до 34 ударов в минуту. Консультация окулиста от 3.05: парез отводящего нерва слева. Застойные диски зрительных нервов. На фоне патогенетического лечения состояние улучшилось: уменьшились головные боли и общая слабость, пропали двоение в глазах и тошнота. На контрольной МРТ головного мозга от 17.05 отмечается положительная динамика: остается некоторое расширение левого поперечного синуса. Остальные синусы без особенностей.

Можно отметить, что у больной выявлен тромбоз нескольких мозговых синусов, причем с преобладанием в клинике симптомов поражения поперечного и сигмовидного (брадикардия, головная боль, двоение в глазах, менингеальные симптомы). Несмотря на обширность поражения синусов, больную удалось спасти благодаря интенсивно начатому адекватному лечению и компенсаторным возможностям молодого организма.

АНАЛИЗ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

**Епишина Т.А., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии
Научный руководитель: д.м.н. Леонов Г.А.**

При рассеянном склерозе (РС) нейроофтальмологические симптомы наблюдаются у подавляющего числа пациентов. Ретробульбарный неврит (РБН) как один из симптомов рассеянного склероза (РС) наблюдается в начале заболевания у 10-15% больных, а также проявляется в течение болезни у 50% больных. Учитывая особенности течения РБН в начале РС, считается даже целесообразным выделять оптический вариант церебральной формы болезни. Целью работы являлся ретроспективный анализ 95 историй болезни больных РС нашего региона, у которых в дебюте и при разви-

тии патологического процесса наблюдались признаки поражения зрительных нервов в виде РБН и других нейроофтальмологических симптомов.

Для верификации демиелинизирующего поражения зрительного нерва применялись традиционные офтальмологические методы (офтальмоскопия, периметрия, кампиметрия), а также МРТ головного мозга.

В клинике нервных болезней за период 2000-2005 гг. находилось на лечении 65 больных РС (25 мужчин и 40 женщин), у которых заболевание дебютировало в эти годы. Моносимптомным дебют (МСД) был у 47 пациентов (у 20 мужчин и у 27 женщин), а полисимптомным (ПСД) - у 18 (5 мужчин и 13 женщин). Среди семиотики нарушений МСД РБН занимал 3 место – 17%, причем у женщин первое – 29,6%. У женщин РБН проявлялся в среднем, в возрасте 26 лет. Односторонний РБН проявлялся полной или неполной потерей зрения, сопровождающейся болезненностью при движении глаз и развитием центральной или парацентральной скотом на стороне поражения. Отметим, что у 10 человек с другой семиотикой МСД РС обнаруживались легкая амблиопия, дефекты полей зрения, снижение зрачковых рефлексов, что указывало на субклиническое поражение зрительных нервов.

Среди семиотики нарушений ПСД РБН в сочетании с мозжечковыми или с чувствительными нарушениями занимал одно из последних мест - 16,7%, причем у мужчин одно из первых, а у женщин - последнее. У всех трех больных с дебютом РБН в различных сочетаниях на МРТ головного мозга были обнаружены данные, свидетельствующие о диссеминации патологического процесса.

Выводы. Частота зрительных нарушений при РС диктует необходимость регулярного офтальмологического обследования пациентов с данным заболеванием. Раннее выявление оптической формы РС чрезвычайно важно для диагностики, так как это способствует своевременному лечению и, возможно, более благоприятному прогнозу болезни. Острый РБН неясной этиологии у лиц молодого возраста следует считать возможным ранним симптомом РС.

ИЗМЕНЕНИЕ РИГИДНОСТИ СКЛЕРЫ, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**Котляров С.Н., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии
Научный руководитель: д.м.н. Жаднов В.А.**

Ишемические нарушения мозгового кровообращения являются одной из актуальнейших проблем современной ангионеврологии. Ежегодно в России впервые манифестируют до 450 000 инсультов, при этом смертность от них занимает в структуре общей смертности второе место (20,7%). Несмотря на все успехи в области клинической ангионеврологии, инсульт всё же является тяжелым инвалидизирующим заболеванием, а летальность от него превышает таковую от инфаркта миокарда и составляет более 40 %, а

среди выживших после него пациентов к нормальной жизни возвращается лишь 10% больных. Поэтому наиболее перспективным и разумным направлением являются мероприятия по профилактике ОНМК, в том числе и ранняя диагностика и выявление лиц, предрасположенных к его развитию.

Данные, полученные в ходе настоящего исследования, позволяют говорить о том, что изменение ригидности склеры, выражающееся в наличии межглазной её асимметрии, выявленные с помощью тонометра ТГДц-01 является возможным показателем, указывающим на вероятность развития ОНМК вообще, а также в бассейне правой или левой сонной артерии риск возникновения его наиболее высок.

Связан ли механизм указанных изменений ригидности склеры с изменением её гистологической структуры, протекающим параллельно повреждению стенок артерий (и становящимся в ряде случаев морфологическим субстратом ишемического инсульта). Это выражается в развитии наиболее значительных структурных изменений склеры, а соответственно и её ригидности в глазу гомолатеральному полушарию с более повреждёнными артериями. Возможно также и то, что асимметрия ригидности склеры связана с изменением динамического её компонента, представленного рядом гидродинамических показателей и соответственно вероятно имеющим параллельное сходство по этиологическим и патоморфологическим признакам с сосудами гомолатерального полушария. Выраженность межглазной асимметрии коэффициента ригидности не зависит от времени, прошедшего с момента манифестации инсульта до измерения, нет также зависимости её от тяжести клинических проявлений.

Известно, что с возрастом происходят определённые биохимические изменения в составе склеры (В.П.Козырь, В.Ф.Пчеляков, 1978), что приводит к изменению её деформативных свойств (Н.И.Затулина, 1987). Однако в контрольной группе практически здоровых лиц с широким возрастным диапазоном (от 20 до 70 лет) достоверно реже регистрируется асимметрия коэффициента ригидности склеры, что указывает на роль в генезе указанных изменений деформативных свойств склеры определенного фактора, служащего также и причиной клинической манифестации инсульта - т.е. срыва ауторегуляции субкомпенсированной функции сосудов.

Учитывая гетерогенность ишемических инсультов по этиопатогенетическим признакам, необходимо выделить тот факт, что для развития некоторых его форм (например, кардиоэмболический подтип) совсем необязательно наличие патологически изменённых церебральных артерий, а вполне достаточно наличие источника эмболизации, поэтому как в условиях уже совершившегося инсульта, так и ещё и не произошедшего, возможно отсутствие выраженного изменения стенок сосудов головного мозга, а также деформативных свойств склеры.

Поэтому считаем целесообразным необходимость проведения в дальнейшем распределение обследованных лиц с ишемическим инсультом

также на группы, исходя из этиопатогенетического его подтипа, с целью определения диагностической значимости межглазной асимметрии ригидности склеры в зависимости от генеза инсульта.

МАММОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Кашеева М.А., Дмитриева А.А., 4 курс, лечебный факультет
Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Научный руководитель: профессор П.Д.Хазов

Рак молочной железы у женщин занимает первое место среди онкологических заболеваний. За последние 20 лет заболеваемость возросла на 40-50%. Остается высокой и смертность. Однако есть и успехи как в диагностике, так и лечение этого грозного заболевания. Так , в доклинической стадии удалось довести 20-летнюю выживаемость до 92%. Теоретически рассчитано и практически подтверждено, чтобы опухоль в своем развитии достигла размеров 0,5-0,8 см требуется 5-7 лет. Возможности современной маммографии позволяют выявлять опухоль таких размеров.

Проанализированы клинико-рентгенологические данные 20 больных с наличием так называемого «малого» рака молочной железы. Больные были в возрасте от 42 до 78 лет. Правая молочная железа поражалась чаще, чем левая (15 из 5 соответственно). У 12 пациенток опухоль была размером 1,2 см, у 8 – до 1см в диаметре. Тень раковой опухоли чаще была неоднородной, контуры неровные. У трех больных выявлялись микрокальцинаты.

В диагностической маммографии сегодня различают два направления:

1. Массовые проверочные обследования (маммографический скрининг).
2. Маммографическое обследование (диагностическая маммография) женщин в лечебных учреждениях по направлению врачей.

Основная задача проверочной маммографии, которой в национальном проекте здоровья, принадлежит основная роль в диагностике непальпируемых образований молочной железы. Однако успехи диагностики и лечения рака молочной железы возможны лишь при правильной организации маммографических центров (кабинетов, отделений).

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ТИМОМ
Ерохина М.А., 3 курс, лечебный факультет
Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Научный руководитель: доц. Крылова Е.А.

Опухоли и кисты средостения встречаются относительно часто, составляя от 3 до 8% в структуре онкологической заболеваемости. На долю тимом приходится 36%. Различают доброкачественные и злокачественные опухоли вилочковой железы, а также кисты.

Наблюдалось 37 больных с опухолями вилочковой железы. Среди них 27 пациентов были женского и 10 мужского пола. Возраст больных коле-

бался от 18 до 78 лет. Клиническая картина тимом разнообразна и малохарактерна, часто бессимптомна. Известна взаимосвязь с синдромом прогрессирующей мышечной слабости, который имел место у 20 наших пациентов. Кроме того, все больные жаловались на нехватку воздуха, одышку и слабость. У 8 человек отмечена боль в груди. Все больные были подвергнуты рентгенологическому исследованию (выполнение снимков в 2-х проекциях). У 12 больных рентгенография дополнена плоскостной послойной томографией с продольным размазыванием.

У 25 пациентов опухоли были доброкачественной природы, у 7 – с элементами озлокачествления, у 5 больных тимомы имели кистозный характер, у 1 пациента обнаружен лимфогранулематоз тимуса. Рентгенологическая картина тимом сводится к наличию опухоли, расположенной обычно ассиметрично, слева или справа от срединной линии, без закономерного преобладания поперечника над длинником или над переднезадним их размером. Опухоль располагается за грудиной, медиальная ее часть не дифференцируется, латеральная при небольших размерах может едва выступить из-за края сердечно-сосудистой тени. Локализуется тимомы чаще всего в среднем отделе загрудинного пространства. Структура опухоли чаще однородна, очертания гладкие, волнистые (что отражает ее дольчатый характер). Форма обычно грушевидная, острием обращена книзу.

Злокачественные тимомы представляют собой плотные опухоли различных размеров (от 7 до 25 см в диаметре), как правило, прорастающие капсулу и окружающие органы средостения. При рентгенологическом исследовании обычно отмечается двухстороннее расширение средостения, контуры тени становятся бугристыми, рост опухоли ускоряется. Из других методов исследования применяют МРТ и КТ. Эти методы имеют существенные преимущества в дифференциальной диагностике, а точность их в диагностике патологических состояний тимуса составляет 90-95%.

Таким образом, опухоли вилочковой железы встречаются относительно часто, а лучевая диагностика занимает ведущее место в их распознавании.

МРТ-ДИАГНОСТИКА ИНСУЛЬТОВ СТВОЛОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Корнеева И.Г., 3 курс, лечебный факультет

Кафедра физиопульмонологии с курсом лучевой диагностики

Научный руководитель: асс. Антонова О.Г.

Ежегодно в мире инсульты поражают от 5 до 6 млн. человек и уносят 4,5 млн. жизней. В общей структуре смертности инсульт занимает 2-3 место и первое место среди причин инвалидизации. Проблема заболеваний стволового отдела головного мозга весьма актуальна в связи с увеличением их распространенности и тяжестью прогноза. В общей структуре инсультов поражение ствола головного мозга составляет 18-20%. Смертность при стволовых инсультах в несколько раз выше, чем при полушариях, что объ-

ясняется анатомической особенностью строения стволового отдела: на небольшом участке мозга расположены многие жизненно-важные центры.

Среди причин стволовых инсультов наиболее частыми являются гипертоническая болезнь и атеросклероз магистральных артерий головы. Магнитно-резонансная томография (МРТ) является ведущим методом исследования инсультов ствола головного мозга, позволяя получить изображение патологического очага в трех плоскостях и дает картину, максимально приближенную к анатомической.

Ствол головного мозга представлен средним, промежуточным и задним мозгом. Последний включает в себя варолиев мост и продолговатый мозг.

Проанализированы клиничко-неврологические и МР-томографические данные 16 пациентов с ишемическими инсультами варолиевого моста. Среди пациентов было 8 мужчин и 8 женщин в возрасте от 40 до 75 лет. У большинства пациентов основными жалобами были слабость в конечностях, головная боль, общая слабость и нарушение речи. Головокружение и шаткость при ходьбе, двоение в глазах. В анамнезе у 15 больных отмечалась гипертоническая болезнь, у 7 пациентов - сахарный диабет и у 3 – ИБС. У большинства больных – 12 имели место сочетанные поражения ЧМН, двигательных расстройств и нарушений чувствительности в виде понтинных (мостовых) альтернирующих синдромов. При этом на стороне инсульта определялось поражение лицевого, подъязычного, отводящего ЧМН и гемипарез или гемиплегия. При нейроофтальмологическом исследовании патология глазного дна в виде ангиосклероза и ангиопатии сетчатки наблюдалась практически у всех пациентов. Всем больным проведено МРТ. В острой стадии участок ишемии более четко определялся на Т2-ВИ в виде очага поражения с неровными, «размытыми» контурами и имел сигнал повышенной интенсивности. Подострая стадия характеризовалась отграничением участка некроза от здоровой ткани, в связи с чем контуры его на Т2-ВИ становились более четкими, интенсивность сигнала оставалась высокой. В стадии организации, при положительной динамике течения инсульта, пораженная зона обычно уменьшалась в размерах. По локализации преобладали левосторонние инсульты. Двухстороннее поражение имело место у 2 пациентов.

Таким образом, ведущим методом диагностики стволовых инсультов является МРТ, позволяющая уточнить характер изменений в стволовых структурах и дать точную топическую характеристику патологического очага.

К ВОПРОСУ ФЕНОМЕНОЛОГИИ СОЗАВИСИМОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

Свиридов И.Г., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра психиатрии

Научный руководитель: асс. А.В.Меринов

Алкоголизм в настоящее время является проблемой для любой страны

мира. Однако, говоря про алкоголизм, подразумевают самих больных, забывая про людей, проживающих вместе с ними и имеющих достаточно очерченные собственные проблемы со здоровьем – синдром «созависимости». Цель работы: изучить состояние «созависимости» при хроническом алкоголизме в контексте системности семейных нарушений.

На сегодняшний день остается актуальным вопрос о сущности состояния созависимости при хроническом алкоголизме. В целом под созависимостью понимают комплекс нарушений, возникающий в результате совместного проживания с больным алкоголизмом.

Изучая в течение двух лет алкогольные семьи, установлено, что у членов таких семей часто возникают различной степени нервно-психические и соматические расстройства. Например, семья из трех человек: мать 54 лет, дочь 23 лет и дочь 30 лет. Мать – учитель в школе, младшая дочь – студентка техникума. Старшая дочь больна алкоголизмом (II стадия, псевдозапойный тип, среднепрогредиентное течение). Употребляет спиртные напитки с 16 лет, нигде не работает. Сестра и мать страдают от ее поведения, пытались лечить ее в наркодиспансере, неоднократно «кодировали», однако безрезультатно. Как следствие, у матери развились аутоагрессивные тенденции, которые проявляются в том, что она стала много курить, перестала заниматься собой, часто болеет.

Работая с «алкогольными» семьями, сделан вывод, что в ряде случаев больному алкогольной зависимостью отводится основная роль в генезисе синдрома «созависимости», так как его алкоголизация подрывает здоровье других членов семьи. Вместе с тем приходилось наблюдать случаи, когда в семьях алкоголиков «созависимые» супруги бессознательно довольны сложившимся положением дел. Они жалуются, рассказывают подробности внутрисемейных взаимоотношений, просят различные советы, как изменить жизнь к лучшему, вылечить мужа от алкоголизма, однако советами практически никогда не пользуются.

В беседах с членами алкогольных семей сделаны попытки убедить их, что нарушения в семье носят системный характер с активным участием обеих сторон (как зависимой, так и созависимой составляющих). Нередко причиной таких нарушений является выраженная аутоагрессивность супругов, когда созависимость служит приемлемым способом высвобождения внутриличностной самодеструктивности. Подобные проявления служат в какой-то мере защитными механизмами. Поэтому вместо устраняемого «нездоровья» нужно предлагать другие способы решения имеющихся проблем, новый смысл и перспективы жизни без аутодеструкции.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Подолян О.Н., 6 курс, медико-профилактический факультет

Кафедра внутренних болезней

Научный руководитель: асс. Трунина Т.П.

Во всем мире заболеваемость инфекционным эндокардитом непрерывно растет. Несмотря на наличие яркой клинической картины и диагностических критериев, постановка диагноза инфекционного эндокардита в современной клинической практике в ряде случаев представляет значительные затруднения.

Больной А., 67 лет, поступил в ГКБ №11 24.06.05 с жалобами на интенсивные боли в поясничной области слева, усиливающиеся при движении, не связанные с дыханием, без иррадиации; на одышку в покое, кашель с отделением светлой мокроты, на общую слабость, потливость; снижение массы тела на 10 кг в течение месяца; на периодические головные боли, головокружение, жажду. Из анамнеза: считает себя больным в течение двух недель, резкое ухудшение состояния последние 3 дня, когда усилились все вышеперечисленные жалобы.

В течении 15 лет страдает гипертонической болезнью, постоянно принимает каптоприл. Около 12 лет назад диагностирована ИБС, в 1997 году перенес инфаркт миокарда, в дальнейшем сформировалась аневризма верхушечной области левого желудочка. Страдает сахарным диабетом 2 типа, с целью коррекции глюкозы крови постоянно принимает манинил. При осмотре состояние средней степени тяжести, температура 36,7°C, кожные покровы бледные, влажные, отеков нет. В легких дыхание ослабленное в нижних отделах справа, там же - единичные влажные хрипы, частота дыхательных движений - 24 в минуту. Левая граница относительной тупости сердца смещена кнаружи от срединно-ключичной линии на 2 см. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, нормокардия, патологические аускультативные феномены не выслушиваются, АД=140/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5см. Отмечается болезненность при пальпации поясничной области, больше слева. Физиологические отправления в норме. В общем анализе крови эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Hb-121г/л, ЦП – 0,9, L – $6,4 \cdot 10^9/л$, СОЭ 25 мм/ч, глюкоза крови – 9,9 ммоль/л, АсТ – 0,13 ммоль/л, АлТ – 0,3 ммоль/л, билирубин 15-2-13 ммоль/л, креатинин – 98,6 мкмоль/л, мочевины – 6,3 ммоль/л, общий белок – 53 г/л, холестерин – 2,6 ммоль/л, протромбин 0,78, фибриноген – 2,7 г/л. ЭКГ: тахисистолическая форма мерцательной аритмии, единичные желудочковые экстрасистолы. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены признаки очаговой пневмонии в нижней доле справа. За время наблюдения у больного сохранялся стойкий болевой синдром в поясничной области. Консультирован неврологом, клинически и рентгенологически диагностирован поясничный остеохондроз с люмбалгией.

На фоне введения нестероидных противовоспалительных препаратов боли практически не купировались. Больной оставался диагностически неясным. Для исключения метастатического поражения позвоночника

опухолевого генеза проведено дополнительное обследование: эхоэнцефалография, ультразвуковое исследование брюшной полости в динамике, фиброэзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, консультирован урологом, хирургом.

Состояние больного прогрессивно ухудшалось: нарастали болевой синдром в правой поясничной области, симптомы интоксикации. При компьютерном исследовании пояснично-крестцового отдела позвоночника диагностирован абсцесс повздошно-поясничной мышцы, возможно туберкулезного генеза; деструкция I-II поясничных позвонков. Консультирован фтизиоурологом. Внезапно у больного развилась клиника ишемического инсульта в правой гемисфере, мозговая симптоматика быстро прогрессировала, через двое суток констатирована смерть. При патологоанатомическом вскрытии выявлен полипозно-язвенный эндокардит митрального клапана сердца, осложненный пиогенным остеомиелитом 11 грудного и 1-2 поясничных позвонков с затеком в область правой пояснично-подвздошной мышцы, метастатическими инфарктами селезенки, центральных ядер правого полушария головного мозга, микроабсцессами почек.

Стертость и атипичность клинической картины: отсутствие лихорадки, афоничность клапанного поражения, характерных изменений лабораторных и биохимических показателей, не позволили в данном клиническом случае поставить правильный диагноз. Больной поступил в отделение уже с клиникой тромбоэмболических осложнений основного заболевания. Отсутствие аускультативных проявлений тяжелого поражения митрального клапана может быть объяснено наличием у больного постинфарктного кардиосклероза, сформировавшейся аневризмой верхушечного сегмента левого желудочка, склеротическим поражением клапанного аппарата, что, возможно, изменило внутрисердечную гемодинамику.

Данный клинический случай иллюстрирует трудности диагностики инфекционного эндокардита у больных пожилого возраста на фоне тяжелой соматической патологии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Юрчикова Е.Е., Теплякова Н.И., 4 курс,

медико-профилактический факультет

Кафедра внутренних болезней

Научный руководитель: асс. Трунина Т.П.

Нарушения ритма являются одной из наиболее значимых проблем современной кардиологии. По данным Фремингемского исследования фибрилляцией предсердий выявляется у 4 % взрослого населения. Терапия ФП остается трудной задачей: слишком многообразны причины этой аритмии, неоднородны клинические проявления. При назначении антиаритмических препаратов ФП рецидивирует у 40-50% больных в течение 6 месяцев.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении городской клинической больницы № 11 в 2005 г. Из 1385 больных 300 человек (22%) составили пациенты с ФП в возрасте от 49 до 82 лет (средний возраст $65 \pm 0,9$ года), из них 59 % женщины и 41% мужчины. У больных диагностирована пароксизмальная и постоянная формы ФП с давностью нарушения ритма от года до 12 лет. Наиболее частым этиологическим фактором была ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 266 человек (88,6 %), у 92 % больных аритмия сочеталась с артериальной гипертензией. У 16 (5,3%) причиной ФП установлена хроническая ревматическая болезнь сердца, в 11 случаях (3,6%) – кардиомиопатии. У 7 больных (2,3%) ФП развилась на фоне хронического легочного сердца. Степень ХСН (II-III ФК) более выражена у больных с постоянной формой мерцательной аритмии. Эхокардиографическое обследование проведено 42 % больных. По наблюдениям нашей клиники и по данным литературы ФП чаще встречается у пожилых пациентов: 82% случаев приходится на возраст от 60 до 82 лет.

Для восстановления синусового ритма использовались кордарон, верапамил, дигоксин с обязательным назначением дезагрегантов. В качестве противорецидивной терапии применялись кордарон (50%), метопролол (18%), реже верапамил (11%) и их комбинации. Для урежения ЧСС при постоянной форме ФП 36% больным назначен дигоксин, в 25% случаев применялся метопролол, 15 % пациентов назначен кордарон, 24 % - комбинации антиаритмических препаратов. Практически все пациенты получали препараты из группы ингибиторов АПФ. На фоне проводимой терапии у больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии достигнуто восстановление синусового ритма на 1-3 сутки пребывания в стационаре, при постоянной форме – урежение тахикардии до нормосистолии, стабилизация гемодинамических показателей, случаев тромбоэмболических осложнений ФП мы не встретили. У 8% больных в течение года зафиксированы случаи повторной госпитализации с клиникой рецидива нарушения ритма.

При пароксизмальной ФП наиболее эффективным оказался кордарон, однако, считаем длительное назначение этого препарата для нормализации частоты сердечных сокращений при постоянной форме мерцательной аритмии менее целесообразным, особенно пожилым пациентам. При очевидном отсутствии предупреждающего эффекта от антиаритмической терапии продолжать их назначение нежелательно. Следует избегать постоянного применения антиаритмических препаратов у больных с редкими и хорошо переносимыми пароксизмами ФП. Достаточно часто больным с первично возникшим приступом ФП назначается комбинированное лечение, что значительно повышает риск развития побочных действий антиаритмиков и может усилить их проаритмогенный эффект. Внедрение в практику разработанных клинических рекомендаций по данной проблеме позво-

лит сократить длительность терапии, уменьшить число повторных госпитализаций, улучшить качество лечения и повысить удовлетворенность пациентов проведенной терапией.

РЕГУЛЯЦИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ
СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Федотова М.А., 3 курс, медико-профилактический факультет

Кафедра внутренних болезней

Научный руководитель: асс. Гиривенко А.И.

Цель исследования: оценить особенности изменения регуляции ритма сердца у больных прогрессирующей стенокардией напряжения по вариабельности ритма сердца (ВСР).

Обследовано 45 больных прогрессирующей стенокардией напряжения, 13 женщин и 32 мужчины, средний возраст $59,59 \pm 2,67$ лет. Группу контроля составили 17 практически здоровых лиц сопоставимого пола и возраста. Изучались следующие параметры ВСР: среднеквадратическое отклонение RR интервалов (СКО), вариационный размах (dX), амплитуда моды (АМо), индекс напряжения регуляторных систем (ИН), мощность спектра в нулевой точке (S0), мощность спектра в диапазоне дыхательных движений (Sд), показатель активности регуляторных систем организма (ПАРС).

В группе контроля СКО составило $0,047 \pm 0,005$, dX $0,23 \pm 0,02$, АМо $41,1 \pm 5,32$, ИН $109,23 \pm 44,68$, S0 $0,165 \pm 0,035$, Sд $0,062 \pm 0,014$, ПАРС $3,75 \pm 0,94$. У больных ИБС: прогрессирующей стенокардией СКО было $0,026 \pm 0,004$, dX $0,148 \pm 0,033$, АМо $64,96 \pm 4,80$, ИН $399,39 \pm 103,70$, S0 $0,171 \pm 0,021$, Sд $0,064 \pm 0,011$, ПАРС $4,66 \pm 0,64$. По параметрам СКО, dX, АМо, ИН между группой контроля и группой больных отличие было достоверно ($p < 0,05$), что свидетельствует об активации симпатoadренальной и снижении активности парасимпатической нервной системы. Для уточнения характера нарушения вегетативной регуляции сердечного ритма группа больных прогрессирующей стенокардией были разделены на 2 подгруппы. В первую (13 человек) вошли больные с высоким уровнем напряжения регуляторных систем организма (ПАРС 6 баллов и более), во вторую (31 пациент) – с нормальным или умеренно повышенным уровнем напряжения регуляторных систем организма (ПАРС менее 6 баллов). В первой подгруппе СКО составило $0,013 \pm 0,003$, dX $0,063 \pm 0,013$, АМо $78,66 \pm 5,86$, ИН $804,96 \pm 220,89$, S0 $0,163 \pm 0,035$, Sд $0,081 \pm 0,032$; во второй - СКО $0,031 \pm 0,005$, dX $0,183 \pm 0,041$, АМо $59,22 \pm 5,24$, ИН $229,31 \pm 40,46$, S0 $0,175 \pm 0,027$, Sд $0,056 \pm 0,008$. По всем изучаемым показателям, кроме S0, между двумя подгруппами наблюдалась достоверная разница ($p < 0,001$), для Sд $p < 0,05$. При сравнении с группой контроля первой группы все параметры, кроме S0 и Sд, достоверно отличались ($p < 0,001$). При сравнении группы контроля и второй группы достоверные отличия ($p < 0,01$) были по показателям СКО, АМо, ИН. Таким образом, при умеренном напряжении регуляторных систем организма у больных прогрессирующей стенокарди-

ей наблюдается активация симпатoadреналовых влияний, а при значительном – еще и снижение парасимпатических влияний.

У больных ИБС: прогрессирующей стенокардией напряжения выявлена активация симпатoadреналовых влияний. У части больных происходит также снижение показателя, указывающего на активность парасимпатического звена на сердце на фоне более выраженных симпатoadреналовых влияний. Это согласуется с данными литературы о неоднородности этой категории пациентов.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Харитонов Е.А., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра дерматовенерологии с курсом инфектологии ФПДО

Научный руководитель: доц. Ермошина Н.П.

Проблема атопического дерматита (АД) в последние десятилетия приобрела особую актуальность в связи с высокой распространенностью, неуклонным ростом данного заболевания и несовершенством терапии.

Хроническое рецидивирующее течение дерматоза, распространенный характер высыпаний, выраженный зуд, наличие очагов поражения на открытых участках кожного покрова резко снижают качество жизни больного АД и всей его семьи, приводят к социальной дезадаптации. Медикаментозная терапия АД включает в себя множество лекарственных средств, относящихся к различным фармакологическим группам.

Основными, базисными препаратами, которые применяются у каждого без исключения больного АД, являются 2 группы средств: антигистаминные препараты и препараты для наружного применения, среди последних в настоящее время предпочтение отдается современным топическим ГКС.

Пятилетний опыт применения ЭРИУСа в лечении 115 детей и 43 взрослых, страдающих АД, подтверждает его высокую эффективность, отличную переносимость и полное отсутствие каких-либо побочных явлений при его использовании. На фоне приема ЭРИУСа положительный клинический эффект наступал уже на 3-4 день курса лечения, а к 10 дню терапии мы наблюдали заметное улучшение или полный регресс высыпаний. Пациенты-«хроники», получавшие ранее различные антигистаминные препараты старого поколения (супрастин, тавегил, диазолин, фенкарол и др.), отмечали, что ЭРИУС выгодно отличается от своих предшественников удобным однократным приемом в сутки, а также тем, что не вызывает сонливости, угнетения координации движения и внимания (особенно важно у школьников, студентов и лиц умственного труда).

В наружной терапии АД у 158 больных использовался ЭЛОКОМ.

Комбинация ЭРИУС + ЭЛОКОМ обладает наиболее высоким противовоспалительным и противоаллергическим эффектом, приводит к быстрому купированию симптомов АД, способствует максимальному продлению

клинической ремиссии, безопасна при длительном применении, что позволяет считать ее наиболее рациональной, обоснованной и приемлемой в терапии АД у детей и взрослых.

СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАНДИДОЗА

Харитонов Е.А., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра дерматовенерологии с курсом инфектологии ФПДО

Научный руководитель: доц. Ермошина Н.П.

На протяжении последних десятилетий прослеживается отчетливая тенденция к росту числа грибковых инфекций. Особое место среди этой патологии занимает семейный генерализованный кандидоз. В литературе имеются единичные сообщения о подобном заболевании в одной семье.

Под нашим наблюдением находился больной М., 14 лет, с диагнозом: семейный хронический генерализованный кандидоз, первичный иммунодефицит. Пациент болен с раннего детства, когда впервые появились высыпания во рту и на веках. За год высыпания распространились на кожу туловища, изменились ногти на кистях и стопах. Неоднократно лечился в различных клиниках с незначительным временным эффектом.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от матери, страдавшей генерализованным кандидозом, которая умерла от кандидозной пневмонии. Ребенок живет в плохих материально-бытовых условиях. Перенесенные заболевания: частые ОРВИ, ангины, фурункулез. Аллергологический анамнез без особенностей. Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь.

В общем статусе выявлены: дефицит массы тела (на 20%), отставание в физическом развитии, генерализованная лимфоаденопатия, увеличение печени на 2 см.

Дерматологический статус: высыпания локализуются по всему кожному покрову, представлены многочисленными эритематозно-инфильтративными очагами с четкими границами, неправильными очертаниями, сливающимися в обширные участки поражения. Поверхность очагов шелушится. Кожа век застойно гиперемирована, отечна, шелушится. На слизистой оболочке щек, языка – обильный густой белый налет, при снятии которого обнажается ярко-красная, эрозивная поверхность. Все ногтевые пластинки на кистях утолщены, с выраженным подногтевым гиперкератозом, тусклые, серовато-желтого цвета, частично разрушены.

При клинико-лабораторном обследовании выявлено повышение АлТ, щелочной фосфатазы; резкое снижение Т-лимфоцитов и их субпопуляций, показателей фагоцитоза; а так же имеется выраженная дисиммуноглобулинемия. С гладкой кожи, кожи век, слизистой рта, со всех ногтей, а так же в моче и кале микроскопически и культурально найдены грибы рода *Candida*.

Лечение: микосист по 300 мг в сутки ежедневно в течение 4–х месяцев, витаминотерапия (В2, В6, аевит, РР), тимоген, креон, цинктерал, местно – крем тербизил. Под влиянием проведенной терапии наступило клиниче-

ское и микологическое излечение.

СЛУЧАЙ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ У РЕБЕНКА
Зайкова Ю.Н., 6 курс, лечебный факультет
Кафедра дерматовенерологии с курсом инфектологии ФПДО
Научный руководитель: асс. Косорукова С.А.

Псориаз - это хронический рецидивирующий дерматоз мультифакториальной природы, характеризующийся гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки эпидермальных клеток. Это один из распространенных дерматозов не только у взрослых, но и у детей. Он чаще возникает у детей в возрасте 7-15 лет. Общее течение псориаза у детей отличается от течения его у взрослых: преобладают летние формы с локализацией высыпаний на открытых участках тела, лице. Псориатическая эритродермия у детей встречается крайне редко.

Больной Д., 12 лет, поступил в ДКДЦ РОККВД 31.10.2005 с жалобами на высыпания на коже головы, туловища, рук, ног, сопровождающиеся сильным зудом, шелушением, болью при движении. Из анамнеза заболевания: болен с января 2005 г., когда внезапно, без видимой причины появились высыпания на кистях, стопах, голених, не лечился. Обострение состояния произошло в результате нервного стресса (контрольные в школе), за четыре дня высыпания заняли всю кожу.

Из анамнеза жизни: отягощенная наследственность – у мамы псориаз. При осмотре: высыпания локализовались на коже лица, головы, туловища рук и ног. Кожа была сплошь ярко-красного цвета, отечна, диффузно инфильтрирована. На поверхности имелись толстые, желтого цвета чешуйкокорки. На шее отмечались трещины с серозно-геморрагическим отделяемым с поверхности. Псориатическая триада вызывалась легко на всех участках кожного покрова. На основании жалоб, анамнеза, осмотра, проведенного обследования был поставлен диагноз: тотальная псориатическая эритродермия.

Сопутствующий диагноз: астено-невротический синдром, гипогонадотропный гипогонадизм, синдром раздраженного кишечника, дисбиоз кишечника I степени, реактивная гепатопатия, ожирение III степени. Проводилось лечение: дезинтоксикационная терапия, глюконат Са, супрастин, эссенциале, энтеросгель, ново-пассит, местно: ланолиновый крем + Адвантан. Учитывая торпидное течение дерматоза неэффективность проводимой терапии, тяжелую сопутствующую патологию, больному была назначена иммуносупрессивная терапия сандимун неорал 2,5 мг/кг/сут, на фоне чего прекратилось распространение процесса, уменьшилась инфильтрация, шелушение.

Таким образом, развитие псориатической эритродермии у детей, ее торпидное течение, обусловлено наличием тяжелой сопутствующей патоло-

гии. Это требует индивидуального подхода к лечению и совместного ведения таких больных врачами других специальностей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИФИЛИСА У ПОДРОСТКА
Баранова М.О., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра дерматовенерологии с курсом инфектологии ФПДО
Научный руководитель: асс. Жильцова Е.Е.

Начиная с 1990 г., заболеваемость сифилисом среди населения России стала постепенно возрастать, а с конца 90-х годов приняла характер эпидемии. В 1997 г. общая заболеваемость сифилисом превысила уровень 1990 г. в 51 раз. За период с 1998 по 2002 гг. заболеваемость сифилисом увеличилась незначительно, в настоящее время остается высокой.

В связи с этим актуально представить клинический случай заболевания сифилисом у подростка. Больная Т., 15 лет была доставлена в отделение беспризорных и безнадзорных детей РОКВД сотрудниками милиции. При поступлении предъявляла жалобы на охриплость голоса, высыпания на половых органах, коже ладоней и подошв. Высыпания на половых органах заметила приблизительно 1 месяц назад, спустя 2 недели появилась охриплость голоса, самостоятельно не лечилась, за медицинской помощью не обращалась.

Пациентка уроженка города Тольятти. Родители злоупотребляют алкоголем. В течение 3-х лет не живет дома, отчислена из школы. Злоупотребляет алкоголем, курит, неоднократно попадала в милицию за воровство. В данное поступление была доставлена сотрудниками милиции с трассы, где занималась проституцией.

Специальный статус: на ладонях и подошвах локализуются лентикулярные папулы, размером с чечевицу от 0,5 до 1 см в диаметре, красно-бурые по периферии шелушение – «воротничок Биетта». На больших половых губах и коже промежности справа гипертрофированные папулы с неровной, бугристой поверхностью, резко возвышающиеся над уровнем кожи, диаметром до 2,5 см. Папулы имеют широкое инфильтрированное основание. Подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с лесной орех, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные.

Диагноз: сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек, лентикулярные папулы ладоней и подошв, широкие кондиломы гениталий, полиаденит.

Лечение: пенициллин по 1млн ЕД 4 раза в день, курсовая доза 80 млн. ЕД, алоэ 2,0 внутримышечно 10 дней, компливит 1таб 1 раз в день 10 день, сонопакс 0,125 1 таб. 2 раза в день. На фоне проводимого лечения отмечался регресс высыпаний.

Данный случай показывает разнообразную клиническую картину сифилиса у подростка, в том числе острозаразные проявления (широкие кондиломы) и возможность заражения большого количества половых партнеров.

ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО МИКО - И УРЕАПЛАЗМОЗА
Баранова М.О., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра дерматовенерологии с курсом инфектологии ФПДО
Научный руководитель: асс. Жильцова Е.Е.

Этиологическая структура урогенитальной инфекции постоянно меняется. В настоящее время значительно увеличилось количество ЗППП, вызванных микоплазмами, среди разновидностей, которых патогенными для человека, и вызывающими воспалительные процессы урогенитального тракта являются: *M. hominis*, *M. genitalium*, *M. fermentans*, *U. Urealiticum*. Микоплазмы вызывают инфекционно-воспалительные процессы половых органов при наличии определенных условий. Факторами, усиливающими потенциальную патогенность микоплазм, являются нарушения иммунологической реактивности организма, беременность, аборт, оперативное вмешательство, сопутствующие ЗППП и другие. Вопросы терапии микоплазмозов остаются актуальными в связи с их резистентностью ко многим группам антибактериальных препаратов.

Целью исследования стало изучение эффективности антибиотика группы макролидов - фромилида (klarитромицин) у больных микоплазмозами.

Под наблюдением находилось 57 женщин в возрасте от 18 до 42 лет. При обращении пациенток, во время осмотра было выявлено – торпидный уретрит – у 37, подострый эндоцервицит – у 41, кольпит – у 22, торпидный сальпингоофорит – у 7, эрозия шейки матки – у 32 больных. Всем женщинам проводилось комплексное обследование на заболевания, передающиеся половым путем, исследование иммунного статуса, биохимическое исследование крови. При обследовании было выявлено: *U. urealiticum* – у 32, *M. hominis* – у 22, *M. genitalium* – у 19, гарднереллы – у 25, грибы рода *Candida* – у 16, трихомонады – у 5 пациенток. То есть микоплазменная инфекция более чем у 70% больных определялась как смешанная урогенитальная инфекция в различных ассоциациях.

При острых неосложненных инфекциях доза фромилида составляла 500 мг (1 таблетка) 2 раза в сутки в течение 7–14 дней. При хронических осложненных инфекциях назначалось до 1500 мг в сутки в 3 приема, курс лечения был от 2 –х до 3–4 нед. В комплекс терапии включались иммунные препараты (виферон, имунофан и др.), антимикотические средства (дифлазон), антипротозойные препараты (трихопол, флагил) и местное лечение с применением антибактериальных препаратов. У всех пациенток наблюдалось клиническое излечение. Элиминация возбудителей была достигнута у 93,8% женщин.

Таким образом, фромилид (klarитромицин) является эффективным

средством в борьбе с микоплазменной инфекцией и позволяет добиться большого успеха при лечении больных.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЛЕПТОСПИРОЗОМ, ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ И ТУЛЯРЕМИЕЙ

Казенина О.В., 6 курс, лечебный факультет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: д.м.н. Мартынов В.А.

Лептоспироз, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) и туляремия являются распространенными и тяжелыми природно-очаговыми зоонозными заболеваниями. При этих инфекциях наблюдаются симптомы эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ, которым в клинической практике не уделяется должного внимания. У этих пациентов крайне редко применяется такой метод диагностики, как ФГДС.

Цель настоящего исследования: изучить патологию верхних отделов ЖКТ по данным эндоскопического обследования у больных лептоспирозом, ГЛПС и туляремией в зависимости от этиологии, сроков и тяжести течения заболевания; установить связь патологии ЖКТ с *Helicobacter pylori* инфекцией.

За период с апреля 2004 г. по сентябрь 2005 г. в клинике инфекционных болезней обследовано 133 пациента с ГЛПС, лептоспирозом, туляремией, инфекциями мочевыводящих путей. Из них 66 мужчин и 57 женщин в возрасте от 16 до 76 лет. Всем больным проводилась фибро-гастро-дуоденоскопия. Для диагностики *Helicobacter pylori*-инфекции применялся морфологический метод и уреазный тест.

В результате исследований у 60 % пациентов выявлены острые эрозивно-язвенные поражения желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Установленные изменения были наиболее выраженными при ГЛПС ($p < 0,001$). Частота возникновения этих поражений была выше при тяжелом течении основного заболевания. При микроскопическом исследовании гистобиопсий выявлены поверхностные и глубокие эрозии и язвы слизистой оболочки, большое количество клеточных элементов воспаления, изменения сосудов микроциркуляторного русла с очаговыми кровоизлияниями.

Указанные изменения чаще регистрировались на 7-8 сутки заболевания, характеризовали различные стадии геморрагического гастрита, возникающего при шоке. *Helicobacter pylori* - инфекция диагностирована у трети пациентов и не имела существенного влияния на частоту эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ.

Полученные данные имеют практическое и теоретическое значение, раскрывают некоторые стороны патогенеза формирования органной патологии у инфекционных больных.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БОТУЛИЗМА
Шутова Е.А., Батрова Е.А., 5 курс,
медико-профилактический факультет
Кафедра инфекционных болезней
Научный руководитель: д.м.н. Мартынов В.А.

Ботулизм относится к числу наиболее опасных инфекционных заболеваний, и его ранняя диагностика является залогом успешного лечения больных. Проведена оценка ранней диагностики ботулизма по материалам клиники инфекционных болезней. Заболевание было связано с употреблением в пищу соленых или маринованных грибов, вяленой рыбы, овощных консервов домашнего приготовления.

Инкубационный период колебался от 15 часов до 4 суток.

Отмечено три варианта начала болезни. Первый – с диспепсии, напоминающей ПТИ – с болями в надчревной области, тошнотой, рвотой до 3-4 раз и/или 2-4-кратным жидким стулом, сменившимися через сутки неврологическими нарушениями и стойким запором. Второй вариант начала характеризовался сочетанием диспепсии с неврологическими расстройствами: ощущение комка в горле, сухость во рту и общая слабость.

У части пациентов манифестной была «чистая» неврологическая симптоматика без диспепсии – третий вариант. У них ботулизм начался с появления «тумана» перед глазами, диплопии, тяжести в верхних веках. На поликлиническом этапе диагностические ошибки наблюдались в 26,7% случаев.

При госпитализации ботулизм характеризовался полиморфизмом неврологической симптоматики: офтальмоплегия, фаринго-ларингоплегия, дыхательные и гемодинамические расстройства, общая мионевроплегия. Важным диагностическим признаком паралитического синдрома при ботулизме была его симметричность и последовательность развития «сверху вниз»: вначале нарушение зрения, затем - глотания и далее – внешнего дыхания.

В качестве критерия тяжести больного использовались легко определяемые признаки – нарушение глотания жидкости и наличие дыхательного дискомфорта.

Истинная тяжесть ботулизма устанавливалась только при динамическом наблюдении за пациентом, поскольку даже в ходе проведения всего комплекса терапевтических мероприятий тяжесть состояния отдельных больных в течение 2-3 суток нарастала.

В условиях криминального бизнеса с потоком продуктов, консервированных с нарушением технологического процесса, угроза заболеваемости ботулизмом возрастает.

ИЗМЕНЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ ПОСЛЕ НЕДЕЛЬНОГО
 ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ
Репина Э.А., Бирюкова М.Н., 3 курс, стоматологический факультет
Кафедра терапевтической и детской стоматологии
Научный руководитель: проф. Курякина Н.В.

Частой причиной удаления интактных зубов являются заболевания пародонта. В связи с этим целесообразно проводить профилактику этих заболеваний, которая, прежде всего, должна быть направлена на устранение рьяда этиологических факторов: зубной налет и камень, микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности. Наиболее доступным способом профилактики является применение противовоспалительной и антимикробной зубной пастой в сочетании с рациональной гигиеной полости рта.

Целью исследования явилась оценка противовоспалительной эффективности использования пасты в течение недели при обеспечении необходимой гигиены полости рта. Была использована паста Colgate total 12.

Исследование проведено на 10 добровольцах обоих полов в возрасте 19-20 лет. Они были обязаны пользоваться вышеназванной зубной пастой 2 раза в день. В состав зубной пасты входят фторид натрия, хлоргексидина биглюконат, лактат алюминия, диоксид кремния.

На базовой линии обсчета все участники были подвергнуты профессиональной чистке зубов, обучились стандартному методу чистки зубов. Определяли следующие индексы: индекс зубного налета PI, индекс гигиены полости рта ОНI-S, индекс папилляро-маргинально-альвеолярный PMA.

По результатам базового осмотра выборка разделена на 3 группы:

1. ОНI-S (0-0,6) – 2 человека, средний показатель 0,28. PI (до 2) – 6 человек, средний показатель 1,4. PMA (до 30%) – 7 человек, средний показатель 1,4.

2. ОНI-S (0,7-1,6) – 6 человек, средний показатель 1,0. PI (больше 2) – 2 человека, средний показатель 2,2. PMA (30-60%) – 2 человека, средний показатель 35,7%.

3. ОНI-S (1,7-2,5) – 2 человека, средний показатель 2,26. PI (больше 2,5) – 2 человека, средний показатель 2,64. PMA (30-60%) – 2 человека, средний показатель 45,29%.

Общие средние показатели: ОНI-S 1,17; PI 2,08; PMA 18,6%. Спустя 7 дней все показатели снизились: 1 группа (ОНI-S на 41,07%; PI на 38,57%; PMA на 42,13%); 2 группа (ОНI-S на 60%; PI на 31,97%; PMA на 48,26%); 3 группа (ОНI-S на 22,5%; PI на 26,1%; PMA на 47,4%). Общее снижение показателей: ОНI-S – 50,42%; PI – 40%; PMA – 44,5%. Отмечается общее снижение всех показателей, что свидетельствует о выраженном противовоспалительном эффекте зубной пасты.

Выводы: возрастная группа 19-20 лет на базовом осмотре характеризовалась удовлетворительной гигиеной полости рта, умеренным количеством

зубного налета, легкой степенью гингивита; при курсовом использовании противовоспалительной зубной пасты отмечается значительное снижение всех индексов, что говорит о возможности ее использования при заболеваниях пародонта.

РОЛЬ СТОМАТОЛОГА-ПЕДИАТРА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЯ
МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

**Гализина О.А., 4 курс, стоматологический факультет
Кафедра терапевтической и детской стоматологии
Научный руководитель: доц. Савельева Н.А.**

Внутриутробный период является самым важным в формировании зубочелюстной системы. Профилактика заболеваний зубов у детей должна начинаться именно в этот период, потому что молочные зубы закладываются на 6-10 неделе беременности, а начинают минерализоваться во второй половине беременности. Максимально активно минерализация происходит в 6 и 9 месяцев. Одни постоянные зубы (резцы, клыки и первые постоянные моляры) закладываются во внутриутробном периоде и, следовательно, находятся под защитой организма матери. Первые постоянные моляры начинают минерализоваться на 9 месяце беременности - в самый неблагоприятный момент, т.к. он совпадает с рождением малыша.

В развитии эмали выделяют 3 стадии: секреция энамелобластами матрикса и первичная его минерализация – эмаль имеет консистенцию хряща; вторичная минерализация – из эмали удаляются белки и вода и осуществляется приток солей из плазмы энамелобластов; созревание эмали после прорезывания. Энамелобласты чувствительны к внешним воздействиям, которые приводят к отклонению нормального амелогенеза и минерализации. Время действия неблагоприятных факторов можно проследить по уровню поражения коронки: если отмечались нарушения течения беременности в 4-5 месяцев, то поражения будут локализоваться на режущем крае молочных резцов, в 6-7 месяцев – на экваторе, в 8-9 месяцев – у шеек зубов.

Итогом негативных влияний является развитие гипоплазии и/или гипоминерализации. При гипоплазии образуется пониженное количество матрикса, который созревает нормально. Эмаль тонкая, но нормальной плотности, в зоне дефекта пористая. Гипоминерализация эмали происходит, когда нормальному объему матрикса не удается достичь полной минерализации. Форма и толщина эмали нормальная, имеются белые, непрозрачные, опаловые пятна, однако эмаль интактная. Оба вида нарушений могут встречаться совместно, однако один тип обычно доминирует над другим.

Роль стоматолога в профилактике указанных нарушений заключается в: ознакомлении будущей матери с причинами подобных нарушений; ответственности работы между стоматологом, акушер-гинекологом и педиатром; оценке течения беременности; профилактике инфекционных заболеваний беременной, соблюдении режима дня, отказе от вредных привычек и

от приема медикаментозных препаратов. Необходима профилактика инфекционных заболеваний у новорожденных и детей раннего детского возраста. Важно: естественное вскармливание; избегание рентгенологического облучения челюстей в возрасте от 1 года до 3 лет; гигиена полости рта с момента прорезывания зубов (с 6 месяцев); санация полости рта ребенка; в критические возрастные периоды насыщение организма Са и витаминами, которые способствуют его усвоению (D3, А, С, В1); оценка состояния организма в пубертатный период; рекомендации по питанию беременной и ребенку в различные возрастные периоды, особенно во время активной минерализации во втором триместре беременности, на 1 году жизни ребенка, в 2,5-3 года, в 5-9 лет (в возрасте активного роста скелета).

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Макиенко М.А., 5 курс, стоматологический факультет

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Научный руководитель: асс. Фаворская Е.В.

Цель: определить зависимость состояния тканей полости рта от степени и тяжести течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Обследовано 25 человек, в анамнезе которых имеется язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Из них у 8 язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, у 17 в стадии ремиссии. В ходе обследования у всех больных выявлены обильные зубные отложения и неприятный запах изо рта. У 5 больных – пародонтит легкой степени тяжести (в анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки около 3 лет, с кратностью рецидивов 1 раз в год); у 6 больных – пародонтит средней степени тяжести (в анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки от 5 до 8 лет, с кратностью рецидивов 1-2 раза в год); у 8 больных – пародонтит тяжелой степени тяжести (в анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки более 10 лет, с кратностью рецидивов 3-4 раза в год).

Пародонтит легкой степени тяжести у обследуемых 5 больных характеризуется: слизистая оболочка маргинальной десны, в основном в области сосочков, застойно гиперемирована, отечна в области всех зубов в/ч и н/ч; проба Шиллера-Писарева «+»; глубина пародонтальных карманов составила $2,8 \pm 0,5$ мм, карманы, в основном, располагались в области 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубов; пародонтальный индекс (по Russel) составил $1,1 \pm 0,1$; подвижность зубов не встречали; обильные зубные отложения; индекс РМА составил $18,4 \pm 4,3\%$; индекс по Greene-Vermillion составил $2,2 \pm 0,2$.

Пародонтит средней степени тяжести у обследуемых 6 больных характеризуется: слизистая оболочка маргинальной десны в области всех зубов в/ч и н/ч была застойно гиперемирована, отечна; проба Шиллера-Писарева «+ +»; глубина пародонтальных карманов составила $3,6 \pm 0,5$ мм, карманы, в основном, располагались в области фронтальных зубов в/ч и н/ч; пародонтит

донтальный индекс (по Russel) составил $2,1 \pm 0,3$; патологическая подвижность зубов 1 степени; обильные зубные отложения; индекс РМА составил $38,3 \pm 4,6$ %; индекс по Greene-Vermillion составил $2,7 \pm 0,1$.

Пародонтит тяжелой степени тяжести у обследуемых 8 больных характеризуется: слизистая оболочка альвеолярной десны в области всех зубов в/ч и н/ч была застойно гиперемирована, отечна; проба Шиллера-Писарева «+ + +»; глубина пародонтальных карманов составила $5,3 \pm 0,2$ мм, карманы, в основном, располагались в области фронтальных зубов в/ч и н/ч; у двух больных встретились глубокие костные карманы; патологическая подвижность зубов 3 степени; пародонтальный индекс (по Russel) составил $4,4 \pm 0,2$; обильные зубные отложения; индекс РМА составил $67,3 \pm 5,1$ %; индекс по Greene-Vermillion составил $3,7 \pm 0,2$.

У 8 больных пародонтит находился в стадии обострения. Из анамнеза ясно, что каждый из них, в период обследования, имел обострение и в течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В связи с этим клиническая картина в полости рта у них несколько отличалась: слизистая оболочка маргинальной десны в области всех групп зубов в/ч и н/ч гиперемирована, отечна, кровоточит при зондировании; проба Шиллера-Писарева резко «+»; в области всех зубов в/ч и н/ч обильные над- и поддесневые зубные отложения; индекс по Greene-Vermillion составил $3,9 \pm 0,3$; все больные отмечали наличие неприятного запаха изо рта.

В ходе сбора анамнеза такую клиническую картину больные отмечали где-то через 5-7 дней от начала рецидивирования язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Исобое диагностическое значение имело состояние слизистой оболочки языка. У всех обследуемых был налет на языке серовато-белого цвета, одинаково выраженный на всей его поверхности.

Выводы: 1. Состояние тканей полости рта тесно связано с состоянием ЖКТ, что объясняется морфофункциональной общностью. 2. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки способствует развитию патологических состояний тканей полости рта, в частности пародонтита, в силу идентичности аспектов патогенеза этих заболеваний. 3. Длительное течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки приводит к ухудшению течения пародонтита. 4. Обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, как правило, всегда связаны и с обострением течения пародонтита.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНОГО С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Гармаш М.В., 3 курс, стоматологический факультет

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Научный руководитель: доц. Морозова С.И.

Хронические инфекции играют важную роль в развитии сердечно-сосудистой патологии (ИБС, гипертоническая болезнь, атеросклероз), а также постоянный рост количества этой патологии, диагностируемой у населе-

ния, нельзя объяснить только традиционными факторами риска такими, как повышенный уровень холестерина, курение, диабет и т.д.

Зарубежные исследования свидетельствуют о том, что локальные хронические инфекции способствуют возникновению вышеуказанной патологии. За рубежом, в этой связи Ottenbacher было введено понятие «периодонтальная медицина», которая обозначает раздел пародонтологии, изучающий влияние пародонтита на системное здоровье. Основную роль в возникновении данной патологии играют такие микроорганизмы, как *Clamidia pneumoniae* *Zytomegalieviren*, данный вид микрофлоры был обнаружен не только в тканях пародонта при пародонтите, но в образцах тканей сосудов, поврежденных атеросклерозом, которые были извлечены в процессе операции по удалению тромбов.

Целью исследования явилось изучение состояния слизистой оболочки десны у практически здорового пациента и имеющего сердечно-сосудистую патологию (ИБС, гипертоническая болезнь).

Проведено морфологическое исследование трёх образцов тканей десны, взятых у практически здорового человека, в возрасте 20 лет и у пациента, страдающего сердечно-сосудистой патологией в возрасте 62 лет. Материал для исследования фиксировался в 10% нейтральном формалине, затем заливался в парафин, производились срезы, которые окрашивались гематоксилин-эозином.

Выявлено, что слизистая оболочка десны практически здорового человека покрыта многослойным плоским эпителием. Собственная пластинка слизистой оболочки состоит из плотной фиброзной ткани, вдающейся в эпителий в виде сосочков. Подслизистая оболочка построена из плотной соединительной ткани и содержит кровеносные сосуды. При исследовании десны пожилого пациента, страдающего заболеванием сердечно-сосудистой системы выявлено, что десна имеет язвенный дефект, под эпителием выражена воспалительная инфильтрация, состоящая из лимфоцитов (значительно увеличенное ядро, выполняющее практически всю клетку) и большого числа плазмоцитов (с наличием увеличенного в объеме ядра смещенного эксцентрично), кровеносные сосуды собственной пластинки и подслизистого слоя гиперемированы.

Таким образом, риск возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы в перспективе может быть уменьшен благодаря терапии заболеваний пародонта, в частности при использовании метода апитерапии, как при местном, так и при общем лечении (комплексное лечение).

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ КУРЕНИЯ
Сухоцкая Г.С., 3 курс, стоматологический факультет
Кафедра терапевтической и детской стоматологии
Научный руководитель: проф. Курякина Н.В., доц. Морозова С.И.

Табакокурение, согласно литературным данным, приобрело среди наших россиян характер настоящей эпидемии и составляет одну из проблем, стоящих перед Российским обществом и серьезно угрожает здоровью населения. Органы и ткани полости рта, смешенная слюна являются местом первичного контакта организма курильщика с токсичными канцерогенами веществами, которые входят в состав табачного дыма. Так установлено, что слизистая оболочка, контактируя с продуктами перегара табака, находится в состоянии хронического воспаления, это приводит в последующим к её кератинизации, изменяется химический состав ротовой жидкости, в результате образования канцерогенных нитрозаминов, а также выявлено, что в норме существует динамическое равновесие между активностью протеолитических ферментов и их ингибиторами. Курение нарушает баланс в системе протеиназа – ингибиторы, это приводит к её декомпенсации, нарушению гомеостаза, развитию воспалительных и деструктивных процессов слизистой оболочки полости рта.

Целью исследования является изучение анкетных данных по вопросам курения среди студентов стоматологического факультета (старших и младших курсов).

Были собраны анкетные данные среди 37 студентов и рассмотрены, в том числе следующие вопросы: «Начинали Вы когда-нибудь курить; сколько дней на протяжении семи дней люди курили в Вашем присутствии; верно ли, что курящие медработники вряд ли будут советовать пациентам бросить курить?» На первый вопрос ответили: младшие курсы: Да - 62,2%, нет: 37,8%; старшие курсы: да: 45%, нет: 55%. На второй – в течение 7 дней: младшие курсы: 14,5%; старшие: 28%. На третий – младшие курсы: да: 53%, нет: 47%; старшие курсы: да: 42,%. Нет: 58%.

Выводы:

1. Выявлен высокий процент курящих студентов среди младших и старших курсов.

2. Пассивное курение является актуальной проблемой, так как даже не курящие люди подвергаются отрицательному воздействию табака. Следовательно, курящий человек вредит не только своему здоровью, но и здоровью окружающих.

3. Заставляет задуматься высокий процент студентов, не желающих оберегать пациентов от курения.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Рамдани Абдельkrim, 5 курс, стоматологический факультет

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Научный руководитель: асп. Сумин А.А.

Герпетическая инфекция – это группа антропонозных инфекционных заболеваний, вызываемых вирусами герпеса человека, протекающих в виде

инаппарантных, субклинических и клинически манифестных форм, которые возможны лишь в условиях первичного или вторичного иммунодефицита. Наиболее типичным представителем вирусов герпеса человека (ВГЧ) является вирус простого герпеса (ВПГ) I типа, который вызывает орофациальный герпес. По данным ВОЗ заболевания, обусловленные ВПГ, занимают второе место в мире (15,8%) после гриппа (35,8%) как причина смертности от вирусных инфекций. ВПГ может поражать кожу, слизистые, центральную и периферическую нервную систему, печень, эндотелий сосудов, клетки крови (Т-лимфоциты, эритроциты, тромбоциты).

Проблема лечения герпетических вирусных инфекций сопровождающихся поражением иммунной системы весьма актуальна и требует комплексного подхода – учета, как этиологического фактора, так и патогенетических особенностей всего организма.

Принципы этапного лечения и профилактики герпетической инфекции.

I этап – лечение в острый период болезни (рецидив): противогерпетические препараты; природные антиоксиданты (курс 10-14 дней). В случае выраженного экссудативного компонента показаны ингибиторы простагландинов (индометацин и др.) курс 10-14 дней; противовирусные (этиотропные препараты) в сочетании с иммунобиологическими средствами (интерферон или его индукторы, иммуномодуляторы).

II этап – терапия в стадии ремиссии (ранняя реконвалесценция). Основная цель – подготовка больного к вакцинациям: иммуномодуляторы; адаптогены растительного происхождения; при выраженной иммунодепрессии – гормоны тимуса, коротким курсом.

III этап – специфическая профилактика рецидивов герпетической инфекции с использованием герпетических вакцин (инактивированных, рекомбинантных). Цель вакцинации – активация клеточного иммунитета, иммунокоррекция и специфическая десенсибилизация организма. Этот этап наступает после достижения стойкой клинико-иммунологической ремиссии (если это оказывается возможным).

IV этап - диспансерное наблюдение и реабилитация больных герпетической инфекцией. Клинико-лабораторное обследование реконвалесцентов каждые 3-6 месяцев.

Преимущества комплексной терапии: сочетанное применение противогерпетических химиопрепаратов и иммунобиологических средств обеспечивает аддитивный или синергидный эффект; снижение дозы противовирусного химиопрепарата, а следовательно, сокращение вероятного развития побочных эффектов, уменьшение токсического воздействия на организм больного штаммов герпесвирусов к данному препарату; снижение возможности возникновения устойчивых штаммов герпесвирусов к данному препарату; достижение иммунокорректирующего эффекта; сокращения продолжительности острого периода болезни и сроков лечения.

В настоящее время, одним из перспективных методов лечения герпесви-

русной инфекции является лимфотропное введение трентала, предложенное Самарским медицинским университетом, для воздействия на показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных хроническим рецидивирующим герпесом (Хрг). У больных Хрг, которым лимфотропно вводили Трентал в сочетании с лидазой, констатированы более быстрое наступление клинико-лабораторной ремиссии и выраженная тенденция к нормализации иммунобиологических показателей. Это позволяет рекомендовать лимфотропное введение Трентала для лечения Хрг полости рта.

ИНТРАЛИГАМЕНТАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

Татаркина И.И, 4 курс, стоматологический факультет

Кафедра хирургической стоматологии

Научный руководитель: Филимонова Л.Б.

Манипуляции, относящиеся к новым способам обезболивания, настороженно встречаются практикующими врачами. Примером являются трудности с внедрением в ежедневную стоматологическую практику метода интралигаментарной анестезии (ИЛА).

Интралигаментарная анестезия – способ местной инфильтрационной анестезии, который состоит во введении местноанестезирующего раствора в периодонтальное пространство. ИЛА может использоваться как на верхней, так и на нижней челюсти.

Особенности ИЛА: введение обезболивающего средства под высоким давлением; анестезия наступает на первой минуте и держится 20-30 минут; используется минимальное количество анестетика и вазоконстриктора, что особенно важно у лиц с сопутствующей патологией; простая и безболезненная техника анестезии, не вызывающая дискомфорта у пациента.

ИЛА проводится специальными инъекторами, которые создают и поддерживают высокое давление во время инъекции, имеют систему дозированного выведения раствора. Противопоказаниями к ИЛА являются острые воспалительные процессы в месте планируемой инъекции.

Проведено исследование эффективности ИЛА. При клинических испытаниях удалено 37 зубов у 37 пациентов по различным показаниям. В результате исследований установлено, что во всех случаях эффект обезболивания наступал сразу после инъекции анестетика. Длительность эффекта составляла порядка 20-40 минут. Во всех случаях никаких осложнений не выявлено.

Таким образом, ИЛА является перспективным, высокоэффективным, безопасным и простым по технике исполнения способом анестезии. Для пациента анестезия приемлема, т.к., по окончании вмешательства функции зубочелюстной системы не нарушены, и сама анестезия не вызывает отрицательных эмоций. ИЛА может служить как основным, так и дополнительным способом, освоение и применение которого позволит повысить эффектив-

ность обезболивания при проведении стоматологических манипуляций.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЯМИ ЗУБОВ
Романов С.А., 3 курс, стоматологический факультет
Кафедра хирургической стоматологии
Научный руководитель: Филимонова Л.Б.

В последние годы во всем мире большое внимание стали уделять широкому внедрению зубосохраняющих операций, производимых на амбулаторном хирургическом приеме. В клинической практике достаточно часто возникает необходимость перелечивания зубов вследствие некачественного или неудачного эндодонтического лечения.

По данным Е.В.Боровского (1999), перфорации зубов составляют 9% всех осложнений эндодонтического лечения. По локализации они разделяются на перфорации стенок и дна коронковой полости и корня зуба. Учитывая недостаточную эффективность применяемых консервативных и хирургических способов лечения, был предложен метод хирургического устранения перфораций.

Основной целью предложенного ЦНИИСом способа лечения является обеспечение герметизации перфорации. Было доказано преимущество стеклоиономерных цементах химического отверждения и найден наиболее оптимальный пломбировочный материал «Chem Fill Superior» фирмы Dentsply, а также аналог, выпускаемый отечественной фирмой «Стомадент».

Показаниями к применению данного способа лечения являются острые и хронические перфорации дна полости зуба (в том числе в области фуркации) и корней одно- и многокорневых зубов.

Противопоказанием к хирургическому лечению служит II-III степень подвижности зуба при заболеваниях пародонта, расположение перфорации на язычной и небной поверхностях зуба, кроме близкого их расположения к зубо-десневому краю, то есть коронарные перфорации.

Суть предложенного способа состоит в следующем. Под местным обезболиванием создают хирургический доступ к перфорационному отверстию. Осуществляют тщательный кюретаж зоны поражения. Проводят коррекцию цемента корня вокруг перфорации. Формируется полулунное углубление с ретенционными пунктами в зоне перфорации. Затем углубление заполняют пломбировочным материалом. Образовавшийся дефект костной ткани заполняют остеопластическим материалом на основе гидроксиапатита. Операцию завершают наложением швов.

Результаты лечения больных с применением данного хирургического способа показывают высокую эффективность последнего и целесообразность его широкого применения в амбулаторной хирургической практике. Он не требует сложного оборудования, дорогостоящих препаратов, доступен для выполнения в обычных условиях поликлиники.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ
ДИПЛОИДНЫХ КЛЕТОК ЧЕЛОВЕКА

Татаркина И.И., 4 курс, стоматологический факультет

Кафедра хирургической стоматологии

Научный руководитель: Филимонова Л.Б.

Проблема заболеваний пародонта в настоящее время приобрела особое значение, так как по данным ВОЗ пародонтитом страдает более 95% населения старше 45 лет. Это заставляет исследователей пристально заниматься разработкой вопросов диагностики, лечения и профилактики этой патологии. Одним из наиболее оправданных методов, является применение хирургических методов с использованием средств, стимулирующих репаративные процессы. В связи с этим проводится поиск новых материалов.

За последние два десятилетия появилось много сообщений об использовании различных культур клеток, чаще фибробластов, во многих областях медицины. Известно, что фибробласты могут продуцировать коллаген 1, 2 типов и компоненты внеклеточного матрикса, а также факторы роста. Имеется значительное число работ, свидетельствующих о большой роли факторов роста в эпителизации раны. Полученные экспериментальные данные позволили разработать технологию лечения воспалительных заболеваний пародонта с использованием клеточных культур.

В пародонтологии используют препарат, представляющий собой монослой фибробластов человека, выращиваемых *in vitro* в специальной питательной среде на гранулах коллапана.

В результате исследований было доказано, что после использования в качестве трансплантатов комбинированного препарата на основе клеточных культур для хирургического лечения воспалительных заболеваний пародонта, при гистологическом исследовании происходят следующие изменения в пародонте:

- по окончании 1-й недели: в периодонтальной ткани отмечается полнокровие сосудов микроциркуляторного русла, лимфолейкоцитарная инфильтрация соединительной ткани. В отдельных участках отмечаются костные трабекулы и рыхлоидущие молодые коллагеновые волокна;

- по окончании 3-й недели: в периодонтальной ткани отмечаются костные регенераторы в виде плотной, компактной кости. В перифокальной области костных регенераторов определяются коллагеновые и эластические волокна;

- к 6-й неделе: сохраняется умеренное полнокровие сосудов микроциркуляторного русла, определяются фрагменты костной ткани.

Оценивая данные литературных источников, можно с большой долей уверенности ожидать, что применение фибробластов в качестве остеоин-

дуктивного препарата позволит успешно управлять качеством оказываемой помощи и эффективно реабилитировать пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ КЛЫКОВ ПО ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

Романов С.А., 3 курс, стоматологический факультет

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Научный руководитель: доц. Набатчикова Л.П.

Ретенными называют зубы, находящиеся в челюсти после сроков их нормального прорезывания, у которых формирование корней завершается. Чаще других зубов ретенными бывают центральные резцы, клыки, вторые премоляры и третьи моляры, а также сверхкомплектные зубы.

Ретенция отдельных зубов наблюдается у 4-18% пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью, ретенция верхних клыков наблюдается примерно в 2% случаев, а нижних – всего в 0,3%. Цель исследования: на основании литературных данных провести обобщение в методе лечения ретенных клыков и выявить наиболее эффективные способы лечения ретенных клыков. Было изучено 11 литературных источников, а также материалы Интернет и выявлено несколько способов комплексного многоэтапного лечения, которое зависит от возраста больного, расположения зуба, наличия для него места в зубном ряду.

На первом этапе осуществляется ортодонтическая или хирургическая подготовка. Если места недостаточно, то его создают за счет удлинения зубного ряда, раздвижения соседних зубов или удаления какого-либо зуба или исправления неправильного положения продольной оси ретенного клыка путем воздействия ортодонтическим аппаратом на рядом расположенный боковой резец и, через его корень, на коронку клыка.

При задержке временного зуба и правильном положении постоянного показано удаление временного. После устранения препятствия зуб обычно приближается к поверхности альвеолярного отростка, что определяют путем пальпации и рентгенологического исследования. Через 2-4 месяца во время повторной операции обнажают коронку ретенного зуба за счет иссечения мягких тканей и удаления части прилегающей к нему костной ткани. После этого укрепляют ортодонтический аппарат и начинают зубо альвеолярное вытяжение, используя для опоры ту же или противоположную челюсть.

Был предложен новый вариант выведения ретенных зубов с применением композиции коллагена и гидроксиапатита (КП-3) и аутокости, полученной в ходе операции. Методика операции выведения ретенных зубов с применением КП-3 в сочетании с аутокостью осуществляется следующим образом. Под местной анестезией в области отсутствующего зуба производят линейный разрез по гребню альвеолярного отростка и два вертикальных разреза в зоне ретенного зуба. Распатором отслаива-

ют слизисто-надкостничный лоскут трапециевидной формы, основанием обращенный к переходной складке. Затем производят удаление прослойки костной ткани вокруг ретенированного перемещаемого зуба и обнажают его коронку. Осторожно проводят репозицию зуба, чтобы придать ему более благоприятное положение. При этом перемещается только коронковая часть зуба, а верхушка корня остается в первоначальном положении. Удаление костной прослойки производят при помощи специальных острых инструментов, позволяющих снимать кость в виде стружки. Костную стружку собирают в стерильную чашечку для дальнейшего использования. В результате репозиции зуба образуется большая костная полость, которая заполняется биоматериалом КП-3 и аутокостью, полученной в результате хирургического вмешательства. На рану накладываются швы в области вертикально произведенных разрезов. При необходимости проводят шинирование проволоочно-композиционной конструкцией. Метод позволяет обеспечить плотный контакт перемещаемого ретенированного зуба с окружающей костной тканью, стимулирует процесс регенерации, препятствует возникновению рецессии десны, сокращает сроки ортодонтического лечения, позволяет проводить более полноценное лечение ретенции зубов, играет значительную роль в нормализации функции и эстетики.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что лечение пациентов с ретенированными клыками должно проводиться с учетом индивидуальных морфотопико-метрических нарушений величины, формы, расположения ретенированных зубов, возраста пациента, степени формирования верхушки корня, наличия места в зубном ряду или его недостатка, наличия сверхкомплектных зубов, одонтом, кист.

СИСТЕМА КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ И ФРЕЗЕРОВАНИЯ, КАК НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ И ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Пешкова М.Н., 3 курс, стоматологический факультет

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Научный руководитель: асс. Митин Н.Е.

В настоящее время компьютерные технологии находят все большее применение в диагностических, прогностических, терапевтических прочесах практической стоматологии. По данным ряда авторов, распространенность заболеваний пародонта достигает 98%. Вопрос совершенствования методов лечения патологии твердых тканей зубов по-прежнему занимает одно из ведущих мест. В настоящее время для лечения патологии твердых тканей зубов применяют методику пломбирования амальгамой, реставрацию композитными материалами или изготавливают вкладки из сплавов металлов, композитов, керамических масс.

После того как профессора Мёрман и Брандестини в 1980-1981 гг. запатентовали совершенно новую систему компьютеризированного изготовления керамических форм, фирмой «Siemens» в 1987 г. налажено их про-

изводство. При этом обычные стоматологические и зуботехнические этапы производства претерпели революционные изменения, благодаря чему можно говорить о выдающемся новаторстве в стоматологии.

В настоящее время есть несколько цельнокерамических систем, основанных на применении технологии CAD/CAM (computer aided design/computer aided manufacturing – компьютерное моделирование/компьютерное управление процессами изготовления). Например, система CEREC (Германия), предназначенная для изготовления вкладок, накладок и многослойных виниров из керамических материалов; CAD/CAM-система Dr.Duter (США) для изготовления вкладок, цельнокерамических коронок и мостовидных протезов из 3 единиц; система DCS President для изготовления металлических каркасов металлокерамических протезов, а также керамических каркасов одиночных коронок и др.

Слепок делается с помощью оптического измерения полости специальной камерой. Полученных таким образом образец горизонтальных линий передается на монитор. Стоматолог конструирует на экране ограничительные линии будущей вкладки, а затем система начинает вытачивать вкладку с помощью фрезероального устройства, вмонтированного в прибор. После изготовления конструкции она припасовывается, а затем фиксируется в полости рта. Всю процедуру можно выполнить непосредственно у кресла пациента, и уходит на нее при соответствующих навыках 45-75 мин.

Работа системы основана на следующих принципах: использование фабрично создаваемых керамических блоков-заготовок; применение видеосистемы для получения оптического внутриротового отпечатка; автоматизированное конструирование (моделирование) протеза; автоматизированное программное фрезерование протезов; использование адгезионной системы фиксации керамических протезов.

Как утверждают производители, достоинствами цельнокерамических систем, полученных с применением компьютерных программ, являются: исключение фазы оттиска; автоматизация фазы производства; точность прилегания (25 до 50 мк); отсутствие необходимости во временных коронках; снижение инфицирования тканей зуба, т.к. вкладка фиксируется не только что препарированную поверхность; высокий косметический эффект; идеальная совместимость с тканями полости рта; высокая прочность; значительная экономия времени врача и пациента; снижение расходов на лабораторные этапы.

Недостатками систем, работающих по технологии CAD/CAM, является: повышенная прозрачность; необходимость ручной доработки протезов (функциональный и эстетический аспект); невозможность моделирования их с учетом артикуляции.

Таким образом, стоматологические системы CAD/CAM в перспективе будут иметь несомненное преимущество перед традиционными методами протезирования. Учитывая темпы развития компьютерных технологий,

остро встанет вопрос подготовки стоматологов для работы с программным обеспечением различных CAD/CAM систем.

СОВРЕМЕННЫЕ ШТИФТОВЫЕ КОНСТРУКЦИИ

**Сухоцкая Г.С., Гармаш М.В., 3 курс, стоматологический факультет
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
Научный руководитель: асс. Гуськов А.В.**

Достаточно часто в клинику обращаются пациенты с дефектом твёрдых тканей зубов, когда разрушение зуба превышает 80%. Существует два метода восстановления коронковой части зуба с использованием штифтов. Возможно восстановление культи коронки зуба терапевтическим методом с анкерными штифтами и последующим моделированием культи светоотверждаемым материалом с высокой адгезией к металлу. Во втором случае производится ортопедическое лечение с изготовлением штифтовых конструкций различных типов и модификаций. Преимуществами ортопедических штифтовых конструкций является их целостность, позволяющая избежать присущего культям на анкерных штифтах явления скола материала культи. Дополнительным преимуществом ортопедической штифтовой конструкции является обширные возможности индивидуальной моделировки.

Штифтовый зуб представляет собой конструкцию, которая укрепляется в корневом канале при помощи штифта и применяется при субтотальном или полном разрушении естественной коронки зуба, как самостоятельный протез, а также для фиксации несъемных протезов, например мостовидных.

Штифтовые зубы применяют для восстановления коронковой части зуба при полном ее отсутствии или значительном разрушении (индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба 0,8 и более); в качестве опоры мостовидного протеза; штифтовые конструкции в комбинации с другими элементами для шинирования зубов при заболеваниях пародонта; для армирования депульпированных зубов; в качестве штифтов для реплантируемых зубов.

Противопоказания к применению штифтовых конструкций: некупированные патологические изменения в периапикальных тканях; непроходимость корневого канала; короткие корни с истонченными стенками; атрофия костной ткани альвеолярного отростка у корня на 3/4 и более; разрушение корня более чем на 1/4 его длины; дефект какой-либо из стенок корня равный или больший 1/4 величины корня.

Гладкие корневые штифты цилиндрической формы VLOCK (Komet): система позволяет восстанавливать с помощью композита или амальгамы зубы с полностью разрушенной коронкой, а также может служить для изготовления временных зубов. Корневые штифты конической формы, система гладких штифтов MOOSER (Maillefer) имеют винтовой желобок, дающий выход излишку цемента при посадке штифта в его ложе.

Конические штифты с винтовой резьбой GAMA (Swiss) обладают доста-

точной ретенцией при использовании плотных стенок корня зуба, снижая риск перелома. Система FLEXI-POST имеет винтовую резьбу и самозавинчиваются, создавая свою собственную резьбу в дентине и обеспечивая правильное распределение боковой нагрузки по всей полезной высоте корня. Эндоканальные штифты IKADENT представлены набором промышленно изготовленных культевых вкладок и эндоканальных штифтов из титана. Каждому диаметру штифтов соответствуют проходное сверло, фреза торцевая, развертка. Петербургской фирмой "Сириус" предложен штифт, в котором головка и внутрикорневая часть разделены. C-Post, предложенный Visco, представляет из себя углеродистые волокна, соединенные в пучок и сформированные воедино на эпоксидной матрице, обладает высоким модулем эластичности, близким к эластичности дентина.

В заключении следует отметить, что нельзя говорить о преимуществах тех или иных штифтовых конструкций вообще, можно лишь говорить о показаниях или противопоказаниях к применению той или иной штифтовой конструкции в конкретном клиническом случае.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АРТИКУЛЯТОРОВ

**Горячева Н.С., 4 курс, стоматологический факультет
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
Научный руководитель: асс. Митин Н.Е.**

История возникновения, развития и совершенствования артикуляторов тесно связана с возникновением тех или иных окклюзионных теорий и каждая из них вносит свой вклад в понимание основных принципов гнатологии как науки. В начале XIX в. преобладала теория чисто шарнирных движений в ВНЧС, и в 1805 г. Гарио изобрел первый простейший шарнирный артикулятор (окклюдатор), который до сих пор нередко используется. В 1858 г. Уильям Г.А. Бонвиль на основе антропологических измерений заложил основы работы с имитаторами жевательных движений – артикуляторами, описав знаменитую «треугольную» теорию, предложил концепцию билатеральной сбалансированной окклюзии. В 1866 г. Балквилл нашел, что в ходе латерального (бокового) движения нижней челюсти, перемещающаяся суставная головка двигается к середине. В 1890 г. немецкий анатом Шпее обнаружил, что окклюзионная поверхность имеет изгиб в сагиттальной плоскости. В 1899 г. Сноу разработал метод установки гипсовых моделей челюстей в артикулятор с помощью лицевой дуги.

В 1901 г. Кристенсен описал разобшение боковых зубов в передней окклюзии и показал, что величина этого разобщения зависит от наклона заднего ската суставного бугорка ВНЧС. Он предложил метод регистрации этого разобщения и новый артикулятор, основанный на использовании полученных параметров. В 1908 г. Беннетт изучил и определил величину бокового смещения нижней челюсти. Резцовый штифт был впервые проде-

монстрирован Альфредом Гизи в 1910 году в артикуляторе, в котором впервые можно было осуществить движения, описанные Балквиллем и Беннеттом. В это же время Гизи предложил методику регистрации вне рта движений нижней челюсти (запись «стреловидного» угла). Сконструированные им артикуляторы получили название «суставных».

Работы Холла легли в основу создания «скользящих», «несуставных» артикуляторов со свободной подвижной осью суставных головок. В 1920 годы был популярен артикулятор Монсона, созданный в соответствии с концепцией «сферического построения окклюзионной поверхности зубов». На основании работ Гизи, Монсона позднее были сконструированы артикуляторы Ханау, Стенсберри.

С помощью пантографа впервые стало возможным регистрировать трёхмерные пограничные движения ротационных центров суставных головок. Были созданы высокотехнологичные трёхмерные регулируемые артикуляторы, которые воспроизводили движения, зарегистрированные пантографом. Концепции Макколума и его сотрудников заложили основы гнатологической науки. Гише значительно упростил методику получения таких записей и предложил артикулятор собственной конструкции, известный как артикулятор Денар. В результате усилий многих авторов были сформулированы основные концепции окклюзии и предложены артикуляторы для практического применения.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМКОВЫХ КРЕПЛЕНИЙ

**Копытова О.А., Труханова Е.В., Солонеева А.Ю., 3 курс,
стоматологический факультет**

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Научный руководитель: асс. Гуськов А.В.

В арсенале врачей стоматологов-ортопедов есть два варианта конструкций: съёмные и несъёмные зубные протезы. Недостаток несъёмных зубных протезов в необходимости сошлифовать значительную часть твёрдых тканей опорных зубов. При восстановлении дефекта съёмными протезами в большинстве случаев не нужно препарировать опорные зубы. Съёмные протезы можно фиксировать с помощью кламмерных систем, но трудно достигнуть высоких эстетических результатов. Замковые крепления обладают хорошими эстетическими свойствами и контролируемым износом.

Замковые крепления, или аттачмены – это механические устройства, предназначенные для фиксации и стабилизации зубных протезов, соединяющие съёмные протезы к оставшимся зубам, корням или имплантатам. Основным показанием для применения замковых креплений в комбинированных протезах является повышение эстетических результатов протезирования. Замковые крепления могут применяться и в несъёмных конструкциях, соединяя две или несколько частей мостовидного протеза. Они при-

меняются: при невозможности сделать параллельными все опорные зубы и установить единый путь введения протеза; для разделения протяженных несъемных конструкций на отдельные части; при сомнительном прогнозе функциональной пригодности некоторых опорных зубов; при протезировании на имплантатах; для надежного соединения искусственной коронки и опорного зуба при невысокой коронковой части можно использовать вспомогательное замковое крепление в виде втулки и удерживающего винта.

Общие противопоказания к применению замковых креплений: атрофия пародонта опорных зубов более 1/3 длины корня; ограниченные мануальные навыки пациента (артрит, болезнь Паркинсона, цереброваскулярные заболевания, которые могут нарушать моторную мануальную функцию); неудовлетворительная гигиена полости рта или невозможность дальнейшего диспансерного наблюдения пациента. Местные противопоказания: низкая клиническая коронка зуба (менее 5 мм); недостаточная в вестибуло-оральном направлении ширина резцов и клыков.

Развитие высокоточных технологий обеспечило современным замковым креплениям преимущества по сравнению с кламмерными системами: точка приложения силы к опорным зубам находится более апикально по сравнению с кламмерными системами; стандартные взаимозаменяемые части; возможность активации; контролируемый износ; возможность ремонта.

Однако существуют и некоторые недостатки замковых креплений, которые должны учитываться при составлении плана лечения. В большинстве случаев опорный зуб необходимо покрывать коронкой; необходимо использовать не менее 2 зубов под клиническую опору замкового крепления при концевых дефектах зубного ряда. Клиническая коронка опорного зуба должна быть достаточной высоты, а также должно быть обеспечено достаточное расстояние между альвеолярным гребнем и зубами антагонистами. Некоторые замковые крепления подвержены быстрому износу, что ведет к потере ретенции; при обширных концевых дефектах съемные протезы с жесткими конструкциями креплений вызывают неблагоприятный «консольный эффект», действующий на опорные зубы. Необходимо высокотехнологичное оснащение зуботехнической лаборатории. Недостатком является высокая стоимость самого замкового крепления и изготовления комбинированного протеза.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛАММЕРНЫЕ СИСТЕМЫ КРЕПЛЕНИЯ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

Горячева Н.С., 4 курс, стоматологический факультет

Кафедра ортопедической стоматологии и ортопедии

Научный руководитель: асс. Митин Н.Е.

В ортопедической стоматологии важное место занимает вопрос о способе крепления любого, в том числе частичного съемного зубного протеза. Одним из видов механической фиксации бюгельных протезов является кламмерная система. Применение кламмера зависит от конкретной клини-

ческой ситуации в полости рта и конструкции зубного протеза. Существует классификация дефектов зубных рядов по Кеннеди: зубные дуги с двусторонними концевыми дефектами; зубные дуги с односторонними концевыми дефектами; зубные дуги с включенными дефектами в боковом отделе; зубные дуги с включенными дефектами переднего отдела. Основные элементы опорно-удерживающего кламмера: отросток кламмера; тело кламмера; плечо кламмера; окклюзионная накладка.

Наиболее распространенной является система кламмеров Нея. Также имеется много других видов кламмеров. Кламмер Акера (круговой кламмер) - двуплечий кламмер с окклюзионной накладкой применяется на молярах, иногда на премолярах, не применяется при значительном наклоне коронок зубов. Охватывающие части плеч кламмеров должны окружать зуб больше, чем на 180° . Для обеспечения достаточной фиксации протеза удерживающие плечи должны быть конусовидной формы при постепенном уменьшении сечения от накладки до окончания в 1.5 раз (4:3).

Двухзвеньевой (трехзвеньевой) кламмер - это конструкции, у которых вестибулярные и оральные плечи состоят из нескольких звеньев, причем последние звенья с каждой стороны являются ретенционными. В случаях, когда зуб, ограничивающий дефект, не имеет ретенционной зоны, а напереди расположенном смежном зубе имеется выраженная удерживающая область, применяют двухзвеньевой кламмер. Трехзвеньевой кламмер представляет собой комбинированную конструкцию двухзвеньевое кламмера и кламмера Акера. К перекидным кламмерам относятся такие конструкции, которые пересекают окклюзионную поверхность в поперечном направлении и размещаются на вестибулярной и оральной сторонах опорных зубов. В кламмере Бонвиля все 4 плеча могут быть удерживающими, но возможно наличие 2-х удерживающих и 2-х стабилизирующих плеч, расположенных диагонально или билатерально. Амбразурный кламмер является разновидностью кламмера Бонвиля и также относится к перекидным. Кламмер состоит из двух кламмеров Акера. Амбразурные кламмеры применяют для шинирования подвижных смежных зубов.

В клинике могут быть варианты, когда 2 опорных зуба имеют ретенционные области, расположенные в смежных зонах. В таких случаях применяют двойной кламмер Акера с плечами, направленными навстречу друг другу. Два плеча этой конструкции соединяются в двухзвеньевое стабилизирующее плечо, а два остальных являются ретенционными.

Особенностью двуплечевого кламмера с окклюзионной накладкой на смежном зубе является необычное расположение основных элементов кламмера на двух зубах. При этом плечи размещаются на одном зубе, служащем для ухвата и ретенции, а окклюзионная накладка помещается на смежный зуб, являющийся опорным. Кламмер плечо-шпилька (рыболовный крючок) применяется при мезиальном наклоне моляров, когда выступы костной ткани не позволяют применить кламмер Роуча.

Рассмотренные кламмеры могут применяться при изготовлении съемных зубных протезов в некоторых клинических ситуациях и в зависимости от конструкции зубного протеза, не уступая кламмерам системы Нея.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Вандышева Г.В., 3 курс, лечебный факультет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель: преп.-стажер Шелухина С.В.

Своевременная диагностика случаев рака поджелудочной железы представляет собой одну из серьезнейших проблем гастроэнтерологии и терапии. Трудности обусловлены и недостаточно яркой клинической картиной заболевания, и несвоевременным обращением больных за медицинской помощью, и отсутствием доступных, информативных, хорошо отработанных методов обследования. Таким образом, часто диагноз рак поджелудочной железы выставляется уже на фоне широкого метастазирования, в тяжелых стадиях заболевания, и первым проявлением его является именно метастазирование с невозможностью определения первичного очага возникновения злокачественного новообразования.

Больной О. поступил в ГКБ №4 в декабре 2005 года с диагнозом: Очаговая пневмония в нижней доле правого легкого. Метастазы в печень с невыясненным первичным очагом. При расспросе больной кроме жалоб типичных для пневмонии также отмечал боль ноющего характера в верхнем отделе живота, тяжесть в правом подреберье, носовые кровотечения, легкую тошноту по утрам, незначительную слабость. Данные жалобы появились около 3-х месяцев назад, обратился к участковому терапевту, при обследовании печень увеличена на 6 см, край острый несколько болезненный, при ультразвуковом исследовании обнаружена неоднородность структуры печени с поражением возможно метастатического характера. Больной направлен в онкодиспансер, после обследования подтвержден метастатический характер поражения печени, локализация первичного очага не установлена. Около 2-х недель назад присоединилась подтвержденная рентгенологически очаговая пневмония справа в нижней доле, по поводу которой пациент и был госпитализирован в стационар. При обследовании в ГКБ №4 в анализе крови общем лейкоцитоз, после антибиотикотерапии содержание лейкоцитов нормализовалось, другие показатели в анализах крови, мочи, биохимическом исследовании крови в пределах нормы. Печень увеличена на 10 см, плотная, край болезненный. При ультразвуковом исследовании выявлены метастатическое поражение печени и гипоэхогенное образование в поджелудочной железе, до 0,5 см в диаметре, описанное специалистом как tumor. От предложенной биопсии образования больной отказался, после успешного рентгенологически подтвержденного разрешения пневмонии в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение

участкового терапевта. Дальнейшая судьба пациента неизвестна.

Данный клинический случай на наш взгляд интересен, поскольку подтверждает отсутствие патогмоничных симптомов рака поджелудочной железы, обуславливающих трудность своевременной диагностики.

РАЗДЕЛ III. МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

ВОПРОСЫ МИКРОБИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ТРУДАХ В.Д.ТИМАКОВА

Филатов Р.А., 6 курс, Рязанова Я.П., 1 курс,

медико-профилактический факультет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом

социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Кафедра гигиены и экологии ФПДО с курсом эпидемиологии

Научные руководители: проф. Коновалов О.Е., доц. Дмитриева О.В.

Владимир Дмитриевич Тимаков родился 22 июня 1905 года в селе Пустотино Рязанской губернии.

В 1929 году закончил медицинский факультет Томского государственного университета. В 1934 году переезжает работать в Туркменский институт микробиологии и эпидемиологии, где возглавляет отдел по производству вакцин и сывороток. В 1936 году защищает кандидатскую диссертацию на тему: «Антигенные, иммуногенные и реактивные свойства АДвакцин и обыкновенных гретых вакцин».

Тимаков публикует ряд работ, посвященных ликвидации очагов брюшного тифа и санитарно-эпидемиологическому состоянию отдельных районов. Основное внимание ученый уделял решению проблем получения высокоэффективных вакцин против брюшного тифа, разрабатывая методики получения тифо-паратифозных вакцин для п/к употребления и тифозной вакцины, применяемой внутрь. Работал над созданием противокоревой сыворотки, испытывал противотуберкулезную молочную вакцину. В 1941 году защищает докторскую диссертацию на тему: «Молочные тифозные и паратифозные вакцины».

Во время Великой Отечественной войны из-за массовой миграции населения в тыл страны создавались условия для возникновения и распространения инфекционных заболеваний. Ситуацию усложнял жаркий климат Туркмении. Тимаковым были предложены и осуществлены меры борьбы и широкий комплекс противоэпидемиологических мероприятий.

В эти годы Тимаков внедряет в практику тетравакцину против кишечных инфекций. Решающее значение при ликвидации вспышки острых кишечных инфекций сыграло широкое применение бактериофагов, теоретические принципы которого были разработаны Тимаковым еще в предвоенные годы.

В 1945 году Тимаков переезжает в Москву, где возглавляет Институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных болезней АМН СССР.

Тимаков объединяет этот институт (теоретического профиля) с Центральным институтом эпидемиологии и микробиологии.

В 1977 году 21 июня Владимир Дмитриевич Тимаков скоропостижно скончался.

ДАНИЛА САМОЙЛОВИЧ САМОЙЛОВИЧ – ОСНОВОПОЛОЖНИК РУССКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Вострикова С.Б., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Научный руководитель: доц. Медведева О.В.

Данила Самойлович родился 11 декабря 1744 года в селе Яновка Черниговской губернии. Закончив Черниговский коллегиум, он поступил в Киевское общеобразовательное заведение, в котором учился с 1756 по 1761 гг. В 1765 году он закончил Петербургскую медицинскую школу и стал работать врачом в Петербургском адмиралтейском госпитале. Как полковой врач Самойлович принимал участие во всех военных походах, добился значительного снижения заболеваемости и смертности в войсках.

В конце июня 1771 года Д.Самойлович принял специальную больницу при Угрешском монастыре в Москве. Здесь лечили больных от моровой язвы. Огромная смертность от чумы доходила до 80% медицинского персонала, это заставило Самойловича искать новые эффективные средства борьбы со смертельной заразой. Впервые ему пришла мысль о противочумных прививках. Отважный врач стал внедрять свой опыт борьбы с этой болезнью: медперсонал должен работать только в халате, пропитанном уксусом, обувь смазана дегтем, каждый день врач должен менять одежду.

Доктора медицины Москвы настоятельно советовали Самойловичу обобщить накопленный опыт и выехать за рубеж для подготовки и защите докторской диссертации. В августе 1776 г. он уезжает в Страсбургский университет во Францию, где обучались лучшие акушеры и врачи Европы и России. Накапливая материал для диссертации, он не забыл предложение М.В.Ломоносова о необходимости издать на русском языке руководство по повивальному искусству. В 1778 году издает пособие «Городская и деревенская повивальная бабка». В 1780 году Самойлович публикует диссертацию, обобщив опыт русских и зарубежных ученых. После семилетнего пребывания за рубежом Данила Самойлович возвращается в Петербург, где ему оказали холодный прием и велели ждать вакантную должность. В этот период Д.Самойлович активно занимается наукой: анализирует накопленный опыт, свои записи, пишет новые книги. С сентября 1793 г. он занимается организацией карантинного дела в Екатеринославле. В 1796 г. карантинный доктор получил давно обещанный ему орден Святого Владимира.

В честь юбилея Д.С. Самойловича Союз историков г. Николаева изготовил медаль, которая храниться в историко-медицинских музеях Киева, Москва и Санкт-Петербурга. И сегодня помнят этого великого ученого, врача,

который спас много людей от чумы, не боясь этот страшной болезни. Для спасения других он готов был пожертвовать собственной жизнью, заразив себя гноем из чумного бубона, доказал путь передачи инфекции и доказал важность применения прививок для борьбы с эпидемией чумы.

КИСЕЛЬ А.А. – ВЫДАЮЩИЙСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПЕДИАТР

Юров Ю.А., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Научный руководитель: асс. Афолина Н.А.

Александр Андреевич Кисель родился в Киеве в 1859 г. В 1883 г. – Киевский университет. В деятельности Александра Андреевича сказалось влияние преподавателей общей патологии и патологической анатомии, профессоров Н.А.Хржонщевского и Г.Н.Минха. Переехав по окончании университета в Санкт-Петербург, А.А.Кисель начал работу в детской клинике Военно-медицинской академии у профессора Н.И.Быстрова (первого профессора-педиатра в России). Кроме того, он участвовал в амбулаторных приемах у Боткина в его клинике. К этому времени относится его сближение с видным деятелем педиатрии Н.П. Гундобиним. В 1886 г. Кисель защитил докторскую диссертацию на тему «О патологоанатомических изменениях в костях растущего животного под влиянием минимальной дозы фосфора». В 1890 г. Кисель был избран ординатором Ольгинской московской больницы (которую в это время возглавлял Филатов). 1892 г. А.А.Кисель становится приват-доцентом московского университета, с этого времени он ведет занятия со студентами на базе Ольгинской больницы.

С 1910 г. А.А.Кисель становится профессором клиники детских болезней Московских высших женских курсов. В 1928 г. был организован Центральный институт охраны здоровья детей и подростков. А.А.Кисель собрал десятки случаев лечения врожденной микседемы и убедительно показал на своем опыте, что путем длительного применения препаратов щитовидной железы из больного - «обузы» для семьи и общества можно сделать работника, живущего своим трудом и полезного обществу. Он один из первых в мировой медицинской практике применил лечение этой опухоли с помощью рентгеновского излучения. А.А.Кисель участвовал в формировании фундамента советского здравоохранения. Войдя с молодых лет в ряды передовых отечественных врачей, он воспринял лучшие традиции медицины, не только перенес их на советскую медицину, а сумел развить и обогатить их.

СЕЧЕНОВ И.М. – ОСНОВОПОЛОЖНИК ФИЗИОЛОГИИ И
НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ В РОССИИ

Дербина Е.А., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Научный руководитель: проф. Коновалов О.Е.

Иван Михайлович Сеченов – национальная гордость отечественной физиологии. Его выдающиеся работы по физиологии являются важнейшим этапом развития естествознания в России и значительным стимулом к развитию смежных дисциплин, в первую очередь медицины и психологии. Идеи И.М.Сеченова о «страстных рефлексах» и «рефлексах с усиленным концом» нашли свое развитие в современных исследованиях мотивации и эмоций, а открытие явления центрального торможения – в исследовании роли и механизмов ретикулярной формации ствола мозга. Понятие Сеченова об «активном отдыхе» оказалось особенно плодотворной в современной физиологии труда. С именем Сеченова связан новый взлет человеческой мысли в области естествознания, им открыто не только явление центрального торможения, но и указан путь материалистического, объективного изучения деятельности головного мозга. В работе «Рефлексы головного мозга» Сеченов поставил вопрос о том, что основной формой деятельности головного мозга является рефлекторная деятельность. При рассмотрении сущности психических процессов важно прежде всего исходить из ведущего влияния внешнего мира на организм животного и человека и единственного способа реакций на эти влияния – рефлекторного способа.

Сеченову, который руководствовался учением Дарвина, принадлежит исключительная заслуга в постановке принципиального вопроса об историческом развитии нервно-психических процессов. Сеченов приходит к дарвинизму в области психических явлений, рассматривая последние как естественную составную часть материальных процессов органической природы, лежащих в основе как телесных, так и психических отправления.

В 1862 г. И.М.Сеченов обнародовал свои опыты, доказавшие со всей убедительностью, что в головном мозге существует особый участок, раздражение которого вызывает угнетение так называемых произвольных движений. Сеченов доказал, что комбинированным раздражением чувствующих нервов из различных областей, то есть рефлекторным путем, можно вызвать угнетение рефлексов спинного мозга. Сеченов заложил основы правильного понимания эволюционных перообразований нервной системы, поставив при этом во главу угла эволюцию чувствующих аппаратов или «отражательного механизма». Рассматривая внешнюю среду как движущую силу эволюции нервной системы в этом процессе и тем самым способствовал появлению новой отрасли физиологии – эволюционной физики.

ИЗУЧЕНИЕ И.П.ПАВЛОВЫМ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Сегина Е.Ю., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Научный руководитель: проф. Коновалов О.Е.

В течение долгих лет Иван Петрович Павлов вместе с учениками разра-

батывал учение о высшей нервной деятельности. В 1870 году Павлов поступил в Петербургский университет, по окончании которого был зачислен на третий курс Медико-хирургической академии и одновременно работал в лаборатории профессора физиологии К.Н.Устимовича. В 1879 году Павлов окончил академию и начал работать в физиологической лаборатории при клинике выдающегося хирурга С.П.Боткина. Защитив в 1883 году диссертацию на степень доктора медицины, Павлов получил звание приват-доцента Военно-медицинской академии. Проработав 45 лет в стенах этого института, он выполнил исследования по физиологии пищеварения и разработал учение об условных рефлексах.

В 1897 году И.П.Павлов опубликовал свой знаменитый труд – «Лекции о работе главных пищеварительных желез», за который в 1904 году ему была присуждена Нобелевская премия. Изучая деятельность сердца, проводя опыты по исследованию работы пищеварительных желез, ученый рассматривал воздействие внешних условий, связь организма с окружающей его средой, что создало новый раздел в физиологии и сделало его имя бессмертным. Вскрыты тончайшие механизмы корковой деятельности, выяснены взаимоотношения между корой больших полушарий и нижележащими отделами нервной системы, изучены закономерности протекания процессов возбуждения и торможения в коре. Этим была создана физиологическая основа для изучения деятельности органов чувств, которое до Павлова была построена в основном на субъективном методе исследования.

Опираясь на высказывание Сеченова о рефлекторной природе всех проявлений деятельности головного мозга, Павлов понял, что феномен психической секреции дает физиологу возможность объективно изучать так называемую душевную деятельность.

Научные достижения Павлова оказали революционное влияние на представления того времени об организме человека, доказав на практике, что границ познания не существует. Его учение об условных рефлексах совершило настоящий переворот в физиологии того времени и остается актуальным, на его исследованиях в области пищеварения и кровообращения основаны практически все современные методы лечения. Под его влиянием формировались крупные школы терапии, хирургии, психиатрии и невропатологии.

НАУЧНАЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Н.И.ПИРОГОВА
Герасимов А.А., 1 курс, лечебный факультет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО
Научный руководитель: доц. Медведева О.В.

Имя Н.И.Пирогова составляет гордость и славу отечественной педагогической науки. Великий русский хирург Н.И.Пироговы родился 13.11.1810

г., в 14 лет поступил на первый курс медицинского факультета Московского университета, в 18 лет, по окончании, направлен в организованный при Дерптском университете специальный профессорский институт. В 26 лет он стал профессором кафедры практической хирургии. На лекциях его студенты боялись пропустить хотя бы одно слово, настолько они были поражены познаниями Пирогова. Опубликованный в 1837 г. труд «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций» принесла молодому ученому европейскую известность.

Пирогов щедро делился своими знаниями и опытом с молодыми коллегами. Несмотря на то, что нрав у него был резкий, он требовал полной самоотдачи от других, Пирогова многие почитали как истинного Учителя. По его инициативе был создан первый в России Институт усовершенствования врачей. Наибольшую ценность и интерес представляет система образования, выдвинутая Пироговым. Принцип этой системы заключается в переходе из одной ступени в следующую и в тоже время в законченности образования в каждой ступени. Главное в воспитательной работе, чему Пирогов придает решающее значение – это намерения, жизненные цели и задачи, какие ставят себе воспитатели в семье и школе, согласованность семьи, школы, общества и государства в этих целеустремлениях.

Пирогов ставил перед учителями сложнейшую и труднейшую, но в тоже время самую основную задачу в искусстве воспитания – изучать своих учеников и индивидуализировать воспитательные воздействия на учащихся. На протяжении всей своей жизни Пирогов непрестанно прилагал все усилия к тому, чтобы создать для высшей и средней школы такие условия, которые всемерно воздействовали росту науки и культуры. Пирогов внес значительные улучшения в работу педагогических советов гимназий, расширил содержание обсуждаемых вопросов, ввел доклады и обмен мнениями по дидактическим вопросам, всячески поощрял взаимное посещение уроков учителями. Основными дидактическими принципами ученый считал осмысленность обучения, активность и наглядность. К преподаванию в высшей школе Пирогов предлагал привлечь крупных ученых, рекомендовал усилить беседы профессоров со студентами и всячески развивать у студентов навыки углубленной самостоятельной работы.

ПЕРВЫЕ ЖЕНЩИНЫ-ВРАЧИ И МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ В РОССИИ
Мурышкина А.А., 1 курс, лечебный факультет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО
Научный руководитель: доц. Медведева О.В.

Борьба женщин за врачебное образование и получение прав всесторонней врачебной практики в России носило упорный характер.

Еще в 60-е годы XIX столетия женщины делали попытки поступить в

университет с целью получения высшего медицинского образования. Петербургский и Киевский университеты положительно относились к врачебному образованию среди женщин, по уставу Московского университета поступление женщин не было разрешено. Первыми русскими женщинами-врачами были Н.П.Сулова и М.А.Бокова, завершивших медицинское образование в Цюрихе и В.А.Кашеварова-Руднева – первая женщина, получившая медицинское образование и диплом доктора медицины в России.

Под воздействием требований прогрессивной части русской интеллигенции в 1870 г. медицинский совет признал необходимым создание особых женских курсов «ученых акушерок» с четырехлетним сроком подготовки.

Среди первых русских женщин-врачей было много выдающихся личностей, добившихся больших успехов как на научно-педагогическом, так и на лечебно-практическом поприще. А.А.Красуская (1854-1941) - первая в России женщина-профессор анатомии, создатель музея анатомии человека, крупный специалист в области физического воспитания, окончила Женские врачебные курсы при Николаевском военном госпитале в Петербурге. Одна из первых русских женщин-врачей – педиатр А.Н.Шабанова (1848-1932) окончила Женские врачебные курсы в 1878 г.

Через год после окончания русско-турецкой войны 1877-1878 гг. Главное военно-медицинское управление решило организовать новые общины сестер Красного Креста при Киевской (Мариинской), Петербургской (Евгениевской), Харьковской и других общинах. В 1900г. в России общин и школ сестер Красного Креста насчитывалось 84.

В 1895 г. Государственный совет принял проект образования в Петербурге Женского медицинского института. Высокая плата за обучение ограничивала доступ к высшему медицинскому образованию многим девушкам и женщинам из малообеспеченных семей. В институте преподавали: анатомию, гистологию, физиологию, общую и частную патологию, терапию и медицинскую химию, фармакологию, учение о минеральных водах и водолечении, акушерство, женские и детские болезни, гигиену, хирургию, сифилидологию, офтальмологию, нервные и душевные болезни. По окончании выдавали диплом врача.

Но женщины не допускались к заведыванию общими больницами и мужскими отделениями лечебных учреждений; к медицинскому освидетельствованию призывников в армию и флот; к самостоятельному производству судебно-медицинской экспертизы. Женский институт способствовал дальнейшему развитию высшего женского медицинского образования в России.

Женский уход за больными, ранеными и инвалидами в России имеет многовековую историю. Показ положительных и отрицательных сторон системы обучения женских медицинских кадров и организации их труда предоставляет возможность решить, что из прошлого следует сохранить на

вооружении современной науки и практики.

ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ

Попов А.А., 1 курс, лечебный факультет

**Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО**

Научный руководитель: асс. Афонина Н.А.

Земские учреждения, созданные в 1864 г., добились определенного успеха в распространении начального образования и медицинского дела. Земства приглашали врачей, заводили аптеки, организовывали фельдшерские и акушерские курсы, сельские школы и учительские семинарии.

Российская земская медицина, основные направления ее разнообразной и исключительно полезной деятельности принадлежит к тем областям государственной и общественной жизни России, которые составляют культурное общенациональное богатство российского народа. В уездах Российской империи до земской реформы 1864 г. врачебная помощь существовала в уездных городах, большинство сельского населения было предоставлено знахарству или врачеванию случайных лиц. Земская медицина появилась вместе с земствами, которые не только содержали переданные им учреждения бывших Приказов общественного призрения (губернские больницы, психиатрические лечебницы), но и принимали меры в организации оспопрививания. Тяжелые санитарные условия в стране, высокая заболеваемость, смертность и эпидемии вынуждали земства также уделять внимание санитарным вопросам. Как правило, санитарно-профилактическая работа вызывала наибольшую подозрительность и встречала препятствия со стороны властей. В период реакции после первой русской революции ряд земств ликвидировал санитарные организации и уволил санитарных врачей под предлогом, что большая их часть была связана с общественными выступлениями в период революции. Лишь позднее угроза эпидемий заставила вновь восстановить ряд санитарных организаций.

Земские медицинские деятели разработали принцип участкового обслуживания сельского населения. Была проведена борьба против системы, когда врач постоянно был в разъезде по участку, постепенно начала развиваться стационарная система. Уезд разделился на врачебные участки, в центре каждого участка находилась участковая амбулатория или лечебница, а на периферии – фельдшерские пункты. Врачебный участок – основная форма деятельности земской медицины, был рекомендован в 1934 г. Лигой Наций другим странам для организации медицинской помощи.

Несмотря на трудности в организации медицинской помощи, недостаток медицинского персонала, передовые русские земские врачи создали оригинальную систему медицинского обслуживания сельского населения,

представлявшие собой единственный в истории медицины пример организованной медицинской помощи на селе. Земская медицина оказала значительное влияние на развитие русской медицинской науки, способствуя внедрению в нее профилактического направления.

ПРОБЛЕМА ГЕТЕРОГЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

**Семенов Г.О., 6 курс, медико-профилактический факультет
Кафедра гигиены и экологии ФПДО с курсом эпидемиологии
Научный руководитель: доц. Дмитриева О.В.**

Проблема гетерогенности микроорганизмов имеет большое значение как для эпидемиологии инфекционных заболеваний, так и для общественного здоровья в целом. В 50-е годы 20 столетия организаторы здравоохранения США и Западной Европы сделали вывод о приоритетности предупреждения заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также онкологических, поскольку проблема инфекционных заболеваний в этих странах считалась решенной полностью. Однако в конце 20 века инфекционные заболевания вновь заявили о себе во весь голос и во всем мире. Это было и появление новых заболеваний: СПИД, «прионные» болезни; возврат «старых»: волынская лихорадка, малярия, холера в Крыму (1994г), легочная чума в Индии (1994) и т.д. Причин явлению несколько – это и снижение иммунитета у большинства населения, миграция населения, социальные потрясения. Но среди этих причин не последнюю роль играет такое биологическое свойство возбудителей инфекционных заболеваний как гетерогенность, которая проявляется в наличии нескольких биологических и серологических вариантов микроорганизмов, и как следствие в различии клинического течения манифестных форм, в разной степени патогенности и вирулентности, колебания величины инфицирующей дозы. Имеет значение и гетерогенность макроорганизма – состояние иммунитета и т.д.

Для эпидемиологов важно проследить, какой биовар вызывает подъем заболеваемости для своевременного прогноза и проведения профилактических мероприятий. При долгосрочном прогнозировании заболеваемости в популяции, что является задачей не только эпидемиологии, но и общественного здоровья, необходимо учитывать такой фактор, как гетерогенность возбудителей заболеваний и макроорганизмов. Наличие у микроорганизмов данного свойства, особенно в условиях меняющихся социальных и природных факторов, не дают оснований говорить о возможности полной ликвидации инфекционных заболеваний в ближайшем будущем.

ШУРА-БУРА Б.Л. - ИЗВЕСТНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГ РОССИИ

**Киселева И.А., Леонова О.А., 3 курс,
медико-профилактический факультет
Кафедра гигиены и экологии ФПДО с курсом эпидемиологии
Научный руководитель: асс. Головин С.В.**

Шура-Бура Б.Л. родился в 1906 году в Москве. В 1931 году окончил Киевский Медицинский институт, затем работал в бактериологической лаборатории города Кзыл-Орда, а позднее в Калуге и Ленинграде в должности заведующего бактериологической лаборатории. В 1937 году был призван в ряды Военно-Морского флота и направлен в Тихоокеанский флот, где на протяжении многих лет работал врачом-бактериологом, затем эпидемиологом и начальником сан-эпид лаборатории. В период ВОВ возглавлял работу по противоэпидемическому обеспечению Тихоокеанского флота и проводил подготовку врачей-эпидемиологов на курсах усовершенствования медицинского состава флота. С 1945 года работал преподавателем в Военно-Морской медицинской академии в Ленинграде, с 1953 года - начальник кафедры военной эпидемиологии и гигиены в Ленинградском медицинском институте, с 1956 года – заместитель начальника кафедры военной эпидемиологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

В 1967-1974 года возглавлял кафедру эпидемиологии РМИ, по 1976 год являлся научным консультантом этой кафедры. Был крупным исследователем в области бактериологии, эпидемиологии и паразитологии. Опубликовано около 200 научных работ, значительная часть которых посвящена изучению возбудителей кишечных, стафилококковых инфекций, туляремии, глубоких микозов и эпидемиологии различных заболеваний. Особое место занимают работы по изучению переносчиков инфекций. Большое теоретическое и практическое значение имеют его исследования о роли синантропных мух в распространении дизентерии. Изучил характер зараженности мух возбудителями кишечных инфекций, сроки их сохранения на мухах, степень зараженности мух на разных по санитарному благоустройству территориях страны. Ряд работ посвящены вопросам дезинфекции, дезинсекции, дератизации. Все работы отличались новизной постановки вопроса и применением новых, современных методов исследования. Будучи военным медиком, уделял большое внимание разработке вопросов противоэпидемической и противобактериологической защите войск, дезинфекции в войсках и ГО. Участвовал в создании Большой Советской энциклопедии. Под его руководством выполнены 1 докторская, 9 кандидатских диссертаций. Награжден 2-мя орденами - Красного Знамени и Красной Звезды, и 5-ю медалями. Умер 3 мая 1982 года.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНЫХ
РЕГИОНОВ РОССИИ

**Поздеева И.И., 6 курс, медико-профилактический факультет
Кафедра профильных гигиенических дисциплин
Научный руководитель: д.м.н. Стунеева Г.И.**

Полноценное питание – существенный и постоянно действующий фактор, обеспечивающий адекватные процессы роста и развития организма, а также укрепление здоровья ребенка. Для оценки качества питания детей,

посещающих дошкольные оздоровительные учреждения (ДОУ) в первом полугодии 2005 г. использован расчетный метод, основанный на анализе помесечных отчетов потребления продуктов в среднем на одного ребенка в день с последующими расчетами химического состава, пищевой и биологической ценности. Полученные результаты сравнивали с рекомендованными нормами питания, а также аналогичными данными за 1 полугодие 2004 г. Анализ питания в 2005 г. проведен в ДОУ г. Рязани, в Оренбургской и Волгоградской областях, г. Липецке и Пензе. В 2004 году – в г. Рязани, Московской, Тульской областях, Нижне-Вартовске и г. Сочи.

Несмотря на значительную разбросанность ДОУ по территории страны выявлены общие недостатки: несбалансированность рациона по содержанию основных питательных веществ при достаточной калорийности (кроме Оренбургской области), преимущественно «углеводная» модель питания с пониженным содержанием белков и жиров, выраженным дефицитом витаминов и минеральных элементов.

Причиной является нерегулярная поставка продуктов, недостаточное финансирование питания в ДОУ.

КРОТКОВ Ф.Г. – ВЕДУЩИЙ УЧЕНЫЙ-ГИГИЕНИСТ
(К 110 - ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Никитин А.С., 5 курс, медико-профилактический факультет
Кафедра профильных гигиенических дисциплин
Научный руководитель: проф. Кирюшин В.А.

Герой Социалистического Труда, лауреат Государственной премии СССР, академик АМН СССР, профессор, генерал-майор медицинской службы Федор Григорьевич Кротков является одним из основоположников военной гигиены. Ф.Г. Кротков родился в 1896 г. в с. Мосолово, Спасского уезда, Рязанской губернии. Окончив сельскую школу, работал помощником аптекаря в г. Спасске. После службы в армии, окончил Военно-медицинскую академию, адъюнктуру. В 1932 г. избран профессором и начальником кафедры военной гигиены.

Во время Великой Отечественной войны Ф.Г. Кротков руководил гигиенической службой Советской Армии, в 1946-1947 гг. работал заместителем министра здравоохранения СССР. В период 1953-1957 гг. избирался вице-президентом Академии медицинских наук СССР. По его инициативе и непосредственном участии в 1957 г. создается первая в стране кафедра радиационной гигиены при ЦОЛИУВ (в настоящее время Российская медицинская академия последиplomного образования) в Москве.

Ф.Г. Кротков выполнил ряд научных исследований по санитарно-гигиеническому обеспечению специальных родов войск и опубликовал серию работ по этим вопросам. Его основные научные работы посвящены различным аспектам военной гигиены. Среди двадцати пяти его учебников, монографий есть «Руководство по военной гигиене» — первый и наиболее

полный в русской медицинской литературе труд в этой области.

Ф.Г.Кротков внес большой вклад в создание материальной базы санитарно-эпидемиологической службы. По его инициативе разработаны подвижные лаборатории, укладки и полевые наборы для проведения санитарно-гигиенических исследований в дивизиях, армиях и на фронте.

Деятельность Ф. Г. Кроткова в области военной гигиены всегда будет служить примером для новых поколений военных врачей.

ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ
МУП «УПРАВЛЕНИЕ РЯЗАНСКОГО ТРОЛЛЕЙБУСА»

**Парамонова В.А., Карасева Н.В., Чеботарева Е.А., 6 курс,
медико-профилактический факультет
Кафедра профильных гигиенических дисциплин
Научный руководитель: доц. Пешкова Г.П.**

Питание является одним из важнейших факторов, определяющих здоровье населения. Рациональное питание обеспечивает нормальное развитие, способствует профилактике заболеваний, продлению жизни, повышению умственной и физической работоспособности и создает условия для адекватной адаптации к окружающей среде.

Целью исследования явилось изучение фактического питания и состояния здоровья водителей МУП УРТ г. Рязани. Фактическое питание изучалось традиционным анкетно-опросным методом. Анкетирование проводилось среди водителей мужского и женского пола 3-х возрастных групп (20-29, 30-39, 40-59 лет). Профессия водителя сопряжена с высокой концентрацией внимания и напряжённостью трудового процесса. Режим питания водителей: 19,4% – питаются 2 раза в день, 56,6% – 3 раза в день, 24,0% – 4 раза в день. Всегда завтракают перед уходом на работу – 95%; периодически – 5% и не завтракают – 1%. 100% водителей принимает горячую пищу в обед за счёт завтраков из дома. По общей калорийности суточного рациона следует отметить следующее: среди мужчин отмечается увеличение калорийности, у женщин-водителей прослеживается обратная тенденция, т.е. снижение калорийности.

В группе водителей-мужчин установлено повышенное содержание белка в суточном рационе, причём с возрастом количество употребляемого белка увеличивается. Кроме того, отмечено относительное понижение животного белка. У женщин-водителей отмечается повышенное потребление растительного белка во всех возрастных группах.

Содержание жиров в суточном рационе мужчин-водителей имеет следующую особенность. Отмечается низкое содержание жиров в 20-29 лет с постепенным повышением цифр в 30-39 лет и значительным преобладанием в старшей возрастной категории. Женщины-водители потребляют жиры выше нормы во все возрастные периоды. В рационе мужчин-водителей в возрасте 20-29 и 30-39 лет наблюдается недостаточное содержание углево-

дов в суточном рационе, а в старшей возрастной группе отмечается избыточное потребление углеводов. Такая же динамика прослеживается среди женщин-водителей. По содержанию минеральных веществ в суточном рационе водителей отмечается: повышенное содержание Р во всех возрастных категориях. Суточный рацион мужчин-водителей характеризуется избыточным содержанием основных витаминов во всех возрастных группах, кроме витамина РР. Среди женщин-водителей в 40-59 лет выявилось недостаточное поступление витаминов В₂, А, В₁ и РР. Кроме того, 54% водителей самостоятельно принимают поливитаминные препараты: «Витрум», «Центрум», «Ундевит», «Гендевит», «Алфавит», «Пентовит», «Ревит», из них регулярно - 48%. Неудовлетворительная структура и качество питания является одной из главных причин ухудшения состояния здоровья. Так, 31% предъявляют жалобы на здоровье (в виде головной боли, слабости, диспепсических расстройств со стороны ЖКТ).

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют о нерациональном питании водителей МУП УРТ г. Рязани во всех возрастных категориях независимо от пола и профессии.

ПЕРЕРАБОТКА ОТХОДОВ НА ЗАО «РУССКАЯ КОЖА»

Лобачева Л.Е., 4 курс, экологический факультет

Кафедра общей гигиены с курсом экологии.

Научные руководители: асс. Цурган А.М., асс. Гусева Т.М.

ЗАО «Русская кожа» является крупнейшим кожевенным предприятием в Европе и, следовательно, оказывает значительное воздействие на окружающую природную среду. Наиболее остро стоит проблема утилизации отходов, так как технология производства такова, что 50% кожевенного сырья идет на изготовление кожи, остальное – отходы. На Рязанском кожевенном заводе усиленно решается проблема вторичного использования многих видов отходов. Осадок сточных вод образуется на очистных сооружениях в количестве до 1000 т/мес. Используется как комплексное органоминеральное удобрение, в качестве рекультиванта нарушенных земель. Также проводятся опыты по получению биогумуса из этого осадка с помощью культуры червей и микроорганизмов.

Хромосодержащий шлам образуется на локальных очистных сооружениях путем осаждения гидроксида Cr (III) в рекуперационных ваннах. Высушенный шлам поставляют на Новотроицкий завод хромовых дубителей в качестве вторичного сырья. Мездра – слой подкожной жировой клетчатки, который удаляется на этапе мездрения в количестве 800 т/мес. Мездра идет на изготовление белковой кормовой добавки и белкового гидролизата по уникальным технологиям, разработанным ЗАО «Русская кожа». При переработке мездры образуются побочные продукты – мездровые жиры, которые идут на производство хозяйственного мыла.

Отходы готовой продукции (некондиционные куски кожи, обрезь дуб-

ленного полуфабриката) образуются на заводе в количестве 400 т/мес. На Рязанском кожевенном заводе с 2002 г. работает цех товаров народного потребления, где из отходов готовой продукции изготавливают костюмы сварщиков, рукавицы, спортивную обувь и др.

Примеси консервации образуются при протряхивании кожсырья в специальных барабанах и содержат до 90% соли (NaCl). Используются для приготовления пикельных растворов и для посыпки дорог зимой.

Таким образом, на ЗАО «Русская кожа» переработка отходов производства не только важнейший аспект природоохранной деятельности, но и значительная статья дохода.

ПРИМЕНЕНИЕ ОСАДКА СТОЧНЫХ ВОД РЯЗАНСКОГО КОЖЕВЕННОГО ЗАВОДА В КАЧЕСТВЕ УДОБРЕНИЯ

**Долматович Е.Г., 3 курс, экологический факультет
Кафедра общей гигиены с курсом экологии
Научный руководитель: асс. Гальченко С.В.**

На Рязанском кожевенном заводе образуется большое количество осадка, который нуждается в утилизации. Из поступающего на завод сырья 50 % идет на получение готовой продукции, а оставшиеся 50 % уходят в отходы. Одним из основных видов отходов производственной деятельности Рязанского кожевенного завода является осадок сточных вод (ОСВ) с локальных очистных сооружений.

Содержание основной группы нормирующих элементов в 3,5-116 раз ниже нормативного уровня. По содержанию общих форм азота и фосфора механически обезвоженные ОСВ превосходят навоз крупного рогатого скота в 1,3-2,1 раза. В ОСВ высокие валовые показатели содержания органического вещества (углерода) и элементов минерального питания растений, кальция, что определяет эффективность его использования.

В лесных питомниках Куровского, Виноградовского ОЛХ и Правдинского лесхоза-техникума Московской области были заложены мелко-деляночные опыты по повышению плодородия почв с помощью ОСВ на общей площади около 1 га. В результате внесения в почву ОСВ в дозах от 3 до 53 т/га отмечено увеличение в ней содержания органического вещества, минерального азота и обменного калия. Также произошло снижение плотности почвы и увеличение пористости и общей влагоемкости.

В 2003 году исследования были продолжены. На опытные площадки с внесенным в 2002 году осадком в дозах 25 и 50 т/га были высеяны семена сосны. В конце сезона учет количества сеянцев показал, что на опытных площадках сеянцев было больше, чем в контрольных вариантах на 60% и 15% соответственно. Максимальное количество их было в варианте с дозой 25 т/га. Опыты были проведены и с травянистыми растениями. К концу вегетационного сезона опытные растения значительно превышали контроль по высоте и массе. Особенно проявился эффект на вариантах с ов-

сом, где все дозы внесенного осадка положительно повлияли на рост. В питомнике Правдинского лесхозтехникума наблюдалась аналогичная картина. Угнетения роста растений на всех дозах не отмечено. В вариантах опыта с люпином на высоких дозах осадка растения имели лучшие показатели по высоте и массе, чем в контроле. В вариантах опыта с елью сеянцы сохранились лишь на площадках с дозами осадка 50 и 25 т/га. На остальных вариантах в связи с поздним посевом и засушливым вегетационным сезоном сеянцы не сохранились. Следует отметить, что корневая система опытных сеянцев была развита хуже, но высота их была больше, что положительно отразилось и на массе. Лучшие результаты отмечены при дозе 25 т/га.

**ВЛИЯНИЕ ПОЛНОСИСТЕМНОГО РЫБОВОДНОГО ХОЗЯЙСТВА «ПАРА»
НА СОСТОЯНИЕ ВОДОТОКА**

Юскина Д.Р., 4 курс, экологический факультет

Кафедра общей гигиены с курсом экологии

Научные руководители: асс. Цурган А.М., асс. Гусева Т.М.

В состав ОАО «Рязаньрыбпром» входят семь рыбных хозяйств Рязанской области: четыре товарных рыбоводных хозяйства - рыбхозы «Липяговский», «Павловский», «Новомичуринский», «Ряжский»; два рыбопитомника - «Касимовский», «Шиловский»; одно полносистемное рыбоводное хозяйство «Пара». Общий объем производства живой товарной рыбы в год составляет более 1500 тонн. Основными видами деятельности ОАО «Рязаньрыбпром» является: выращивание товарной рыбы; производство личинок рыб; селекционно-племенная работа; внедрение новых видов рыб; воспроизводство рыбных запасов в естественных водоемах; природоохранные мероприятия; строительство новых и реконструкция действующих рыбохозяйственных предприятий.

Рыбхоз «Пара» - полносистемное рыбоводное хозяйство, основанное в 1933 году. Основная деятельность — выращивание рыбы и рыбопосадочного материала. В состав рыбхоза входит одна промплощадка, расположенная в Сараевском районе, в поселке Зеркальные пруды. Рыбхоз «Пара» имеет Центральное отделение и два участка: Можарский и Нижняя «Пара». Общая площадь прудов рыбхоза составляет 1257 га. Водоснабжение рыбоводного хозяйства производится из рек Пара, Белая, Унгор, Широно. Годовой объем водопотребления рыбхоза составляет 25,5 млн. м³ воды.

При опорожнении рыбоводных прудов рыбхоз осуществляет двенадцать выпусков сточных вод в реку Пара без предварительной очистки. Анализы сточных вод показывают, что ни один из показателей, характеризующий их, не превышает ПДК. Но следует учесть большие объемы сбросов (а это 18063 тыс. м³/год), которые могут повлиять на способность реки к самоочищению. Основным фактором, содействующим самоочищению водоема, является разбавление сточных вод водой водоема. Был проведен расчет ко-

эфициента разбавления для каждого из двенадцати выпусков сточных вод. Определены концентрации взвешенных веществ, сульфатов и азота аммонийного в месте сброса, которые оказались несколько завышенными по сульфатам и азоту аммонийному по сравнению с фоном.

Был проведен расчет условий выпуска сточных вод по сульфатам и азоту аммонийному. Результаты показали, что условия спуска сточных вод соответствуют нормам. Следовательно, на контрольном створе ниже сброса сточных вод не наблюдается превышения ПДК ни по сульфатам, ни по азоту аммонийному. Таким образом, отсутствие предварительной очистки сточных вод, сбрасываемых в р. Пара, вполне оправдано.

Таким образом, влияние полносистемного рыбоводного хозяйства «Пара» на состояние водотока является незначительным.

**ЭКОЛОГО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОЕКТА РЕКУЛЬТИВАЦИИ
НАРУШЕННЫХ ЗЕМЕЛЬ ПО ТРАССЕ МАГИСТРАЛЬНОГО
НЕФТЕПРОДУКТОПРОВОДА «КИРИШИ - ПРИМОРСК»
Семенова Л.А., 5 курс, экологический факультет
Кафедра общей гигиены с курсом экологии
Научный руководитель: асс. Гусева Т.М.**

В настоящее время взаимодействие природы и общества сопровождается существенными изменениями природной среды, охватывающими обширные территории. Строительство и эксплуатация нефтепродуктопроводов связаны с нарушением и загрязнением окружающей среды, в частности, почв. Возникает необходимость оценки воздействия строящихся нефтепродуктопроводов на окружающую среду, ущерба наносимого окружающей среде при строительстве и эксплуатации трубопроводов и разработка методов и способов восстановления нарушенных земель.

Отрезок магистрального нефтепродуктопровода (МНПП) «Кириши – Приморск» явился объектом исследования. Он входит составной частью в МНПП «Кстово - Ярославль – Кириши – Приморск». Протяженность трассы по Ленинградской области составляет 378 км. Трасса нефтепродуктопровода проходит в административных границах Киришского, Тосненского, Всеволожского, Кировского и Выборгского района, а так же проходит по пригородной зоне Санкт-Петербурга (Колпинский район).

При строительстве нефтепродуктопровода происходит нарушение почвенного покрова и ухудшение качества земель, в связи с чем необходимо проведение оценки ущерба земельным ресурсам. В работе проведен расчет ущерба, связанного с постоянным (он составил 1 млн. 676 тыс. 099 руб.) и временным (он составил 2 млн. 291 тыс. 016 руб.) землеотводом, а так же ущерб от возможной деградации земель при строительных операциях (он составил 61 млн. 783 тыс. 039 руб.). Общий ущерб, наносимый почвенным ресурсам при строительстве, составил 65 млн. 750 тыс. 298 руб.

На нарушенных в результате строительства нефтепродуктопровода зем-

лях должна проводиться рекультивация. Рекультивация земель проводится в три этапа: подготовительный; техническая рекультивация; биологическая рекультивация. В работе был проведен расчет стоимости затрат на проведение рекультивационных работ, составивших 51 млн. 244 тыс. 569 руб.

Расчетная эффективность затрат на рекультивацию нарушенных земель составит 0,175, что выше нормативного коэффициента капитальных вложений ($E_n=0,12$). Экономический расчет показывает целесообразность проведения рекультивационных мероприятий. Проведение рекультивации является экологически обоснованным, так как это обеспечит наиболее быструю интеграцию земель в природную среду. Так же проведение рекультивации является экономически обоснованным, так как разница между наносимым ущербом и стоимостью рекультивационных работ составляет 14 млн. 505 тыс. 729 руб. (сумма предотвращенного ущерба).

**ИРРИТАНТЫ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ
ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ**

Орлов А.В., 4 курс, лечебный факультет

Кафедра военной и экстремальной медицины

Научный руководитель: доц. Минаев В.В.

В настоящий день к раздражающим веществам (ирритантам) относятся химические соединения, в незначительных концентрациях вызывающие кратковременную потерю живой силой боеспособности вследствие раздражения слизистых оболочек глаз и верхних дыхательных путей.

Частицы аэрозолей раздражающего отравляющего вещества (ОВ), оседая в дыхательных путях, растворяются на слизистых оболочках и создают множественные очажки с весьма высокой концентрацией ОВ, которые раздражают чувствительные окончания нервов. Сразу после контакта с ОВ появляются жжение в носу и глотке, резь и боль в глазах, обильное слезотечение, кашель, чувство стеснения, резкая болезненность за грудиной, обильное выделение из носа, слюнотечение, тошнота, рвота, тенезмы и мучительное чихание. Одновременно наблюдается головная боль. У пораженных раздражающими ОВ психическое состояние часто бывает неустойчивым, внимание переключается на болевые ощущения, реакции на внешние раздражители ослабевают, иногда развивается депрессивное или ступорозное состояние, часто психические расстройства.

При попадании в глаза кристаллов ОВ развивается кератит, что снижает зрение вследствие помутнения роговицы или образования рубцов. Поражение слизистой оболочки глаз наблюдается при концентрациях составляющих тысячные и десятитысячные доли на 1 л воздуха.

При содержании в воздухе большого количества ОВ обычно поражаются и органы дыхания. При тяжелом поражении развиваются ларинготрахеит, бронхит, а иногда даже отек легких. Эти явления держатся по выходе из ядовитой волны на протяжении 1-3 ч, а затем стихают.

Универсальную защиту обеспечивает противогаз, а также фильтры или респираторы. Чтобы уменьшить поступление аэрозольных частиц в рот и нос достаточно обмотать лицо полотенцем или просто тряпкой, желатель-но мокрой. Глаза можно защитить плотными очками, например водолаз-ными. При оказании медицинской помощи при поражении раздражающи-ми ОВ исходят из их рефлекторного и местного воспалительного действия. Устранение афферентной импульсации с наружных слизистых, предупре-ждение и ослабление местных воспалительных изменений составляет сущ-ность оказываемой медицинской помощи. Эти же мероприятия будут спо-собствовать предупреждению токсического отека легких.

Для устранения ноцицептивной импульсации с наружных слизистых применяют вдыхание летучих наркотических средств и анестетиков. Хло-роформ, этиловый эфир, этиловый спирт входят в состав противодымной смеси, которая выпускается в ампулах с марлевой оплеткой. Также гото-вится летучий анестетик фицилин. Если местнодействующих средств не-достаточно, то показано внутримышечное введение 1% раствора морфина или 2% раствора промедола по 1 мл. Внутрь назначается феназепам 3—5 мг, анальгетики-салицилаты.

Первая медицинская помощь пораженным раздражающими ОВ заклю-чается в надевании противогаза, вдыхании под маской противогаза паров фицилина и проведении дегазации открытых участков кожных покровов.

Доврачебная (фельдшерская) помощь по выходе из очага загазованной атмосферы включает в себя мероприятия дополнительной частичной сани-тарной обработки, выколачивание и вытряхивание предметов обмундиро-вания, снятие противогаза, обильное промывание водой глаз, полостей но-са и рта. Если блефароспазм не проходит, закапывают в глаза 0,5% раствор дикаина. При продолжающейся боли в челюстях, за грудиной вводят 2% раствор промедола 1 мл внутримышечно, продолжают вдыхание паров фицилина на марлевой салфетке. При необходимости производят беззон-довое промывание желудка. Если будут обнаружены признаки токсиче-ской бронхопневмонии или отека, то таким пораженным оказывается пер-вая врачебная и квалифицированная медицинская помощь. Следует под-черкнуть при этом важность медицинского контроля за лицами, подверг-шимися воздействию ирритантов, но сохранивших работоспособность.

О ПРОБЛЕМАХ ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПОВЕДЕНИЮ И СПОСОБАМ ЗАЩИТЫ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ВЗРЫВНОГО УСТРОЙСТВА

Бурова А.В., 5 курс, лечебный факультет

Кафедра военной и экстремальной медицины

Научный руководитель: доцент Третьяков В.А.

Подготовка граждан РФ к действиям в чрезвычайных ситуациях (ЧС), в том числе обусловленных террористическими актами; принятию мер по их предупреждению; необходимости повышения общей культуры безопасно-

сти всего населения – становится одной из важнейших общегосударственных задач. Необходимо проводить работу по обучению населения правилам поведения и порядку действий в условиях ЧС обусловленных обнаружением взрывчатых устройств (ВУ), благодаря чему можно свести к минимуму человеческие жертвы, ущерб здоровью и материальные потери.

Методы защиты от угроз терроризма и применения взрывных устройств должен знать любой гражданин РФ, не говоря уже о руководителях подразделений безопасности, формирований ГО. Необходимо знать основные принципы ВУ, их признаки, возможные последствия применения того или иного типа ВУ, последовательность действий при обнаружении взрывоопасных предметов, чтобы эффективно локализовать угрозу, управлять ею и свести к минимуму возможные негативные последствия.

Взрывоопасный предмет – устройство или вещество, способное при определенных условиях быстро выделять химическую, внутриядерную, электромагнитную, механическую и др. виды энергии. Взрывчатые вещества, химические соединения или их смеси способны под воздействием внешнего импульса взрываться. ВУ могут быть самыми разнообразными как по внешнему виду, так и по принципу действия. Часто объектом подрыва является автомобиль, основное место для минирования в машине это – сиденье водителя, днище под передними сиденьями, бензобак, капот.

Профилактический осмотр территорий и помещений должен осуществляться двумя людьми, по возможности не пользоваться радиопереговорными устройствами, чтобы исключить случайное срабатывание РУВУ, а чтобы исключить срабатывание ВУ с магнитным типом взрывателя, не стоит приближаться к подозрительному объекту с металлическими предметами. При получении информации о заложенном ВУ, о подозрительных предметах, немедленно поставить в известность ДС объекта и сообщить полученную информацию в ДЧ органов МВД. При этом назвать точный адрес, где обнаружено взрывное устройство, номер телефона. До прибытия сотрудников МВД принять меры к ограждению подозрительного предмета и недопущению к нему людей в радиусе 50 – 100 метров. Эвакуировать из здания людей на расстояние не менее 200 метров. По прибытии специалистов по обнаружению ВУ действовать в соответствии с их указаниями.

В России очаги напряженности как внутри страны, так и вблизи ее границ способствуют нарастанию угрозы крупномасштабных ТА. Вот почему уже сегодня необходима всеобъемлющая системная стратегия противодействия данной угрозе, нацеленная на своевременное предупреждение и пресечение терроризма, ликвидацию, связанных с ним ЧС.

ПРИМЕНЕНИЕ ОРУЖИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

**Гульева Ю.А., 5 курс, лечебный факультет
Кафедра военной и экстремальной медицины
Научный руководитель: доц. Третьяков В.А.**

В настоящее время вооруженные силы разных государств под эгидой ООН участвуют в миротворческих операциях в ряде районов, где им приходится действовать в непростой обстановке. И сегодня мощь боевых средств, которыми они оснащены, не всегда может привести к стабилизации положения. Поэтому силовое решение проблем в современных условиях может не пройти и несмертельное оружие оказывается наиболее эффективным средством в руках миротворческих сил. Несмертельное оружие - специально сконструированные системы вооружений, применяемые для того, чтобы лишь временно вывести из строя личный состав, а также технику противоборствующей стороны, свести к минимуму вероятность несчастных случаев и ущерб материальным ценностям и окружающей природной среде.

Специалисты Министерства обороны выделяют две основные категории предназначения несмертельного оружия:

1. Против личного состава: лучевое оружие, некогерентные ослепители; заграждающие системы; средства, создающие «психический дискомфорт».

2. Против материальных объектов: лучевое оружие, некогерентные ослепители, средства; нарушающие функционирование технических систем; несмертельное оружие, основанное на явлении адгезии.

Несмертельное оружие обеспечивает большую гибкость применения вооруженных формирований; уменьшает риск серьезных несчастных случаев среди граждан при одновременной надежной защите военных и соблюдении норм международного права; командиры получают возможность оперативно и адекватно реагировать на возникающую ситуацию.

Надежная гарантия отсутствия фатальных исходов при применении несмертельного оружия облегчает, что немаловажно, диалог властей или миротворческой миссии с конфликтующими сторонами.

Таким образом, несмертельное оружие уменьшает возможность поражений по сравнению с обычным оружием, которое физически повреждает и разрушает цель, расширяет возможности сил при их действиях в различных конфликтных ситуациях, как военного, так и мирного времени.

ПИЩЕВАЯ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПРОДУКЦИИ
КОМПАНИИ «МАКДОНАЛДС»

Сычѳв М.А., 6 курс, медико-профилактический факультет

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Научный руководитель: доц. Пешкова Г.П.

Согласно результатам исследования питание в ресторане «Макдоналдс» происходит чаще в обеденное время один раз в сутки. Соответственно, энергетическая ценность, органический состав, количество минеральных веществ и витаминов обеда в Макдоналдсе должны составлять от 30% до 40% от рекомендуемой суточной нормы потребления. Все показатели превышают данное значение, за исключением содержания калия.

Среднее значение энергетической ценности обеда Макдоналдс составило 61,8% от суточной нормы. В обеде мужчин она составила 60,8%, у женщин 62,6% от рекомендуемой суточной нормы.

Органический состав также превышает рекомендуемые значения. Среднее значение содержания белка в обеде Макдоналдс составило 71,4% от суточной нормы. Среднее содержание белка в обеде Макдоналдс у мужчин составило 74,4% от суточной нормы, у женщин 68,4% от суточной нормы. Среднее значение содержания жира в обеде Макдоналдс составило 78,0% от суточной нормы, что не соответствует рекомендуемым нормам. Среднее содержание жира в обеде Макдоналдс у мужчин составило 83,4% от суточной нормы, у женщин 73,9% от суточной нормы. Среднее значение содержания углеводов в обедах Макдоналдс - 51,7% от рекомендуемой суточной нормы. Среднее содержание углеводов в обедах Макдоналдс для мужчин составило 46,6 % от суточной нормы, для женщин 55,8%.

Имеет место несбалансированное поступление органических веществ с продукцией компании Макдоналдс. Норма для 1 профессиональной группы составляет 1:1,1:4,2; для 2 и 3 профессиональной групп – 1:1,2:4,4. Фактическое соотношение составляет 1:1,1:3,72 (в среднем для мужчин и женщин); 1:1,12:3,62 в среднем для мужчин; 1:1,08:3,82 в среднем для женщин. То есть для всех обедов характерен значительный недостаток углеводов. Близкое к оптимальному соотношение Б:Ж:У имеют 26% обедов женщин и 4% обедов мужчин. Характерно избыточное потребление всех анализируемых минеральных веществ (за исключением калия): железо – 58,2%, кальций – 66,3%, натрий – 42,1%, калий – 13,9% (в среднем от рекомендуемой суточной нормы). Потреблению данных минеральных веществ присущ большой разброс значений среди обедов. Так содержание кальция в обеде колеблется от 19,8% до 142%, содержание железа колеблется от 10% до 131%, содержание натрия от 13,1% до 76%, содержание калия от 1,3% до 25,2%.

В среднем содержание витамина С в обедах Макдоналдс превышает рекомендуемые значения (30 – 40 % от суточной нормы) и составляет 58,7 %. Оптимальным содержанием витамина С характеризуются обеды мужчин – 21,7% от общего числа, и 4,3 % обедов женщин. Также имеет место большой разброс между минимальным содержанием витамина С в обеде и его максимальным значением: от 0,6% до 191,5%.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ г. ЛИПЕЦКА
Сычѳв М.А., 6 курс, медико-профилактический факультет
Кафедра профильных гигиенических дисциплин.
Научный руководитель: доц. Пешкова Г.П.

Изучение пищевого статуса жителей г. Липецка проводилось анкетным методом. Органический состав и энергетическая ценность домашнего ра-

циона жителей г. Липецка характеризуется следующим.

Средняя энергетическая ценность не обеспечивает полностью суточной потребности организма в энергии и составляет 92,5%. Имеет место различие между средними значениями энергетической ценности среди мужчин и женщин. Для мужчин этот показатель составил 107,6%, для женщин – 80,9%. Среднее количество белков в домашнем рационе составило 128,2% от рекомендуемой суточной нормы. Обеспеченность белками рациона мужчин превышает данный показатель у женщин (148,4% и 112,6% соответственно). Среднее количество жиров в домашнем меню составило 118,6% от рекомендуемой суточной нормы. Обеспеченность жирами рациона мужчин превышает данный показатель у женщин (128,9% и 110,6% соответственно). Среднее количество углеводов в домашнем меню составило 70,9% от рекомендуемой суточной нормы. Обеспеченность углеводами рациона мужчин превышает данный показатель у женщин (88,4% и 57,4% соответственно). Содержание минеральных веществ характеризуется следующим: в среднем имеет место превышение потребления железа (142,3% от рекомендуемой суточной нормы), натрия (124,7%), хлора (122,8%). Ниже нормы является содержание таких минеральных веществ как кальций (72,5% от рекомендуемой суточной нормы), калий (78,4%), магний (70,1%), сера (73,9%), йод (56,5%), марганец (91,5%), медь (82,1%), фтор (56,9%), цинк (67,8%), кобальт (80,8%). Среднее содержание фосфора находится в пределах нормы (97,5%).

При необходимости употребления женщинами большего количества железа, чем мужчинами наблюдается обратное распределение его в рационах. Так у мужчин в суточном рационе содержится 208,2% железа (в среднем 20,82 мг), у женщин – 91,7% железа от суточной нормы (в среднем 16,5 мг). Превышение рекомендуемых норм по содержанию натрия и хлора присуще рационам и мужчин, и женщин, но преобладание показателей у мужчин более выражено, чем у женщин. Содержание кальция, калия, магния, серы, йода, фтора, цинка, кобальта значительно ниже нормы в рационах обоих полов. Количество марганца и меди в рационах мужчин находится в пределах нормального потребления – 97,7% и 95,5% соответственно. Данные показатели у женщин значительно ниже – 86,7% и 71,9% соответственно. Среднее содержание фосфора находится в пределах нормы (97,5%). Однако у мужчин имеется превышение показателя до 120,8% от суточной нормы, у женщин - снижение до 80,1% от суточной нормы.

Витаминный состав домашних рационов отличается повышенным содержанием витаминов РР, В₁₂, А, Е как у мужчин, так и у женщин. Причем витамина А содержится в большем количестве в рационах женщин, витаминов РР, В₁₂, Е в рационах мужчин. Витаминов С, В₁, В₂, В₆, В₉, Д содержится в количествах меньших, чем рекомендуемые значения. Потребление с пищей витамина С выше в среднем у женщин (91,3 %), чем у мужчин (73,8 %); для остальных витаминов ситуация обратная. Причём содержа-

ние витамина В₆ в рационах мужчин приближено к нормальным значениям (в среднем 105,7 %), в рационах женщин лишь 69,5 % от суточной нормы.

РАЗДЕЛ IV. ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

ПРОГРАММНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ИНТЕРПОЛЯЦИОННЫХ
ПОЛИНОМОВ СТИРЛИНГА ДЛЯ ЗАДАЧ ФАРМАЦИИ

Правкина Е.А., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра математики и информатики

Научный руководитель: доц. Булаев М.П.

Международная стандартизация качества лекарственных средств сегодня предполагает широкое внедрение информационных (компьютерных) технологий в их производство.

Исходя из требований технологического процесса изготовления лекарственных препаратов, необходимо оперативно и с высокой степенью точности определить их компоненты, значения которых подчас заданы только в справочных таблицах, в то время как искомый показатель находится в промежутках значений, представленных в справочных таблицах Государственной Фармакопеи X и XI изданий.

Это в первую очередь относится к таким задачам, как: вычисление концентрации спирта в процентах по массе для заданного по объему спирта; определение концентрации спирта в объемных процентах и в процентах по массе для спирта с заданной плотностью; поиск концентрации хлороводородной кислоты в процентах по массе при заданных показаниях ареометра и известной температуре жидкости в момент измерения; определение концентрации раствора аммиака при известных температуре и показаниях ареометра;

- определение объема абсолютного спирта в заданном объеме с известной его концентрацией и т.д.

В названных случаях для определения требуемого значения внутри интервала наблюдения используют методы аппроксимации функций, а точнее строят интерполяционные полиномы Грегори – Ньютона. Рассмотрены конкретные реализации интерполяционных полиномов Стирлинга разных степеней на базе центральных разностей. Программа описана в интегрированной среде программирования Turbo Pascal 7.1, работает в интерактивном режиме, она не требовательна к аппаратной части ПК (Pentium II и выше).

Преимущества этой программы по сравнению с «режимом» калькулятора очевидны: высокая точность производимых вычислений, быстродействие, минимальные затраты. Так точность отыскиваемых значений неизвестных величин задается пользователем в границах от 10^{-1} до 10^{-14} .

Наработанные программы используются на практических занятиях студентами специальности 040500, а при введении их в управляющие компьютеры позволят оперативно следить за параметрами технологического процесса производства лекарственных препаратов.

РЕШЕНИЕ ЗАДАЧ МНОГОМЕРНОЙ РЕГРЕССИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
MS EXCEL XP

Смазнова А.В., 1 курс, лечебный факультет
Кафедра математики и информатики
Научный руководитель: асс. Мильвидас О.В.

Обычно изменение каких-либо явлений происходит под влиянием не одного, а большего числа самых разнообразных факторов. Связь между результативным признаком и двумя и более факторами принято выражать уравнением множественной регрессии.

Наиболее простым видом уравнения множественной регрессии является линейное уравнение с двумя независимыми переменными:

$y_{xz} = a_0 + a_1x + a_2z$. Параметры этого уравнения определяются решением системы нормальных уравнений, составленных в результате применения метода наименьших квадратов:

$$\begin{cases} na_0 + a_1\sum x + a_2\sum z = \sum y \\ a_0\sum x + a_1\sum x^2 + a_2\sum xz = \sum yx \\ a_0\sum z + a_1\sum xz + a_2\sum z^2 = \sum zy. \end{cases}$$

В медицинских исследованиях часто требуется оценить влияние на параметры, характеризующие состояние системы, входных факторов.

Постановка задачи: исследовалась связь между дефицитом циркулирующей крови при острой желудочно-кишечной геморрагии язвенной этиологии – Y , мл и двумя факторами: X_1 – вязкость крови, в условных единицах и X_2 – гематокритная величина, в %. Были получены следующие данные:

X_2	22	25	30	40	30	39	30	39	26	23
X_1	3,2	3,5	4,3	4,0	3,8	3,6	4,2	3,3	4,1	3,4
Y	2200	1600	700	400	1100	800	700	1100	1100	1800

Необходимо рассмотреть возможность оценки дефицита циркулирующей крови на основании измерения двух факторов вязкости крови и гематокритной величины. Процесс решения этой задачи «вручную» трудоемок и может занять определенное время. Типовым и весьма удобным средством оценки параметров являются возможности программы MS Excel XP. Для этого необходимо ввести данные в электронную таблицу. В пункте меню *Сервис* выбрать строку *Анализ данных* и далее указать курсором мыши на строку *Регрессия*. В появившемся диалоговом окне задать *входной интервал Y*, *входной интервал X*, т. е. ввести ссылки на диапазон неза-

висимых данных. Далее указать выходной диапазон и нажать кнопку *OK*.

В выходном диапазоне появятся следующие результаты: R-квадрат =0,991365951, Y=6244,294904, X1=-919,4176401, X2=-54,46292534.

Дефицит циркулирующей крови при острой желудочно-кишечной геморрагии язвенной этиологии может быть оценен с высокой точностью (с погрешностью около 5% – R-квадрат =0,99) из следующего выражения: Дефицит крови в мл = $6244 - 919 * (\text{вязкость крови}) - 54,5 * (\text{гематокритная величина в } \%)$.

ИГРЫ БЕЗ ГРАНИЦ

Миронов А.В., 1 курс, фармацевтический факультет

Кафедра математики и информатики

Научный руководитель: асс. Аверина И.С.

Компьютерные игры – это отдельная область человеческой деятельности, не менее значимая, чем живопись, кино или музыка. История развития компьютерных игр началась сравнительно недавно, но они уже достигли определенных технологических высот. Прогресс компьютерных технологий продолжается, стремительно растут вычислительная мощность, объем памяти, совершенствуются эффекты 3D звука и видео. Большинство игр становится все более сходно с образами и сюжетами волшебных сказок, мифов и сновидений. Компьютерные игры плотно вошли в жизнь, трудно сказать: хорошо это, или плохо – они просто есть. Проблема влияния компьютерных игр на человека очень обширна и многогранна. В данной работе были рассмотрены лишь некоторые аспекты этого вопроса. Было показано, что игры не одинаковы по силе и глубине своего влияния на личность человека, а также по психологическим механизмам формирования зависимости. В этом отношении первое место занимают ролевые игры, которые и представляют наибольший интерес в научных исследованиях.

Основополагающими можно считать следующие положения:

- Ролевые игры необходимо отделять от неролевых, т.к. эти они существенно различаются по мотивации игровой деятельности, причинам формирования зависимости в силе влияния на психику человека.
- Исходя из этого психологическая классификация компьютерных игр должна быть основана на разделении игр на ролевые и неролевые, а не на степени включенности разных психических функций.
- При рассмотрении формирования психологической зависимости от компьютерных игр следует учитывать ее специфику — резкое уменьшение величины зависимости после прохождения «максимума», в связи с чем игровую зависимость нельзя в полной мере сравнивать с другими формами зависимостей.
- Уход от реальности и потребность в принятии роли — может быть не все, но основные потребности, на которых основан механизм образования

психологической зависимости от компьютерных игр.

Человечество погружается в компьютеры и компьютерные сети, с каждым днем все больше и больше людей (особенно детей) становятся психологически зависимыми от компьютерных игр. Можно только предположить, к чему она приведет человечество при своем дальнейшем развитии. Разные научные дисциплины должны объединиться для исследования этой области, а психология – стать во главе работ по исследованию психологических аспектов взаимодействия человека с компьютером.

ПРОГРАММА ДЛЯ РЕШЕНИЯ СИСТЕМ ЛИНЕЙНЫХ УРАВНЕНИЙ МЕТОДОМ
ГАУССА С ВЫБОРОМ ГЛАВНОГО ЭЛЕМЕНТА

Андрюшин А.А., 1 курс, юридический факультет

Кафедра математики и информатики

Научный руководитель: ст. преп. Назарова О.А.

Успешное решение большинства научно-технических задач в значительной степени зависит от умения быстро и точно получать решение систем линейных алгебраических уравнений (СЛАУ). Многие методы решения нелинейных задач также сводятся к решению некоторой последовательности линейных систем.

В настоящее время широко используются такие численные методы решения линейных алгебраических уравнений, как метод Крамера, методы последовательного исключения неизвестных и т.д. Решая системы классическим способом, т.е. “вручную”, мы сталкиваемся с большим количеством однотипных вычислений, на которые тратится колоссальное время и при этом, не всегда получаем желаемый результат. Поэтому для решения СЛАУ целесообразно применять на практике богатейшие возможности ПЭВМ.

Написанная программа на языке программирования Turbo Pascal решает систему с большим количеством уравнений и с любым числом неизвестных методом Гаусса. Прямой метод Гаусса характеризуется тем, что дает решение системы за конечное число арифметических операций. Если все операции выполняются точно (без ошибок округления), то решение заданной системы также получается точным. Метод Гаусса с выбором главного элемента в программе для ЭВМ представляет собой систему взаимосвязанных вводов массивов с определенным, заложенным условием.

Одним из возможных вариантов применения метода Гаусса является метод последовательного исключения. Он основан на приведении матрицы коэффициентов a_{ij} к треугольному виду. Если коэффициенты a_{ii} близки к 0, то может наступить аварийная остановка ЭВМ, либо из-за погрешности округления точность сильно ухудшается. Это является недостатком простейшей реализации метода Гаусса с последовательным исключением неизвестных. Другой метод Гаусса с выбором главного элемента заключается в том, что при прямом ходе производится выбор наибольшего по модулю (главного) элемента и перестановка строк или столбцов. Последнее

исключает деление на 0, если матрица $A(I,J)$ содержит нулевые элементы, и повышает точность вычислений при наличии ошибок округления. Для программ ЭВМ, ведущих вычисления с числами с плавающей запятой, достаточен выбор $A(I,I) \neq 0$.

Таким образом, метод выбора главного элемента преимущественно эффективнее метода последовательного исключения, и соответственно более удобен в исполнении на ЭВМ. Включение компьютерной программы, реализующей метод Гаусса с выбором главного элемента, в образовательный процесс, способствует улучшению понимания и усвоения студентами материала, связанного с решением систем линейных уравнений.

ПОВЫШЕНИЕ ОПЕРАТИВНОСТИ МНОГОМЕРНОГО ПРОГНОЗА В ЗАДАЧАХ
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

**Ангеловский И.М., Белова А.В., 2 курс, факультет менеджмента
Кафедра математики и информатики**

Научные руководители: асс. Зверовская О.Н., доц. Кабанов А.Н.

Рассматриваются коррелированные временные последовательности значений, наблюдаемых на достаточно длительном интервале времени. Для прогнозирования временных последовательностей на значительный интервал времени обосновало применение операции декомпозиции последовательности на составные части - тренд, циклическую составляющую, сезонную составляющую, нерегулярную составляющую. С целью повышения наглядности процесса прогнозирования широко используется визуализация процесса решения задачи. Для чего входные данные в виде таблиц были перенесены в оболочку Microsoft Excel. При помощи встроенных математических и статистических функций был реализован алгоритм расчета выходных данных, а использование возможности построения диаграмм позволило отобразить результаты работы программы в более удобной форме – с помощью графиков.

В демонстрационном примере используются данные по температуре двух европейских городов – Берлина и Праги. Данными являются средние ежемесячные показатели температур на протяжении одиннадцати лет. Просчет ведется с учетом присвоения статуса аргумента данным по Праге, а температурные данные по Берлину являются функцией от выбранного аргумента. В качестве модели взаимосвязи наблюдаемых процессов выбрано уравнение множественной линейной регрессии

$$S_B = c_0 + c_1 S_{II},$$

где S_B и S_{II} – средние сезонные составляющие, а C_0, C_1 – искомые коэффициенты взаимосвязи.

Зависимость между аргументом и функцией перепишем в матричной форме $\vec{Y} = \vec{X}\vec{C}$. Для вычисления искомых значений применен метод

наименьших квадратов. При этом оценки вычисляются по формуле:

$$\vec{C} = (\overline{X}^T \overline{X})^{-1} \overline{X}^T \vec{Y}.$$

Близость модели и процесса оценивалась по критерию Фишера и коэффициенту множественной корреляции. Для проверки полученного решения было произведено намеренное удаление одного из элементов массива функции, с последующим восстановлением его, опираясь лишь на известные данные аргумента. Совпадение значений намеренно удаленного элемента и восстановленного с учетом возможных погрешностей подтверждает правильность решения поставленной задачи.

Точность оценок по методу наименьших квадратов при данном уровне помех зависит от числа измерений. При этом использование результатов измерений взаимосвязанных многомерных процессов как бы увеличивает число измерений наблюдаемого процесса и повышает точность оценок без увеличения времени наблюдения, что соответствует повышению оперативности многомерного прогноза в задачах принятия решений.

Предложенный подход целесообразно применять в условиях повышенной трудности получения большого количества измерений наблюдаемого процесса и повышенных требований к точности оценок прогноза.

ПРЕДМЕТ, МЕТОД И ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ СТАТИСТИКИ
Черницына В.А., 2 курс, факультет менеджмента
Кафедра математики и информатики
Научный руководитель: доц. Пруцков А.В.

Статистика – это общественная наука, цель которой является сбор, упорядочивание, анализ и сопоставление числового представления фактов, относящихся к разнообразным массовым явлениям.

Термин «статистика» употребляется также в других значениях:

1) совокупность сведений (фактов) о разных явлениях в той или иной стране или ее регионах; например: статистика населения, статистика рождаемости и смертности, статистика труда, статистика уровня жизни и т. п.

2) практическая деятельность людей (статистический учет), направленная на сбор, обработку и анализ массовых данных, относящихся к тем или иным сферам общественной жизни; например: врач может вести статистику своих пациентов, учитель – успеваемости учеников и т. д.

3) параметр, характеризующий последовательность случайных величин x_1, x_2, \dots, x_n , получаемый определенным способом (статистический критерий); например: среднее арифметическое, мода, среднее квадратическое отклонение.

Предметом статистики являются:

- количественное (цифровое) освещение массовых общественных явлений; например: активность населения на выборах;
- количественная сторона общественных явлений в неразрывной связи с

их качественным содержанием; наблюдает в обществе процесс перехода количественных изменений в качественные; например: изменение структуры экспорта и импорта свидетельствует о качественных изменениях в экономике страны;

- количественная сторона общественных явлений в конкретных условиях места и времени; например: динамика численности населения, распределения доходов;

- количественные связи между общественными явлениями, вычисляемые с помощью математических методов (теснота связи); например: зависимость роста производства со снижением безработицы.

Для изучения предмета статистики разработаны и применяются специфические методы, совокупность которых образует статистическую методологию. Общей основой разработки и применения статистической методологии является диалектический метод познания, согласно которому общественные явления и процессы рассматриваются в развитии, причинной обусловленности. При статистическом изучении социально-экономических явлений руководствуются основным законом материалистической диалектики о переходе количественных изменений в качественные.

КАЧЕСТВО ТОВАРА КАК ФАКТОР КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ФИРМЫ

Зарубина И.Е., 4 курс, факультет менеджмента

Кафедра менеджмента

Научный руководитель: доц. Нариманова О.В.

Важнейшим фактором успеха в конкурентной борьбе является обеспечение высокого качества товаров, работ, услуг. Многие специалисты сравнивают проблему качества с тяжелым камнем, который постоянно надо катить в гору – чуть-чуть ослабнут усилия, и камень рухнет вниз, несмотря на все предыдущие усилия. Качество товара – это один из важнейших элементов, влияющих и определяющих уровень конкурентоспособности фирмы на рынке. От того, насколько важное внимание уделяется рассмотрению качественных характеристик товара, зависит то, насколько успешнее будет предприятие в осуществлении своей деятельности.

Следует отметить, что конкурентоспособность определяется двумя комплексными показателями – ценой и качеством. Потребитель выбирает товар именно по этим двум критериям. Причем с ростом платежеспособности при выборе товара потребители отдают предпочтение качеству. По результатам опроса 74% россиян при выборе покупки главным считают качество товара. Причина понятна – цена забывается, а качество напоминает о себе, пока пользуются товаром.

Проблему интегральной оценки конкурентоспособности товара можно считать принципиально решенной, если знать количественные оценки его цены и качества. Цена – довольно хорошо изученная категория, а вот с ка-

тегорией качество дела обстоит сложнее, поскольку качество определяется различными показателями (надежность, привлекательность, эргономичность и т. д.). С увеличением количества показателей качества трудоемкость оценки возрастает, а вот объективность возрастает несущественно, поэтому в состав оценочных показателей рекомендуется вводить только наиболее весомые показатели с точки зрения потребителя.

А поскольку фирма заинтересована в удержании и наращивании своих позиций, ей необходимо заботиться о качестве своих товаров и услуг.

ОРГАНИЗАЦИЯ МАРКЕТИНГОВОЙ СЛУЖБЫ НА ПРЕДПРИЯТИИ
Грызунова Т.Е., 4 курс, факультет менеджмента
Кафедра менеджмента
Научный руководитель: ст. преп. Истомина Т.И.

Основным субъектом, организационным звеном рыночной экономики является предприятие (фирма, организация). Фирма-это экономическая единица, которая самостоятельно принимает решения, стремится к максимизации прибыли, производит продукцию (товары, услуги) для других хозяйствующих субъектов рынка, несет социальную ответственность перед обществом и каждым работником.

Вся деятельность фирмы, начиная с разработки новой продукции и технологий, формирования ассортимента, установления цен на различные товары и завершая их продвижением на рынок, установлением длительных связей с конечным потребителем, подчиняется законам маркетинга. Следовательно, маркетинг должен иметь структуру, четко отвечающую стратегическим целям бизнеса; функции, позволяющие достигать эти цели; персонал с четко распределенными полномочиями и кругом ответственности; систему планирования, а значит и бюджетирования, и контроля; и не забывать, что помимо функциональных обязанностей у службы маркетинга есть и неформальная - быть носителем и пропагандистом философии, ориентирующей компанию на рынок. Осуществление концепции маркетинга на предприятии требует создания такой службы маркетинга, которая позволила бы реализовать эту концепцию.

По итогам изучения теории организации маркетинга на предприятии в создании такой службы маркетинга можно выделить следующие этапы:

1. Создание рабочей группы по созданию службы маркетинга (из представителей различных структурных подразделений), отвечающих за разработку и исполнение мероприятий в области маркетинга и сбыта (включая сбор и обработку заказов, определение цен, рекламу, обслуживание клиентов, организацию сбыта на местах и т.п.)

2. Определение функций и задач службы, разделение функций службы маркетинга и других коммерческих служб компании.

3. Задание требований на должность для сотрудников службы и составление штатного расписания.

4. Установление показателей и критериев оценки работы.
5. Определение порядка взаимодействия с другими подразделениями и места службы в процессе выработки и принятия управленческих решений.
6. Назначение руководителя службы.
7. Разработка и утверждение Положения о службе маркетинга и должностных инструкций согласно штатному расписанию.

Эффективность функционирования маркетинговой службы фирмы определяется тем, способна ли фирма перейти от инструментального к концептуальному, стратегическому пониманию роли маркетинга как общей концепции, объединяющей все функции, связанные с выходом предприятия на рынок. Важно, чтобы лица и подразделения, ответственные за маркетинг, стали ответственными за рыночные цели предприятия и их достижение, при соответствующем расширении их полномочий.

МОТИВАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Лапина А.В., 3 курс, факультет менеджмента

Кафедра менеджмента

Научный руководитель: доц. Нариманова О.В.

Понятие мотивации тесно связано с проблемой управления персоналом. Новые экономические отношения, порожденные переходным периодом, выдвигают и новые требования к персоналу. Это не только подбор, обучение и расстановка кадров, но и формирование нового сознания, менталитета, а следовательно, и методов мотивации. Мотивация - это процесс побуждения каждого сотрудника и всех членов его коллектива к активной деятельности для удовлетворения своих потребностей и для достижения целей организации. Основные задачи мотивации: формирование у каждого сотрудника понимания сущности и значения мотивации в процессе труда; обучение персонала и руководящего состава психологическим основам внутрифирменного общения; формирование у каждого руководителя демократических подходов к управлению персоналом с использованием современных методов мотивации.

Для решения указанных задач применяются различные методы мотивации, сущность которых рассмотрим ниже.

Самым первым и наиболее распространенным методом был метод наказания и поощрения, так называемая политика “кнута и пряника”. Этот метод использовался для достижения желаемых результатов и просуществовал довольно долго в условиях административно-командной системы. С повышением роли человеческого фактора появились психологические методы мотивации. В основе этих методов лежит утверждение, что основным модифицирующим фактором являются не только материальные стимулы, но и нематериальные мотивы, такие, как самоуважение, признание со стороны окружающих членов коллектива, моральное удовлетворение работой

и гордость своей фирмой. Мотивирование - это процесс воздействия на человека с целью побуждения его к определенным действиям путем пробуждения в нем определенных мотивов. Мотивирование составляет сердцевину и основу управления человеком. Мотивация, рассматриваемая как процесс, теоретически может быть представлена в виде шести следующих одна за другой стадии: возникновение потребностей; поиск путей устранения потребности; определение целей (направления) действия; осуществление действия; получение вознаграждения за осуществление действия; устранение потребности. Процесс мотивации очень сложен и неоднозначен. Существует большое количество различных теорий мотивации, пытающихся дать объяснение этому явлению.

Один из подходов основывается на исследовании содержательной стороны теории мотивации. Такие теории базируются на изучении потребностей человека, которые и являются основными мотивом их проведения, а следовательно, и деятельности. К сторонникам такого подхода можно отнести американских психологов Абрахама Маслоу, Фредерика Герцберга и Дэвида Мак Клелланда. Человек осуществляет определенные действия в соответствии с давлением на него совокупности внутренних и внешних по отношению к нему сил. Совокупность этих сил, называемая мотивацией, вызывает у людей далеко не одинаковую реакцию. Поэтому невозможно однозначно описать процесс мотивации. Но на основе эмпирических исследований было разработано несколько концепций, описывающих факторы, влияющие на мотивацию и содержание процесса мотивации.

Теории содержания мотивации основное внимание уделяют тому, как различные группы потребностей оказывают влияние на поведение человека. Широко признанными концепциями этой группы являются теории А. Маслоу, Ф. Герцберга, В. Врума, Л. Портера, Э. Лоулера, Л. С. Выгодского. Несмотря на принципиальные отличия этих концепций, они, тем не менее, имеют нечто общее в своей основе, что отражает определенную общность в мотивации человека к действиям.

МЕРЧЕНДАЙЗИНГ

Семянко А.Г., 3 курс, факультет менеджмента

Кафедра менеджмента

Научный руководитель: доц. Нариманова О.В.

Шоппинг стоит на втором месте в мире по популярности после просмотра телевизионных программ. При этом только 40% покупок приходится на запланированные, остальные 60% достаются импульсивным, когда решение о приобретении принимается непосредственно в магазине.

Визуальный мерчендайзинг иногда называют маркетинговой революцией в торговле. Он основан на объективных законах поведения человека в замкнутом пространстве, его реакции на цвета и звуки. Вот лишь некото-

рые принципы мерчендайзинга.

Приоритетный товар должен быть расположен в фокусном пункте магазина – по центру со смещением вправо. А при очень крупных торговых площадях пространство нужно дробить. Движение глаз покупателя по полке напоминает чтение страницы с эпиграфом. Первый взгляд в правый верхний угол, далее волнообразное перемещение слева на право и сверху вниз. Большая часть покупателей движется по торговому залу против часовой стрелки, обходя его по внешнему периметру. Почти 90% покупателей проходит одну треть помещения магазина и собирается выйти. Вход, основной продукт и касса составляют «золотой треугольник», на площади которого можно выложить товар, необходимый для быстрой продажи. Также актуален прием «Здесь уже купили». Если показатель продаж по средним полкам принять за 100%, то продажи по верхним составляют 62%, а объем реализации с нижних полок – 38%. «Принцип локомотива» подразумевает, что рядом с популярным и необходимым продуктом размещают ненужные, но, в основном более дорогие. Интенсивное развитие, то есть увеличение продаж при сохранении существующих торговых площадей, колоссальный ресурс развития и повышения рентабельности. По сравнению с такими возможностями экстенсивное развитие, а именно расширение торговых площадей и географии продаж ради повышения оборота, гораздо более дорогостоящая и трудная возможность роста. При прочих равных условиях, продажи «правильного» магазина, использующего все приемы мерчендайзинга, могут оказаться на 100-200% выше, чем в аналогичной торговой точке, где товар расположен произвольно на вкус хозяина.

РОЛЬ МАРКЕТИНГА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ

**Сатдарова Т.А. 4 курс, факультет менеджмента
Кафедра экономики и бизнеса**

Научный руководитель: ст. преп. Истомина Т.И.

Механизм рынка закономерно ведет к взаимодействию покупателей и продавцов товаров, работ, услуг. Развитие рыночной экономики порождает необходимость нового экономического мышления, новых подходов к ведению бизнеса. Соответственно практические потребности страховщиков в области повышения эффективности работы страховых компаний обуславливают рост интереса в сфере маркетинга. Если раньше стоял вопрос, необходим ли страховой маркетинг, то сегодня речь идет о том, как организовать эффективный маркетинг страховщика. В настоящее время компания, которая не проводит исследования рынка, не знает своих клиентов, их возможности, запросы, не ориентируется на постоянно меняющиеся потребности населения, не сможет нормально функционировать. Особенно это касается такой сферы бизнеса, как страхование.

ОАО «Росгосстрах» – крупнейшая в России страховая компания, кото-

рая располагает филиальной сетью, сравнимой по охвату с Почтой РФ и Сбербанком России. Однако при таких масштабах к 2002 г. Росгосстрах представлял собой «полуживую» государственную структуру.

Состояние дел в Группе компаний «Росгосстрах» резко изменилось после реструктуризации. Произошли крупные перемены, одним из последствий которых, стало внедрение маркетинга. Это было выражено в создании целого маркетингового подразделения, первостепенной задачей которого являлась разработка маркетинговой стратегии с целью определения для кого и что производить, когда и как предлагать, и как себя показать. Все это нужно было для того, чтобы в очень короткие сроки население не просто узнало или вспомнило о существовании данной компании, но и поверило в нее. А осуществить такой прорыв было достаточно трудно, так как возрождение компании пришлось на вступление в действие закона «Об обязательном страховании автогражданской ответственности», который был воспринят обществом негативно, как лишнее бремя, возложенное на плечи автовладельцев. Поэтому необходимо было продумать каждый шаг.

И вот в результате трудоемкой работы «Росгосстрах» вышел на рынок в то время и в том месте, когда это было наиболее выгодно. Причем это стало не просто новым появлением старой компании, выступила обновленная страховая компания с новым логотипом (с двуглавым орлом), новым «кричащим» слоганом («Под крылом сильной компании») и с современными взглядами на ведение бизнеса.

Начиная с этого момента, компания стала строить свою деятельность с учетом ориентации на клиентов. Это очень важно, так как потребности современных потребителей индивидуализированы, и каждый пытается в предлагаемом продукте найти что-то существенное для себя. Одновременно это дает возможность увеличить долю рынка и стать лидером. Согласно результатам исследований рейтингового агентства «ЭКСПЕРТ-РА» по ОСАГО лидирует именно ОАО «Росгосстрах» - вот доказательство нашего высказывания. Соответственно это очень сильное конкурентное преимущество, так как у лидеров шире размах, их торговые марки пользуются большим уважением. И согласно «эффекту победившей стороны» покупатель обращается в ту или иную компанию, потому что знает о ее репутации. Так и сработал ОАО «Росгосстрах»: привлек клиентов при помощи обязательного страхования автогражданской ответственности, а теперь предлагает им большой выбор услуг. И сейчас уже базовыми для компании видами страхования являются РОСГОССТРАХ ДОМ и РОСГОССТРАХ БИЗНЕС.

В настоящее время компания утвердила себя в глазах клиентов и по результатам исследований ей присвоен высокий рейтинг надежности «А++». Так своевременная организация полноценной маркетинговой деятельности помогла ОАО «Росгосстрах» не только встать на ноги, завоевать значительную долю рынка, но и заявить о себе как об очень крупном и надеж-

ном страховщике.

Таким образом, можно сказать, что именно маркетинг, а в нашем случае страховой маркетинг, выступает сегодня основой повышения конкурентоспособности компании на российском рынке страхования.

РАЗДЕЛ V. ГУМАНИТАРНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ

«ЖИЛИ-БЫЛИ СЛАВЯНЕ» (К ИСТОРИИ НОРМАННСКОЙ ТЕОРИИ)
Коняева Ю.В., 2 курс, медико-профилактический факультет
Кафедра философии и истории
Научный руководитель: доц. Курякин В.В.

Более чем двухвековой спор норманнистов и антинорманнистов, славянофилов и евразийцев сосредоточен вокруг старой проблемы – происхождения Руси и русскости.

Русский летописец начала XII века, пытаясь объяснить происхождение Древнерусского государства, в соответствии со средневековой традицией, включил в летопись легенду о призвании в качестве князей трех варягов – братьев Рюрика, Синеуса и Трувора. Легендарный летописный рассказ о призвании варягов послужил основанием для появления так называемой норманнской теории происхождения Древнерусского государства. Впервые она была сформулирована учеными Г.-Ф.Миллером и Г.-З.Байером.

В 1749 году, когда Миллеру было поручено подготовить речь к торжественному заседанию Академии наук, менее чем за полгода ему надлежало раскрыть тему «О происхождении имени и народа российского», которой он доселе никогда не занимался. Задача была нереальной, но Миллер решил её удобным и единственным для себя способом. Что это был за способ, сразу же определил Ломоносов, говоря в замечаниях на диссертацию про «доводы господина Миллера у Байера занятые».

В литературе не принято говорить, в чем же заключалась «безупречная» аргументация Миллера, и что ей противопоставил Ломоносов. А аргументация эта весьма красноречива. Так Миллер, в согласии с Байером, утверждал, что не было Аскольда и Дира, а был только один «Осколд, по чину своему прозванный Диар, которое слово на старинном готфском языке значит судья или начальник, чего не знали летописцы». Это мнение Ломоносов оспорил, сославшись на Повесть временных лет.

В ходе дискуссии Ломоносов задал Миллеру вопрос, ставивший под сомнение все его выводы: почему он «нигде не указал отца Рюрика, его деда или какого-нибудь скандинава из его предков?». Таким образом, Ломоносов поставил под вопрос всю норманнскую теорию.

В современную эпоху вполне доказана научная несостоятельность норманнской теории, объясняющей происхождение Древнерусского государства. Историки обладают убедительными доказательствами, что есть все

основания утверждать: у восточных славян устойчивые традиции государственности сложились задолго до призвания варягов. Следовательно, факт призвания варягов, если он действительно имел место, говорит не столько о возникновении русской государственности, сколько о происхождении княжеской династии. Если Рюрик и был реальной исторической личностью, то его призвание на Русь следует рассматривать как ответ на реальную потребность в княжеской власти русского общества этого времени.

ФИЛОСОФИЯ ДРЕВНЕИНДИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ – АЮРВЕДА
Рани Дивия, Рани Прагия, 2 курс, лечебный факультет
Кафедра философии и истории
Научный руководитель: ст. преп. Ерошина Т.А.

Аюрведа – древнеиндийская медицинская система, впервые была описана Чаракоей примерно 5000 лет назад и основывалась на ранней индийской ведической культуре. В переводе с санскрита «аю» означает жизнь, и «веда» означает знание. Это учение основано на двух ранних книгах Аюрведа – Чарак Самхита и Шушрута Самхита. Философия Аюрведы основывается на древнеиндийской философии Хинду, обеспечивающей связь между живой и неживой материей мира. Она определяет происхождение человека и растений, основываясь на 5 элементах – земле, воде, огне, воздухе и небе.

Основная цель Аюрведы – обеспечить знание и создание качества природы – называется гунак. Аюрведа предполагает, что каждый материальный процесс или объект может причинять вред здоровью человека или повлиять на него. Человек это – уникальное существо именуемое пракрити. Существует три причины, вызывающие в Аюрведе различные патологические состояния – ватта (воздух), питта (огонь) и кафа (вода). Все процессы в человеческом организме управляются весами – доша. Например, при избытке ватта у человека возникают беспокойствие, спазмы и бессонница.

Ватта управляет всеми процессами в сознании и теле контролирует течением крови. Питта (огонь) управляет температурой, метаболизмом в теле. Кафа (вода) связывает элементы тела, обеспечивает его физическую структуру, смазывает суставы, увлажняет кожу, дает энергию сердцу и легким и повышает иммунитет. Процесс детоксикации и омолаживания в Аюрвердах называется Панчакарма. Цель его – управление болезнью. Это процесс корректирует важное равновесие в сознании.

Терапия Аюрведы и лечение основано на природном сырье, с различными травами и физиотерапией. Лечебные травы, растения и их продукты такие как: - кокос, лимон, мята, (*Asadirachta indica*), шикакай (*Acacia – soccinna*), алоэ вера, чеснок, имбирь, кориандр, миндаль, кардамон, брахми (*Vasora tonniem*) используются в каждодневной жизни.

Физиотерапия Аюрведы включает йогу физические упражнения и медитация), гидротерапию, ароматерапию, и др. В настоящее время лечение

Аюрведа признано во всем мире, потому что в нем нет одностороннего подхода к пациенту как в западной медицине. Кроме того система использует чистые натуральные природные продукты. Институты Аюрведы действуют в Индии, Америке и многих других странах. Мы можем сказать, Аюрведа – это бесценное наследие Индии, которое является древнейшей медицинской системой на Земле.

ПРОБЛЕМА СТРЕССА В СОВРЕМЕННОЙ ФИЛОСОФИИ
Прем Шанкар Гупта, 2 курс, лечебный факультет
Кафедра философии и истории
Научный руководитель: ст. преп. Ерошина Т.А.

Стресс – ежедневно используемый термин, обозначающий состояние человека, не способного справиться с рутинной жизни. Когда давление на индивидуального человека не соответствует его действительным ресурсам или его необходимые индивидуальные потребности и мотивации не достигаются, возникает стресс, подвергаящий опасности его благополучие и здоровье. Другими словами, человек ощущает стресс, когда обнаруживает себя беззащитным при столкновении с ежедневными проблемами.

Обычными симптомами стресса являются головные боли, астма, повышенное кровяное давление, рак, менструальные нарушения, бессонница, вялость и гнев.

Но стресс необязательно всегда наносит вред. Иногда, стресс может быть мотивирован для индивидуума для того, чтобы справиться с определенной ситуацией, может даже заключаться в основе исполнения.

Например, студенты сдают зачеты и тесты только в условиях стресса. Потому, что если бы мы не испытывали нервное напряжение перед экзаменами, никто из нас бы не стал ничего учить.

Широко распространены такие утверждения: стресс – неизбежен, нет способов предотвратить его; стресс – это то, с чем мы сталкиваемся ежедневно; небольшой стресс для нас полезен; лучший способ борьбы со стрессом – это физическая нагрузка, занятие медитацией и использование других релаксирующих техник; наш разум играет большую роль в стрессовых ситуациях, которые мы испытываем.

Самое ужасное последствие и проявление стресса – это суицид. «Стрессовая релаксация» – это метод, придуманный людьми в процессе эволюции для ликвидации стресса. Одни люди предпочитают алкоголь, другие – наркотики; кто-то предпочитает громко кричать, когда остается в одиночестве; кто-то громко слушает музыку. Методы стрессовой релаксации – это лишь некоторые способы преодоления стрессовых ситуаций. Сегодня для предотвращения стресса применяются мотивационные семинары, групповые занятия.

Стресс подобен стреле. Человек – это цель. Все мы подвергаемся стрес-

су, понимаем его последствия, но все же чаще бездействуем. Всем нам необходимо применять меры предосторожности и стараться контролировать влияния, которые на нас оказывает внешний мир, иначе может быть слишком поздно.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА

Леднева А.И., 2 курс, медико-профилактический факультет

Кафедра философии и истории

Научный руководитель: преп. Максакова А.Д.

В современных условиях, как никогда прежде, духовно-нравственного идеала прошлого объективно становятся залогом устойчивого будущего, основой формирования нового поколения врачей, источником новых форм и методов этического и деонтологического воспитания студентов-медиков.

Цель работы – выявить факторы, влияющие на формирование личности врача в современных условиях, раскрыть определяющую роль социального фактора в данном процессе. Одним из таких социальных факторов является государство. Оно формирует систему здравоохранения, устанавливает правовые рамки деятельности врача и определяет его место в системе общественных отношений, влияет на характер взаимоотношений врача и пациента. Другим важным социальным фактором, оказывающим влияние на формирование мировоззрения врача, является само общество, его исторические традиции, морально-нравственные устои. Общество выступает главным цензором деятельности врача. Часто врач должен делать выбор между законом и моральным долгом. Этот выбор в значительной мере зависит от личности врача, от его жизненной позиции.

Становление личности врача происходит в основном в годы учебы в вузе. Процесс обучения предполагает формирование ценностных ориентаций в курсе изучения философии, этики, деонтологии, а так же при прохождении практики в больницах. В работе подчеркивается решающее влияние личности преподавателя в процессе обучения. Проведенные социологические опросы среди студентов старших курсов медицинских факультетов, врачей и интервью с преподавателями позволили сделать вывод, что врач – это больше, чем профессия, это жизненная позиция, выражающаяся на практике в устойчивом альтруизме и подвижничестве; кроме того, профессия врача – стиль жизни. Основными факторами, определяющие становление личности врача, являются волевые усилия, способность противостоять злу, а так же утверждение своей личности через преодоление противоречий в активной деятельности, обучении и самовоспитании.

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В СОВРЕМЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Попова С.В., 2курс, лечебный факультет

Кафедра философии и истории

Научный руководитель: преп. Бичерова Н.С.

Специфика анестезиологии, как самостоятельного раздела медицины, накладывает свой отпечаток на общие вопросы медицинской этики, а также выдвигает ряд особых проблем. Профессия врача-анестезиолога относится к сложным видам деятельности высокого страхового риска со следующими характеристиками: многообразием и сложностью профессиональных задач; значительным уровнем психо-эмоционального напряжения; наличием профессиональных ситуаций, разрешение которых связано с высоким риском для здоровья врача; высокой вероятностью причинения неосторожного вреда пациенту; повышенной социальной ответственностью за профессиональные ошибки.

Отсюда чрезвычайную важность приобретают личностные качества врача, проявляющиеся тем ярче, чем выше факторы риска, опасности и социальных последствий. В структуре причин анестезиологических осложнений доминирует человеческий фактор, определяемый как совокупность индивидуальных и присущих профессиональному контингенту в целом качеств человека. Эти качества проявляются в конкретных условиях функционирования системы, оказывая влияние на её эффективность и надёжность.

Серьёзной этической и юридической проблемой является определение степени ответственности анестезиолога за те или иные неблагоприятные для больного последствия. Не смотря на то, что основную ответственность за исход операции несёт оперирующий хирург, при возникновении опасного интраоперационного осложнения именно анестезиолог должен принять на себя руководство всей операционной бригадой, в том числе определить продолжать или приостановить выполнение хирургического вмешательства.

Введение в медицинскую практику доктрины «информированного согласия» предполагает, что больной вправе знать всё, что касается его истинного состояния и риска предстоящего хирургического вмешательства, включая вероятность летального исхода. Такой подход связан с высокой эмоциональной нагрузкой на врача, но именно он может вызвать у пациента полное доверие и желание сотрудничать. На всех этапах лечебного процесса нравственный облик анестезиолога для больного далеко небезразличен.

В настоящее время признаётся, что даже на фоне вполне адекватной анестезии возможно сохранение сознания при отсутствии последующей памяти на события. Пробуждение во время операции на сегодня является большой этической и клинической проблемой. Анализ особенностей профессиональной деятельности анестезиолога, протекающей в условиях многофакторного стрессового воздействия, показывает, что центр тяжести нагрузки переносится на психическую сферу врача.

В связи с этим, немаловажными факторами, способствующими успешной работе в особых условиях, являются высокий уровень мотивации и ценно-

стные ориентации личности врача анестезиолога.

ОБРЯДЫ И ТРАДИЦИИ РЯЗАНСКОГО КРАЯ
Пецкович Е.Н., Бастрыкина Н.А., 2 курс,
медико-профилактический факультет
Кафедра философии и истории
Научный руководитель: ст. преп. Попова О.Д.

В многовековой деятельности человека по освоению и обустройству окружающей среды громадную роль сыграли народные праздники, обряды, фольклор. Фактор обрядово-праздничной культуры в земледельческом круговороте крестьянской жизни стал составной частью таких актуальных проблем наших дней, как экология человека и окружающая среда. В то же время стало очевидно, что проблема современного бытования и потребления традиционных форм обрядово-праздничной культуры в индустриальном обществе есть также одна из насущных проблем культурной и нравственной экологии. Утрата современным обществом фольклорной культуры и соответствующего стиля мышления, а вместе с ними и стабильности в укладе повседневной жизни способствовала разрастанию глобального нравственно-экологического кризиса.

Представители старшего поколения еще являются носителями живой национальной традиции: от них можно записать воспоминания о многих праздниках, обрядах, обычаях, приемах землепользования и ведения хозяйства, строительстве дома и хозяйственных построек, способах местного гончарства и ткачества — словом, обо всем том укладе жизни, который выработывался многими поколениями людей применительно к конкретной среде обитания, ее природе, климату, жизненным ресурсам. Эти материалы могут послужить основой для составления региональных этнографических, краеведческих и культурологических программ по восстановлению этно-территориальных комплексов; организации праздничного досуга с учетом местных фольклорных традиций, они могут быть использованы творческими работниками; наконец, для очень многих книги на подобную тематику являются любимым чтением или, как говорят, «чтением для души».

Земледельческие праздники и обряды рязанских крестьян были разнообразны, отличались красочностью и самобытностью, а также были подчинены повторяемой смене времен года. Эта цикличность в круговороте природы определяла уклад жизни человека, его трудовую и досуговую деятельность: праздники и обряды в традиционном обществе не затевались сами по себе, а были строго приурочены к аграрному календарю, т.е. определенному ритуальному времени

Самые запоминающиеся особенности проведения этих праздников сей-

час практически забыты и живы лишь в памяти старожилов, например, колоритная фигура рождественского ряженья «бабкой Колядой», известная на юго-востоке Рязанщины. Очень хочется, чтобы люди заинтересовались своей историей.

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ
Соколова Д.А., 2 курс, лечебный факультет
Кафедра философии и истории
Научный руководитель: ст. преп. Попова О.Д.

Семья – самый древний институт человечества на земле. В связи с развитием цивилизации и общества происходили и происходят изменения в семье, как ячейке этого общества. Целью настоящего исследования было выявить наиболее актуальные проблемы современной семьи. На основе проведенного изучения литературы, а так же на основе изучения статистических данных родильного дома № 2 города Рязани, данных управления ЗАГС Рязанской области были сделаны следующие выводы.

Обращает на низкий уровень рождаемости. Среднее число детей, рожденных одной женщиной за всю жизнь, составляет на данный момент около 1,46, для сравнения в 1989- 2,58. Для простого замещения поколения родителей их детьми необходимо, чтобы этот коэффициент составлял 2,17. Однако в Рязанской области в последние пять лет есть и положительная динамика: наблюдается стойкая тенденция повышения рождаемости, в основном – 2-го и 3-го ребенка. В среднем по области за прошлый год родилось на 300 детей больше, чем в предыдущем. В настоящее время российские семьи предпочитают европейскую модель - поздно вступают в брак, являясь экономически обеспеченными. Такие семьи являются морально подготовленными к рождению детей. Это в целом является положительным фактором, т.к. будущий ребенок является желанным.

Проблема снижения рождаемости служит так же причиной большого количества разводов. Стоит добавить злоупотребление спиртными напитками, бытовую неустроенность, супружескую неверность, психологическую несовместимость. По данным управления ЗАГС Рязанской области за первые три месяца 2006 года было заключено 396 браков и 458 разводов. Ослабляется роль родителей в воспитании в силу трудовой занятости, перегруженности бытовыми проблемами, потери нравственных ориентиров, а часто неумения и нежелания заниматься с детьми.

В разрешении этих проблем можно предложить следующие меры:

- развитие службы психологической помощи с высококвалифицированными врачами-психологами,
- вполне возможно возвращение в программу обучения в средней школе предмета «этика и психология семейной жизни», при условии, что этот предмет будут вести высококвалифицированные врачи-специалисты
- важным пунктом в решении проблем современной семьи является улучшение материального положения молодых семей, т.е. обеспечение их

работой по специальности с достойной оплатой их труда, возможность приобрести отдельное жильё по доступной цене

- необходимым шагом является создание специальных служб, оказывающих психологическую помощь семьям. Образцом является Рязанский Центр Планирования Семьи, который помогает в борьбе с бесплодием и ведет просветительскую работу среди молодежи на темы проблем семейной жизни.

ЛЕВ ТОЛСТОЙ: КОНЦЕПЦИЯ ЖИЗНЕПОНИМАНИЯ
Кобозев Д.Р., 2 курс, стоматологический факультет
Кафедра философии и истории
Научный руководитель: проф. Корнеев П.В.

Стихия толстовского гения созвучна безбрежному морю. Читаешь его и погружаешься в такие глубины человеческой души, воедино слитые с природой, и ощущаешь волнение, идущее вширь, волнение чувств, подвластные расходящимся кругам толстовской мысли, ее музыкальному ритму, образному строю. Каких бы сторон жизни ни касался этот поразительный художник, живописал он небывало, глубоко, по-океански величаво, по-человечески мудро.

Вся жизнь Толстого была борьбой, долгой, упорной, напряженной. Это была борьба против всякого зла, борьба за утверждение, высоких нравственных идеалов, за жизнь.

Жизнепонимание (или отношение человека к миру), именуемое Л. Толстым «всемирным» (или «божеским»), покоится по мысли писателя, на убеждении в неразумности и несовершенстве всего сущего и одновременно на утверждении неизбежности движения от неразумности к разумности.

Цель этого жизнепонимания - использование нравственного закона, вложенного в душу каждого человека. «Двигатель» жизни бескорыстная любовь. Жизнепониманию божества в концепции Толстого предшествуют два иных отношения к миру - личное (животное) и общественное (языческое). Их объединяет убеждение в совершенстве и разумности всего существующего.

И личное, и общественное жизнепонимание Толстой называет низшими. Всемирное (божеское) – высшим. Это последнее жизнепонимание – нравственный этап истинно гуманистических отношений человека к другим людям. Эти отношения и мыслятся писателем в качестве основы всемирного братства людей.

Толстой осмысливает христианство как земную и реально исполнимую нравственную частичку: человек должен стремиться к идеалу, на какой бы степени совершенства он ни находился. Движение личности от одного жизнепонимания к другому осмысляется как ряд сменяющих друг друга состояний. Последние из них - обретение веры, ему предшествует период,

когда всё существующее признается разумным, управляется соблазнами, обуславливается общепринятым мнением.

В этот период доминирует учение светской утилитарной нравственности и церковно-христианское учение. С ним связаны «выходы» эпикурейства и неведения, выход силы (самоубийство), энергии, слабости. В периоде рождения «разумения» Толстой выделяет четыре мотива: мотив прорастания семян; мотив открытия «двери жизни»; мотив «двоения» и, наконец, мотив «пропасти» или «бездны».

Творческое наследие Толстого по богатству идей необозримо, и тема человеческого единения – высшего блага – ощутимо стержневое в его пути художника и мыслителя.

ЯЗЫЧЕСКИЕ НАЧАЛА В РУССКО-НАРОДНОМ КОСТЮМЕ

Никитина И.В., Ефименко И.А., 2 курс,

медико-профилактический факультет

Кафедра философии и истории

Научный руководитель: ст. преп. Попова О.Д.

В народном костюме сосредоточены наиболее важные черты и особенности народного сознания, его социальные, нравственные, религиозные представления, для выражения которых использовались художественные средства. Это композиция, цвет, орнамент, ритмическая система построения, объемно-пластические нормы.

Народный костюм предполагал гармонию всех его составных частей. Каждый элемент костюма не только выполняет определенную задачу, но и помогал осуществлению других функций одежды, ибо все они были объединены системой практического действия во благо человека.

Великолепен и неповторим женский народный костюм, который отличается многоцветностью и неповторимым своеобразием орнамента. В составе женского костюма выделялись: головной убор с высоченными кольцами, привесками, бусы, жесткая основа и головные покрывала; само женское платье и кожаная обувь.

Древнейшим и наиболее распространенным элементом костюма была рубаха. Женские рубахи кроились обычно до полу, их обязательно подпоясывали. Рубаха шилась из разных полотнищ ткани, верхнюю видную часть и рукава при этом украшались «рукотворным» декором, ведь она должна была не только согреть, но и отгонять силы зла, а душу – удерживать в теле. Ворот обильно оснащали охранительной вышивкой, т.к. он имел особое магическое значение, защищал душу и оставлял ее в теле. Рукава рубахи были длинные и широкие и у запястья схватывались тесьмой, в распущенном виде достигая земли, символизируя тем самым птиц-лебедей либо девушек-русалок, орошающих землю благодатной влагой.

Не менее важной частью наряда являлась понева, состоящая в древности

из трех несшитых кусков ткани, скрепленных на талии поясом, и украшенной «коневыми голяшками», конь у древних славян – символ солнца. Сверху был «навешник» – накладная туникообразная одежда без рукавов, украшенный горизонтальными полосками, вышивкой или яркой лентой.

Неотъемлемой частью костюма являлся головной убор, выполняющий знаковую и защитную функцию. Разновидностью являлась «рогатая» кика, оснащенная массивными рогами, символизирующими рога тура (быка) посвященного наиболее почитаемому Богу древних славян – Перуну. Убор состоит из нескольких частей: кики, прикрепленного сзади плетеного шнура с метелкой; заушников, оберегающих уши от «наговоров и сглазу»; позатыльника, прекрывающего «наделенные небывалой магией» волосы и вышитого золотом очелья. Обязательными атрибутами были обереги и амулеты.

Таким образом, русский народный костюм, как художественное выражение общественной практики, обладает познавательной, воспитательной, а главное – эстетической функцией, пронизывающей эти и все другие его функции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО В ВОЗНИКНОВЕНИИ БОЛЕЗНИ

**Теркина А.А., 1 курс, факультет клинической психологии
Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики
Научный руководитель: доц. Яковлева Н.В.**

Психика человека влияет на возникновение и ход болезни. Болезнь, в свою очередь, оказывает влияние на психику человека, его поведение, эмоции. Важную роль играют субъективные симптомы: порог ощущения, память, речь, эмоциональное состояние, самообладание. Характер, эмоциональное состояние больного так же влияет на развитие болезни, особенно хронической. При сильном эмоциональном потрясении лекарственные средства могут не действовать.

Центральная нервная система на соматические заболевания реагирует раздражительностью, потерей сна, вегетативными нарушениями. Это ведет к астении и дальнейшему развитию болезни. С.Л. Рубинштейн утверждал: «внешние причины действуют через посредство внутренних условий...». В.Х. Василенко писал: «...при одном и том же типе болезни у одних пациентов появляется панический страх, у других – иллюзорная надежда на выздоровление, у третьих – депрессия, а некоторые мужественно переносят страдания». Так, в зависимости от типа темперамента реакция на болезнь будет различной. У холерика часто «язык обгоняет речь». Сангвиник недооценивает тяжесть заболевания.

Второй стороной взаимосвязи болезни и психики является то, что некоторые личностные особенности обуславливают предрасположенность к определенным заболеваниям и наоборот.

Фридмен и Розенман предложили 2 типа людей: А и Б. Человеку с типом А (коронарному), склонных к сердечно-сосудистым патологиям, присущи: упорная борьба за достижение цели, острое ощущение нехватки времени, нетерпеливость, стремление доминировать в коллективе, работа «на износ». Им следует внимательнее относиться к своему сердцу и прислушиваться к профилактическим рекомендациям кардиологов. Люди, имеющие противоположный тип поведения (тип Б), склонных к патологии пищеварительного тракта, чередуют работу и отдых, им не свойственно состояние эмоциональной напряженности, они расслаблены, неторопливы, речь их мягче. Им присущи язвенные болезни. Правильное, регулярное питание просто необходимо в их случае.

Тип АБ – средне выраженный или промежуточный, сочетает в себе качества одного и другого, являясь «золотой серединой».

Было проведено исследование по выявлению типа А и Б у студентов вузов. Для этого исследования использовался опросник Дженкинса. Испытуемыми были студенты 1 курса факультета клинической психологии РязГМУ (21 человек), студенты экономического факультета МИЭМП (12 человек) и студенты 1 курса факультета иностранных языков РГУ (7 человек). В исследовании было выявлено, что на факультете клинической психологии РязГМУ преобладает тип А (48%), на экономическом МИЭМПа АБ (46%), а на факультете иностранных языков РГУ тип АБ(72%).

Следовательно, учащиеся на клинической психологии больше остальных студентов могут быть склонны сердечно-сосудистой патологии. Им необходимо прислушиваться к кардиологам, не курить, не употреблять жирного и заниматься спортом, желательно упражнениями на выносливость.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ: ЗА И ПРОТИВ

**Довженко Е.Г., 1 курс, факультет клинической психологии
Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики
Научный руководитель: преп. Моторина И.В.**

В связи с бурным развитием науки и техники данная тема актуальна в наше время. По мнению ученых, создание искусственного интеллекта – это дело времени.

Термин «интеллект» происходит от латинского *intellectus*, что означает ум, рассудок, разум. Появление «думающих» вычислительных машин связано с использованием нейронных сетей, копирующих принципы работы человеческого мозга (И.М. Макаров, Ю.И. Топчеев «Робототехника – история и перспективы»). Нейросети могут опознавать изображения, понимать человеческую речь, принимать наилучшие решения, самообучаться и выдерживать большие повреждения. Отключение секции сети не приводит к ее отказу, так как другие секции берут на себя ее функции и сеть полно-

стью восстанавливает утраченные данные и способность к работе.

Современные нейронные сети создаются из электрических и оптических базовых элементов, образующих параллельную нейроподобную структурную систему. В искусственных нейросетях базовый нейрон хранит основную информацию, а синапсы выполняют роль переключателей в линиях связи. Многие специалисты по вычислительной технике сравнивают мозг с параллельным компьютером, в которых одновременно происходит множество взаимодействий, с огромным числом внутренних связей при высокой степени защищенности от сбоев.

Процессы моделирования работы мозга осваивались постепенно. Самыми первыми интеллектуальными задачами, которые решались при помощи ЭВМ, были логические игры (шашки, шахматы), доказательство теорем. В настоящее время искусственный интеллект используется в бытовом производстве, например, созданы нейропылесосы, которые самостоятельно регулируют силу всасывания в зависимости от заполнения мешка; стиральные машины, выбирающие температуру воды, продолжительность стирки. Искусственный интеллект применяется и в военной сфере.

Безусловно, появление такого рода разработок, является закономерным этапом нашей технократической цивилизации. Однако возникают другие вопросы: «Может ли робот представлять опасность для человечества? Возможно ли, что наши жизни будут зависеть от них?»

Главная трудность в создании искусственного интеллекта связана с тем, что недостаточно изучены и поняты принципы человеческой интеллектуальной деятельности. Работы в области искусственного интеллекта, должны тесно соприкасаться с исследованиями по соответствующим разделам психологии, физиологии, лингвистики.

Создание искусственного интеллекта, с этической стороны, – вызывает множество противоречивых мнений, но самое главное, чтобы человек осознавал ту ответственность за использование своих изобретений, которую он несет перед окружающим миром.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СНОВИДЕНИЙ

**Асатурян А.Р., 1 курс, факультет клинической психологии
Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики
Научный руководитель: преп. Моторина И.В.**

Научное понимание сновидения, несмотря на тысячелетние попытки, ушло вперед не намного. Еще Аристотелю были знакомы некоторые из характерных черт жизни сновидений. Он знал, что сновидение превращает мелкие раздражения, наступающие во время сна, в крупные.

Различная оценка сновидений определяла и задачу их «толкования».

В настоящее время проблема сновидений считается одной из самых актуальных, однако вследствие сложности ее изучения, каждому новому ис-

следователю приходится по новому «открывать» загадки данного явления.

Фрейд полагал, что научный интерес к проблеме сновидения сводится к отдельным вопросам. По поводу отношения сновидения к бодрствованию Гильдербрант считал, что сновидение есть нечто строго отделенное от действительности, пережитой в бодрственном состоянии.

И что бы ни представляло собою сновидение, оно берет свой материал из действительности и из душевной жизни, разыгрывающейся на фоне этой действительности. Некоторые авторы обратили внимание на то, что впечатления, интенсивно владеющие бодрственным мышлением, лишь в том случае производятся в сновидении, когда мышление дня до некоторой степени успело отодвинуть их на задний план.

В сновидении особенностью памяти является выбор воспроизводимого материала: сновидения используют самое безразличное и ничтожное. Исследование побудительных причин сновидения занимает наиболее видное место в научных трудах З.Фрейда. Источники сновидений можно разбить на группы, которые используются и для классификации самих сновидений.

Внешнее (объективное) чувственное раздражение. Мы не можем совершенно устранить или уничтожить возбудимость наших органов чувств. То, что нас во всякое время может разбудить более или менее сильное раздражение, доказывает то, «что душа и во сне остается в непрерывной связи с внешним миром». Чувственные раздражения, действующие на нас во время сна, могут чрезвычайно легко стать источниками сновидений (в глаза может проникнуть более сильный свет, слизистая оболочка нашего носа может возбудиться каким-либо запахом).

Внутреннее (субъективное) чувственное раздражение. Главным аргументом в пользу сновызывающей силы субъективных чувственных раздражений служат так называемые гипнагогические галлюцинации, то есть зрительные и слуховые галлюцинации.

Внутреннее (органическое) физическое раздражение. Все наши внутренние органы, в здоровом состоянии не дающие о себе знать, в состоянии раздражения и во время болезни становятся источниками, в большинстве случаев, крайне неприятных ощущений, которые должны быть поставлены наравне с возбудителями болевых ощущений, получаемых из вне.

Уже Аристотель считал, что в сновидении человек предупреждается о начинающейся болезни, которую не замечает в бодрственном состоянии.

Чисто психические источники раздражения. Вундт утверждал, что большинство представлений в сновидениях являются в действительности иллюзиями: они исходят от слабых чувственных впечатлений, никогда не угасающих во сне.

Все эти теории дают только начальные знания о сновидениях. Чтобы глубже изучить это явление, нужны новые методы, новые научные исследования и, прежде всего, специалисты, которые используют знания смежных наук и смогут применить их в дальнейших разработках этого увлека-

тельного вопроса.

ДЕТАЛИЗАЦИЯ ПОНЯТИЙ В АНГЛИЙСКОЙ И РУССКОЙ КУЛЬТУРАХ

Сорокина Ю.В., 4 курс, филологический факультет

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель: доц. Репин Б.И.

Взаимосвязь языков и культур, необходимость их соизучения не вызывает сомнения. Однако существенные особенности языка и тем более культуры вскрываются при сопоставлении, при сравнительном изучении языков и тем более культур. В рамках собственной культуры создается прочная иллюзия своего видения мира, образа жизни, менталитета как единственно возможного и, главное, единственно приемлемого. Подавляющее большинство людей не осознает себя в качестве продукта своей культуры. Только выйдя за рамки своей культуры, столкнувшись с иным мировоззрением, мироощущением, можно понять специфику своего общественного сознания, можно «увидеть» различие или конфликт культур.

Этот конфликт проявляется на разных уровнях. Наиболее явно он проявляется в лексике, так как именно эта часть языка имеет через лексическое значение прямой и непосредственный выход в реальный мир, во внеязыковую реальность. Узнав новое иностранное слово, эквивалент родного, следует быть очень осторожным с его употреблением: за словом стоит понятие, за понятием – предмет или явление реальности мира, а это мир иной страны, иностранный, чужой, чуждый.

В результате изучения способов лексического выражения понятий "вкусный" – "невкусный" выяснилось, что в современном английском языке понятие отрицательной оценки пищи (русское *невкусный*) почти совершенно не детализировано и лексически представлено скудно. Основным способом выражения данного понятия является сочетание *not good* [нехороший], причем употребление именно этой формы, а не более резкое в эмоционально-оценочных коннотациях монологическое выражение того же понятия *bad* [плохой], по-видимому, не случайно. Понятие положительной оценки пищи – "вкусный" – представлено в языке современной английской и американской литературы гораздо ярче, оно более детализировано, лексически разнообразнее. Наряду с очень употребительным словом *good* [хороший], для выражения понятие «вкусный» используются словосочетания со словами *delicious* [вкусный], *nice* [милый], *excellent* [отличный], *perfect* [совершенный], *fine* [прекрасный], *splendid* [превосходный], *appetizing* [аппетитный], *beautiful* [великолепный], *savoury* [пикантный]. Понятие положительной оценки пищи выражено лексически разнообразнее и богаче,

чем антонимичное по значению понятие.

Выяснилось, что выражение оценки пищи характерно главным образом для зажиточных людей, для представителей средних и высших слоев общества, склонных в данном вопросе к «переоценке» (overstatement). Представители низших слоев общества гораздо реже выражают свое отношение к еде и склонны к ее «недооценке» (understatement). Оба этих явления легко объяснимы: для представителей более зажиточных слоев общества прием пищи – не просто естественная функция, необходимая для поддержания жизни, а еще и определенный социокультурный ритуал, важное явление общественной жизни, для которого качество пищи имеет существенное значение. Оценка пищи (или приема пищи) у зажиточных слоев общества отличается лексическим многообразием и богатством оттенков.

Таким образом, язык, мышление и культура взаимосвязаны настолько тесно, что практически составляют единое целое, состоящее из этих трех компонентов, ни один из которых не может функционировать (а, следовательно, и существовать) без двух других. Все вместе они соотносятся с реальным миром, противостоят ему, зависят от него, отражают и одновременно формируют его.

Итак, окружающий человека мир представлен в трех формах: реальная картина мира, культурная (или понятийная) картина мира, языковая картина мира. Реальная картина мира – это объективная внечеловеческая данность, это мир, окружающий человека. Культурная (понятийная) картина мира – это отражение реальной картины через призму понятий, сформированных на основе представлений человека, полученных с помощью органов чувств и прошедших через его сознание, как коллективное, так и индивидуальное. Культурная картина мира специфична и различается у разных народов. Языковая картина мира – это отражение реальности через культурную картину мира с помощью языка.

УСТОЙЧИВЫЕ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ КАК ОТРАЖЕНИЕ ЯЗЫКОВОЙ И КУЛЬТУРНОЙ КАРТИНЫ МИРА, ПЕРЕДАЧА ИХ ПРИ ПЕРЕВОДЕ

**Галухина Е.А., 4 курс, филологический факультет
Кафедра зарубежной и отечественной филологии
Научный руководитель: доцент Урубкова Л.М.**

Актуальность изучаемого вопроса бесспорна, так как фразеологические единицы являются одной из наиболее существенных черт разговорного языка, они не только отражают культуру и быт того или иного народа, но и помогают сделать речь наиболее выразительной и эмоциональной. Хорошее знание языка, в том числе и английского, невозможно без знания его фразеологии, которое чрезвычайно облегчает чтение как публицистической, так и художественной литературы. С помощью фразеологических выражений, которые не переводятся дословно, а воспринимаются переосмыслено, усиливается эстетический аспект языка. Известный лингвист

И.Е. Аничков в своей работе «Труды по языкознанию» писал: «С помощью идиом, как с помощью различных оттенков цветов, информационный аспект языка дополняется чувственно-интуитивным описанием нашего мира, нашей жизни». Мир фразеологии языка велик и многообразен, и каждый аспект его исследования, безусловно, заслуживает должного внимания.

Целью работы является исследование устойчивых фразеологических единиц, как отражение языковой и культурной картины мира.

Культурная роль фразеологии любого языка заключается в том, что она широко использует культурно значимые для своих носителей материальные и духовные ценности, и делает это остроумно и эффектно. Каждый народ при этом имеет свои приоритеты. Фразеология поэтому передает мироощущение своих носителей: склонности, устремления, установки и нравы, - то, чему почти невозможно обучить при преподавании чужого языка. У каждого народа существуют свои бытовые исторически и практически выделенные реалии. Например, в русском языке широко употребляется лексика, связанная с крестьянским бытом, трудом и жизнью, тогда как в английском распространены реалии, относящиеся к ремеслам, морскому, военному и банковскому делу, спорту и играм. Сравним английское выражение *to draw a blank*, которое переводится как *вытянуть пустой лотерейный билет*, и русское соответствие *несолоно хлебавши*.

При этом язык опирается на сопровождающие на протяжении всей жизни носителя языка условия, на привычные бытовые и исторические ценности, практические навыки, опыт и ассоциации. Например, русский человек с детства знает, что каша - самая распространенная еда на Руси, ее готовят и едят почти везде, она обладает характерной консистенцией и другими особенностями. Отсюда и многочисленные выражения с этим словом, которые не нужно специально объяснять русскому человеку: *каша во рту*, *сапоги каши просят*, *мало каши ел* и другие, и которые представителю другой культуры могут показаться немотивированными и потому непонятными. Именно поэтому фразеология чужого языка часто поражает необычностью, порой заставляет недоумевать, так трудно усваивается и нередко с трудом переводится. Сравним, например, английское выражение *his elevator doesn't go to the top floor* и русское соответствие *у него не все дома*. Перевод таких фразеологизмов – это чаще поиск их аналогов или описательное выражение, но в обоих случаях обычно теряется исходная образность и национальное своеобразие, поэтому перевод фразеологических единиц является одной из нерешенных проблем современного переводоведения, и именно поэтому необходимо изучать фразеологию как науку, чтобы более глубоко и полно понимать историю, характер и культуру страны изучаемого языка.

Кафедра зарубежной и отечественной филологии
Научный руководитель: преп. Ершова Д.В.

Латинский язык – один из италийских языков, язык древнего племени латинов, населявших область Лаций в средней части Италии с центром (с 8 в. до н.э.) Рим. Постепенное распространение латинского языка за пределы Рима и вытеснение других языков древней Италии начинается с 4-3 вв. до н.э. Латинизация Апеннинского п-ова в основном закончилась к 1 в. до н.э. Дальнейшие завоевания рабовладельческого Рима привели к распространению латинского языка в Северной Африке, Испании, Галлии, прирейнской Германии, в Реции, Паннонии и Дакии. В истории латинского языка античного времени различают несколько периодов:

1) Архаический (6-4 вв. до н.э.). От него сохранились посвятельная надпись из Сатрика, фрагменты древнейших законов, отрывки из сакрального гимна салиев, гимн арвальских братьев.

2) Доклассический (3-2 вв. до н.э.). Это время становления литературы латинского языка. Это комедии Плавта и Теренция.

3) Классическая, или «золотая» латынь (1 в. до н.э.). Здесь язык с богатой лексикой. Также высоко развита литература (Цицерон, Цезарь, Вергилий, Гораций, Овидий).

4) Послеклассическая, или «серебряная» латынь (1 в.). Здесь окончательно сложились фонетические и морфологические нормы литературного языка, были установлены правила орфографии.

5) Поздняя латынь (2-6 вв. н.э.). В это время возникает разрыв между письменным (литературным) и разговорным языком.

Латинское письмо – буквенное письмо, которым пользовались древние римляне и которое легло в основу письма большинства народов Западной Европы. Оно восходит к греческому алфавиту. Древнейшие латинские надписи датируются 7 в. до н.э. В них письмо имеет направление и справа налево, и слева направо, а надпись Форума сделана вертикальным бустрофедоном.

Через 3 века прочно установилось направление письма слева направо. Знаков препинания в античном письме не было. Деление на прописные и строчные буквы отсутствовало. Слова отделялись друг от друга словоразделительными знаками, стоявшими на уровне середины букв. Латинский язык принадлежит к типу языков со связанным ударением, зависящим от долготы и краткости слогов, составляющих слово. Поэтому в латинском языке нет слов, отличающихся друг от друга только ударением. Латинское ударение фонологично. Вместо него римляне ставят знаки долготы гласных. Есть 2 версии происхождения латинского языка. Одни говорят о греческом происхождении, другие об этрусском. Нынешний алфавит состоит из 21 буквы.

Латинский язык имеет большое значение для медицины. Он был впер-

вые введён Авлом Корнелием Цельсом. Постоянно обновляющаяся латино-греческая терминология медицины способствует научному общению и обмену между учёными различных стран. Все медицинские номенклатуры принимаются на латинском языке.

Заимствования слов из языка в язык происходят разными способами. Слова в латыни и в иных языках, производные от латинских корней, называются дериватами. Есть ещё один способ – калькирование – «перевод» чужого слова с помощью присущих данному языку корней, приставки, суффиксов и флексий. Латинский язык – это база для формирования интернациональной лексики.

СИНОНИМИЯ РУССКОГО И НЕМЕЦКИХ ЯЗЫКОВ
Еремина Н.С., 2 курс, филологический факультет
Кафедра зарубежной и отечественной филологии
Научный руководитель: доц. Костяков М.М.

Ещё древние греки пришли к выводу, что в синонимах заключается богатство языка: изобилие мыслей в словах и разнообразие выражений.

Синонимы – это слова, по-разному звучащие, но одинаковые или очень близкие по смыслу. Группа синонимов, состоящая из двух или более слов называется синонимическим рядом. Синонимы существуют как параллельные научные термины (орфография-правописание) или как однокорневые образования (лукавость-лукавство). По выражаемому понятию слова группируются с другими словами языка, образуя систему тем. Темы разделяются на подтемы, например тема «предметы бытового обихода» включает ряд подтем: «жилище», «посуда», «мебель».

Наиболее распространённым определением синонимов является: синонимы – это слова с единым или близким предметно-логическим содержанием. Сходство между *aufmachen* – открыть и *aufsperrren* – распахнуть.

В речевом контексте выявляются оттенки значения синонимов, соответствие или несоответствие данного синонима данной ситуации.

Большинство исследователей ограничивается указанием на то, что синонимы отличаются оттенками значения. При определении оттенков значения слова важно принимать во внимание контекст и лексическую среду, где употребляется данный лексико-семантический вариант. Например, *halten* (речь идёт о любой регулярной остановке) - *stehenbleiben* (остановка по особой причине). Семантические отличия слов в синонимическом ряду: степень возрастания (*gut* – *ausgezeichnet*), характер или тщательность выполнения (*ahfangen* – *ausbrechen*), специализация (*vorteilhaft* – *passieren*), мотивация (*spazierengehen* – *schlendern*), постоянство (*bose* – *erbst*).

Синонимы могут подразделяться на равнозначные и неравнозначные.

Одни синонимы могут употребляться с любыми частями речи, а другие нет. *Sogar* (сочетается с любой знаменательной частью речи) - *selbst* (нель-

зя сочетать с глаголом).

Синонимы в немецком литературном языке появляется либо благодаря заимствованиям, либо вследствие проникновения диалектных слов в литературный язык, либо, наконец, в результате изменения значений слов.

КОННОТАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРОДНОГО АНГЛИЙСКОГО ЮМОРА
Хованова М.В., 4 курс, филологический факультет
Кафедра зарубежной и отечественной филологии
Научный руководитель: преп. Илюшина А.В.

Целью работы является исследование коннотативных особенностей английского юмора в анекдоте. В лингвистике термин “коннотация” обозначает значение, которое сопровождает другое значение, денотацию слова, т.е. его логическое, или когнитивное, значение. Слова – минимальные само-содержательные языковые единицы, в которых значение связано с формой, а форма индифферентна значению. Лексико – семантический вариант – одно из значений слова. Слово обладает эмоциональным, экспрессивным, оценочным, стилистическим компонентами слова.

Естественно, можно сказать, что юмор опирается на все эти коннотации.

Анекдот – распространенная форма юмора, который строится на таких стилистических приёмах как *run*,

Passenger: Guard! How long will the next train be?

Guard: About six carriages, sir.

гиперболизация,

Margaret Thatcher died, and a few days later the Devil dragged her by the hair in the pearly gates. God asked him “What do you think you’re doing? I don’t want her “. “ Oh come on, do me a favor ,” replied the Devil, “ I ‘ve only had her three days and she ‘s already closed down Four furnaces!”

ирония, предварительное знание информации.

I was playing golf

The day the Germans landed,

All our troops had run away,

All our ships were stranded,

And the thought of England’s shame

Nearly put me off the game.

Для каждой самостоятельной культуры характерен свой тип юмора, свое восприятие комизма в разных ситуациях, зависящее от многих факторов, играющих большую роль в самом формировании данной культуры.

РЕАЛИИ БЫТА. ОТРАЖАЮЩИЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
 ГЕРОЕВ ДИККЕНСА И ПЕРЕДАЧА ИХ ПРИ ПЕРЕВОДЕ.

Шерстянова Т.И., 4 курс, филологический факультет
Кафедра зарубежной и отечественной филологии
Научный руководитель: доц. Урубкова Л.М.

Социальные характеристики героев находят свое выражение в речевом и неречевом поведении. Реалии быта имеют важное значение в создании образов героев, они являются частью художественных средств, помогающих раскрытию психологических особенностей персонажей художественных произведений. Исследование творчества Диккенса и его художественного своеобразия всегда будет интересовать читателей, а проблемы, которые он рассматривает в своих произведениях, не утратили остроты и на сегодняшний день. Одной из специфических задач при переводе художественной литературы является передача национального своеобразия оригинала в той мере, в какой оно связано с языком. Художественная литература отражает в образах определенную действительность, связанную с жизнью конкретного народа, язык которого и дает основу для воплощения образов. Такой основой и являются реалии действительности.

Термином «реалии» обозначаются бытовые и специфические слова и обороты, не имеющие эквивалента в быту, а, следовательно, и на языках других стран. Для передачи реалии необходимо фактическое знание действительности, изображаемой в произведении. При передаче реалий можно использовать несколько способов:

1. Транслитерацию либо транскрипцию, которая может быть полной или частичной. При полной транслитерации передается звучание иноязычного слова полностью, буквами русского языка: *repse* - пенс, *miss* - мисс. При частичной транслитерации передается звучание корня иностранного слова с присоединением к нему суффикса русского языка или окончания, свойственного русскому языку: *England* - Англия.

2. Приблизительный перевод, т.е. использование слова, обозначающего понятие, близкое к английской реалии: *Madame* - госпожа.

3. Калькирование. Этот прием заключается в передаче безэквивалентной лексики иностранного языка при помощи замены ее составных частей - морфем или слов (в случае устойчивых словосочетаний) их прямыми лексическими соответствиями в переводном языке.

4. Описательный перевод реалии: *Wow Bells* - звон колоколов Сент-Мэри-ле Боу. Этот способ передачи безэквивалентной лексики заключается в раскрытии значений лексической единицы иностранного языка при помощи развернутых словосочетаний, раскрывающих существенные признаки обозначаемого данной лексической единицей явления, то есть, по сути дела, при помощи ее дефиниции на переводном языке.

Носителями и выразителями стиля в переводах буквалистов являются по преимуществу гротескные персонажи и бытовые реальности. Это сумма внешних черт бытового и, чаще всего, судебного характера. Переводчик скрупулезно прослеживает казуистику судебной процедуры и сложную иерархию пунктуально дифференцированных судебных должностей, которые и переводятся, согласно «конвенциональным нормам и номенклатуре англ-

лийской юриспруденции», как: бенчеры, аттерни, барристеры, солиситоры, сардженты, плидеры, спешел плидеры, прокторы, скривенеры и прочие английские крючкотворы, которым доверяется защита местного колорита.

Когда переводчик для передачи превратно понятого стиля подсчитывает все слова, фразы, грамматические конструкции, формальные приемы, бытовые детали — словом, все до последней точки — и, оставаясь в рамках той же языковой интонации, того же чужого звучания, не растолковывая и не опуская ни одного слова, повторяя то же слово ровно столько раз, сколько раз оно встречается в подлиннике, точно переносит все это на кальку и даже делает макет,— тогда читатель воочию убеждается, что в сумме все это не дает по-русски живого произведения Диккенса. Между тем при художественном переводе, соблюдая всяческую точность, плодотворнее исходить все же не от изолированного словесного знака и строя чужого языка, а из речевого выражения мысли автора; не из слов и форм, изображающих предмет или описывающих действие, а из самого предмета и действия, каким его видит автор и каким его должен представить себе переводчик, от реалии, которая покажет всю суть произведения.

При переводе произведений Диккенса нужно особенно заботиться о выразительной передаче эмоциональной стороны его творчества. Почти в каждом романе Диккенса, в его "Очерках Боза", во многих его повестях и рассказах читатель находит незабываемые описания "Лондона нищих" и незабываемые сцены, участниками которых являются обитатели этих страшных лондонских трущоб. Некоторые из этих трущоб даже имели специальные наименования. В переводе надо равноценно передать то, как Диккенсом воплощены в языке социальное негодование (элементы сатиры), сочувствие угнетенным и обездоленным (его «труднейшее искусство любви к людям»), юмор, внимание к человеку (осязательные характеристики), поэтичность и лиризм, общая эмоциональная приподнятость, которая сплавляет в единое целое длинейшие периоды.

Художественный перевод должен передать смысл произведения во всех его идейных и художественных оттенках, передать реалии, передающие социальные характеристики героев, а не только случайное, часто непереводимое по своей идиоматичности словесное выражение.

АНГЛИЙСКИЙ КЛАССИЧЕСКИЙ ДЕТЕКТИВ: ЗАРОЖДЕНИЕ, СТАНОВЛЕНИЕ, ОСОБЕННОСТИ ЖАНРА НА ПРИМЕРЕ ТВОРЧЕСТВА А. КОНАН-ДОЙЛА И А. КРИСТИ

Ерёмина Л.В., 3 курс, филологический факультет

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Научный руководитель: ст. преп. Сомова М.В.

Литература давно и прочно вошла в нашу жизнь, и настолько естественно, что мы сейчас даже не задумываемся над тем, какой огромный путь развития ей пришлось пройти, чтобы предстать перед нами в современном виде. Эта работа посвящена исследованию появления такого оригинально-

го жанра, как детектив, а точнее - английский классический детектив. Также это возможность отдать дань уважения тем писателям, которые считаются классиками от детектива - Артуру Конан-Дойлу и Агате Кристи. Непосредственно работа может использоваться на практических занятиях, уроках английского языка, и будет интересна всем, кто просто интересуется данными писателями, Англией и историей детектива.

Люди издавна любили ломать голову над всяческого рода загадками. Потому детектив как жанр существовал ещё в древности. «Почему ты не приходишь выразить мне своё почтение?» - спрашивал Лев Лисицу в басне Эзопа. «Да простит меня Ваше Величество, - отвечала та, - но я обратила внимание на следы животных, что вели в Вашу пещеру. Судя по отпечаткам, в вашу сторону проследовали многие, но почему-то никто не вернулся назад. Пока все те звери, что вошли в вашу пещеру, не выйдут обратно, я лучше погуляю на свежем воздухе». Однако оформляться он начал лишь в середине XIX века с появлением пяти криминальных новелл Эдгара По.

Конан-Дойл позаимствовал некоторые приёмы и техники, использованные По, да и не скрывал этого. Однако его произведения полны искромётного юмора, неожиданны, лаконичны. Живой диалог героев позволяет читателю как бы оказаться в центре повествования. Агата Кристи же привлекает другим. Это не столько и не только тайна и интрига, но и исключительно точно, хотя и суховато переданный фон, то есть сама жизнь англичан в начале XX века. Её романы - это и немножко сказка, и гимнастика ума, и портрет эпохи - во всяком случае, один из возможных портретов.

Детективам свойственна одна общая и уникальная особенность - они достаточно быстро и прочно забываются. Однако, если в вашей памяти остаётся ощущение атмосферы, чего-то трудноуловимого и не вполне объяснимого, значит, это - настоящая большая литература. И она стоит того, чтобы её читать.

РОМАНСКАЯ ГРУППА ЯЗЫКОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ
Быреева Н.А., 2 курс, филологический факультет
Кафедра зарубежной и отечественной филологии
Научный руководитель: преп. Королева Н.Е.

Романская группа языков, входящая в индоевропейскую семью, объединяет около 20 языков, на которых в общей сложности говорит около 900 млн. человек (в т.ч. 780 млн. считают какой-либо романский язык родным). Более чем в 60 странах романские языки используются в качестве национальных или официальных. К романским языкам относятся: французский, итальянский, испанский, каталанский, румынский, молдавский, провансальский, португальский, ретороманский и сардинский.

Большинство романских языков последовательно прошли через две стадии развития: 1) язык народности и 2) язык нации.

Образование национального языка и развитие литературного языка связано с выработкой норм употребления слов и форм. Развитие литературных и национальных языков протекало в романских странах своеобразно. Это своеобразие связано с фактами истории каждой страны.

Единство происхождения романских языков проявляется в наличии у них общих элементов, этимологически восходящих к соответствующим латинским (хотя в целом романские языки представляют принципиально новый по сравнению с латинским тип языковой структуры). Сходство романских языков можно проиллюстрировать следующими примерами: счет от одного до десяти, типы спряжений, общеупотребительная лексика.

Романские языки, представляющие одну из наиболее многочисленных групп родственных языков, дают богатый материал для наблюдений и обобщений. Романская филология во всем мире имеет богатые традиции, дающие возможность рассматривать ее как целостностную научную дисциплину.

МЕТАФОРИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

Елистратова Н.В., Долгова Е.А., 1 курс, лечебный факультет

Кафедра латинского языка и русского языка

Научный руководитель: к. филол.н. Ельцова Л.Ф.

Большое количество медицинских терминов образовано путем метафоризации общелитературной лексики. Суть этого способа терминотворчества в наполнении лексической единицы новым содержанием. Перенос наименования общеязыкового объекта или явления в профессиональную сферу осуществляется на основе общности или сходства признаков двух объектов. Терминологизированное слово переосмысливается, переносность его со временем утрачивается, и оно утверждается в терминологии.

Метафора - как универсальное средство языка присутствует в разных разделах медицинской терминологии, в каждом из них обнаруживаются разные ее виды, как эксплицитная, так и имплицитная. Эксплицитная метафора построена на сравнении и характерна для анатомической терминологии, в тех случаях, когда возникает необходимость описать сложные по форме анатомические образования. Метафора имплицитная характерна для терминологии клинических дисциплин (хотя и там можно встретить примеры эксплицитной метафоры для описания признаков, состояний, симптомов и т. п.).

Сравнение может быть:

- с отдельными предметами, например: пирамидные пути, связки перстнещитовидного сустава, ушная раковина, маскообразное лицо, онибуляция (от лат. *pubus* облако), восковая гибкость, эхолалия и т. п.;

- с растительным миром (дендрологическая метафора), например: нерв-

ные корешки, листья мозжечка, древо жизни мозжечка, нервные стволы, и т.п.;

- с животным миром (зоологическая метафора), например: рога спинного мозга, лицо птичье, лицо рыбье, походка аиста, кисть «обезьянья», конский хвост, «осиная» талия и т.п.;

- с человеком (антропоморфная метафора), например: атлетическое телосложение (от греч. *athletes* борец), пуэрилизм (от лат. *puer* ребенок), нарциссизм (от имени греческого мимического героя), походка косаря и т.п.

Таким образом, метафора является одним из основных способов семантического терминообразования в медицинской терминологии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАТИНСКОЙ И РУССКОЙ АФОРИСТИКИ
Мещерякова Е.Н., 1 курс, филологический факультет
Кафедра латинского языка и русского языка
Научный руководитель: преп. Глубокая Е.Е.

Выяснение степени и конкретного характера связи между языком и мышлением составляет одну из центральных проблем теоретического языкознания и философии языка с самого начала их развития. В решении этой проблемы обнаруживаются глубокие расхождения - от прямого отождествления языка и мышления (Ф.Э.Д.Шлейермахер, И.Г.Гаман) или их чрезмерного сближения с преувеличением роли языка (В. фон Гумбольдт, Л.Леви-Брюль) до отрицания непосредственной связи между ними (Ф.Э. Бенеке) или, чаще игнорирования мышления в методике лингвистического исследования. В целом же по мере исторического развития мышления во всех его видах постепенно усиливается его воздействие на язык, главным образом в расширении значений слов, в количественном росте лексического и фразеологического состава языка.

Были взяты латинские афоризмы и проведен их анализ в соответствии с переводом, чтобы проследить в какой-то мере связь языка и мышления. Исследуемые афоризмы были разделены на три группы: тождественные, без вариантов как в латинском, так и в русском языке; тождественные, но русский язык предлагает другие варианты для выражения содержания сентенции; тождественные, но латинский язык предлагает другие варианты.

В процентном отношении более многочисленной оказалась первая группа - 41%. Довольно многочисленна и вторая группа - 34%. Латинский язык также проявляет многообразие национального мышления. Эта группа составила - 25%.

В. Гумбольдтом и А.А. Потебней была заявлена проблема: "Язык и картина мира", как важнейшая сторона изучения языка, его антропологической роли.

Несмотря на то, что большинство латинских афоризмов вошли в русский язык без каких-либо вариантов, тем не менее, можно сделать вывод,

что национальное мышление оказывает влияние на формирование и развитие языка. Например: *Acu rem tetigisti.*- Попал иглой. В русском языке смысл содержания данной сентенции может быть выражен при помощи следующих вариантов: попал в точку; попал в десятку; попал в яблочко; попал точно в цель.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СУДА ПРИСЯЖНЫХ В РОССИИ

Макарова М.А., 3 курс, юридический факультет

Кафедра уголовно-правовых дисциплин

Научный руководитель: доц. Сулейманов Т.А.

В России институт присяжных был впервые введен в ходе судебной реформы 1864 года, которая коренным образом изменила судебную систему.

Суд присяжных рассматривался как центральный институт судебных уставов 1864 года. Функция присяжных заседателей состояла в решении вопроса о виновности или невиновности подсудимого на основании установленных в суде доказательств. Решение выносилось в виде вердикта, то есть ответа на вопрос о виновности, сформулированного судом в итоге судебного следствия и прений сторон.

Судебная реформа 1864 г. изменила судопроизводство, был введен самый демократический вид суда - суд присяжных, который позволил заметно уменьшить обвинительный уклон в уголовном преследовании.

В 1917 году суд присяжных был упразднен, а с октября 1922 года упоминание о нем было полностью исключено из законодательства России.

Дискуссии о необходимости возрождения суда присяжных в современной России велись давно и в юридической литературе, и в средствах массовой информации. Граждане России получили конституционное право на суд присяжных 1 ноября 1991 года - с момента внесения изменений в часть 1 статьи 166 Конституции РСФСР 1978 года. В России создана оригинальная национальная модель суда присяжных на базе дореволюционной российской модели, но с учетом опыта тех стран, где успешно действует современный суд присяжных (США, Великобритания, Франция, Австрия).

В суде присяжных успешно реализуются такие принципы уголовного судопроизводства, как состязательность, равноправие сторон в процессе, презумпция невиновности, признание недопустимыми доказательств, полученных с нарушением закона, истолкование всех неустранимых сомнений в пользу подсудимого.

УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УМЫШЛЕННОГО ПРИЧИНЕНИЯ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ

Бондаренко И.Ю., 3 курс, юридический факультет

Кафедра уголовно-правовых дисциплин

Научный руководитель: доц. Сулейманов Т.А.

Распространенность умышленного причинения тяжкого вреда здоровью

в среднем соответствует 34,1 на 100 тыс. человек населения. Судебно-медицинское определение тяжести вреда здоровью производят в соответствии с УК РФ, с УПК РФ и Правилами судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью (1996).

Объективная сторона этого преступления, содержащаяся в статье 111 УК РФ, выражается в деянии, причинившем тяжкий вред здоровью, опасный для жизни человека, или повлекший за собой потерю зрения, речи, слуха или какого-либо органа либо утрату органом его функций, прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией, или выразившийся в неизгладимом обезображении лица, или вызвавший значительную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на 1/3 или заведомо для виновного полную утрату профессиональной трудоспособности.

Признаком тяжкого вреда здоровью является опасный для жизни вред здоровью, а при отсутствии этого признака – последствия причинения вреда здоровью. Опасными для жизни повреждениями являются повреждения, которые по своему характеру создают угрозу для жизни потерпевшего и могут привести к его смерти.

Опасными для жизни повреждения являются: повреждения, которые по своему характеру создают угрозу для жизни потерпевшего и могут привести к его смерти; повреждения, вызвавшие развитие угрожающего жизни состояния, возникновение которого не имеет случайного характера.

Субъективная сторона преступления характеризуется виной в форме умысла, прямого или косвенного. Субъект преступления, предусмотренного УК РФ, ст. 111 – лицо, достигшее возраста 14 лет.

В ч. 2 ст. 111 УК – квалифицированный состав преступления, Ч. 3 – особо квалифицированный состав преступления, ч. 4 ст. 111 УК – предусматривает причинение тяжкого вреда потерпевшему, повлекшего по неосторожности его смерть. Среди основных прав человека, которые согласно ст.17 Конституции неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения, одним из которых является право на жизнь. Это подтверждают положения и Всеобщей Декларации прав человека 1948 г., и Международного пакта о гражданских и политических правах, в ст. 3 дается развернутое определение права на жизнь.

Указанные законы требуют от государства и правоохранительных органов огромных усилий и решительной борьбы с преступлениями, а в особенности с умышленными убийствами и умышленным причинением тяжкого вреда здоровью. Однако эта задача труднорешаема в условиях стихийного рынка, ослабленного механизма действия закона и правовых актов.

ПОНЯТИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Зайцева И.А., 3 курс, юридический факультет

Кафедра уголовно-правовых дисциплин

Научный руководитель: доц. Сулейманов Т.А.

Человек постоянно ищет способы облегчить страдания путем применения различных одурманивающих веществ. Все многообразие видов наркомании существует издавна. Наркотики на Руси известны еще с дохристианских времен: мхи, ягоды, грибы. С приходом церкви следили за употреблением различных наркотических веществ природного происхождения. Но все изменилось со времен Петра 1, который во многом подражал Европе, и с этого времени перестали следить строго, как это было раньше.

Наркотическими средствами признаются определенные вещества растительного или синтетического происхождения, лекарственные препараты, оказывающие специфическое воздействие на центральную нервную систему и включены в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, утвержденный Правительством РФ.

Этот перечень содержится в двух списках. Список 1 включает наркотические средства, оборот которых в РФ запрещен в соответствии с законодательством и ее международными договорами. Среди них гашиш, героин, каннабис (марихуана), кокаиновый куст, морфин, опий и др. (всего 153 наименования). Список 2 включает наркотические средства, сбор которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля. Среди них амфетамин, кодеин, кокаин, морфин и прочие (всего 45 наименований).

Под психотропными веществами понимают природные или синтетические вещества, оказывающие стимулирующее или депрессивное воздействие на центральную нервную систему человека, включенные в соответствующие списки международных конвенций.

Аналоги наркотических средств и психотропных веществ – запрещенные для обращения вещества природного или синтетического происхождения, не включенные в Перечень, химическая структура и свойства которых подобны химической структуре и свойствам наркотических средств и психотропных веществ.

Прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ – любой химический реагент, участвующий в любой стадии производства наркотика любым способом (ацетон, эфедрин).

К преступлениям, связанным с незаконным оборотом наркотиков отнесены преступления, предусмотренные ст. 228 - 233 УК РФ. Действия связанные с незаконным оборотом наркотических средств или психотропных веществ, а также наркосодержащих растений или частей, при незаконном перемещении их через таможенную границу РФ, подлежат дополнительной квалификации по ст. 188 - УК РФ - контрабанда.

Наркомания - глобальная угроза здоровью населения страны и национальной безопасности. Еще не одно государство вне зависимости от уровня его развития не победило в войне с наркоманией.

Что касается России, то наша страна сегодня находится в уникальном положении: она принадлежит к тому небольшому количеству государств, которые являются одновременно и потребителями, и производителями, и зонами транзита наркотических средств.

ПРАВОВОЙ СТАТУС МЕЖДУНАРОДНОГО КОМИТЕТА
КРАСНОГО КРЕСТА И ЕГО ЭМБЛЕМЫ

**Белюсова В.В., 4 курс, юридический факультет
Кафедра государственно-правовых дисциплин
Научный руководитель: к.пед.н. Соколова Е.А.**

В 1859 году швейцарский филантроп Анри Дюнан стал свидетелем знаменитой битвы при Сольферино в Италии, в ходе которой французская армия разгромила австрийскую, оставив на поле боя более 40 000 убитых и раненых. Увиденное настолько поразило А. Дюнана, что он предложил заключить международную конвенцию о защите пострадавших во время войны и основать организацию, которая была бы готова помогать таким жертвам. Идея А. Дюнана была поддержана правительством Швейцарии, и осенью 1863 года была организована конференция представителей 36 стран, посвященная проблемам помощи раненым на поле боя.

В 1864 году была принята первая Женевская конвенция о защите раненых, которую подписали 16 государств. В ней Красный Крест объявлялся знаком, защищающим от враждебных действий (впервые мысль о необходимости принятия единой эмблемы для санитаров и врачей высказал французский врач Люсьен Боден, бывший свидетелем боев Крымской войны 1853–1856 гг., во время которых воюющие стороны открывали огонь по врачам и санитарам, пытавшимся вынести раненых с поля боя).

По мысли создателей эмблемы Красный Крест являлся флагом Швейцарии, цвета которого поменяли местами. Однако в 1878 году Османская империя объявила, что, уважая Красный Крест противника, будет использовать Красный Полумесяц, чтобы не оскорблять чувства солдат–мусульман. Знак Красного Полумесяца получил международное признание только в 1929 году, когда Международный Комитет Красного Креста и Лига Обществ Красного Креста приняли решение о расширении числа официальных символов защиты. Эмблемы, аналогичные официальным, использовались во многих странах: Красная Свастика в Индии (с 1977 г.), Красный Крест и Красный Полумесяц (в СССР с 1923 года), Красный Щит Давида в Палестине (с 1931 года), Красная Арка и Красная Мечеть в Афганистане (с 1935 года) и др. Это привело к тому, что Красный Крест из нейтральной эмблемы превратился в знак, идентифицирующий воюющую сторону.

В 2000 году Международный Комитет Красного Креста объявил конкурс на новый символ, в котором победил знак Красного Кристалла, что получило отражение в принятом в декабре 2005 года III Дополнительном протоколе к Женевским конвенциям с тем условием, что новый знак будет

применяться только наряду со старыми основными и национальными дополнительными символами.

По мнению многих ученых-международников, такое решение не является долгожданным компромиссом, например, в некоторых мусульманских государствах принятие Красного Кристалла рассматривается как уступка Израилю. Детальную регламентацию правовой статус новой эмблемы получит на намеченной на 2006 год Международной конференции Красного Креста и Красного Полумесяца.

ЮРИДИЧЕСКАЯ СИЛА РЕШЕНИЙ КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Макарова М.А., 3 курс, юридический ф-т
Кафедра государственно-правовых дисциплин
Научный руководитель: доц. Христофорова Е.И.**

Конституционный Суд Российской Федерации – один из высших федеральных органов судебной власти, основная функция которого состоит в осуществлении конституционного контроля в целях защиты основ конституционного строя, основных прав и свобод человека и гражданина, обеспечения верховенства и прямого действия предписаний Конституции на всей территории Российской Федерации.

Решение Конституционного Суда РФ окончательно, не подлежит обжалованию и вступает в силу немедленно после его провозглашения.

Юридическая сила постановления Конституционного Суда РФ о признании акта неконституционным не может быть преодолена повторным принятием этого же акта. Акты или их отдельные положения, признанные неконституционными, утрачивают силу. Решения судов и иных органов, основанные на актах, признанных неконституционными, не подлежат исполнению и должны быть пересмотрены в установленных федеральным законом случаях.

Решение Конституционного Суда подлежит исполнению немедленно после опубликования либо вручения его официального текста, если иные сроки специально в нем не оговорены. Конституцией РФ не предусмотрена возможность пересмотра Конституционным Судом РФ принимаемых им решений и образования для этого какого бы то ни было органа. При рассмотрении дел в любой из установленных Федеральным конституционным законом «О Конституционном Суде Российской Федерации» процедур ему принадлежит исключительное право официального, а потому обязательного для всех правоприменителей, толкования конституционных норм.

Наличие в решениях Конституционного Суда правовых позиций является одним из элементов их юридической силы. Правовые позиции Конституционного Суда – результат интерпретации Конституционным Судом духа и буквы Конституции РФ и истолкования им конституционного смысла положений отраслевых законов и других нормативных актов в пределах

компетенции Конституционного Суда, которые лежат в основе аргументации, обоснования итогового правового решения Суда. Изложение правовых позиций Конституционного Суда в его решениях придает им официальный характер.

Решения Конституционного Суда с содержащимися в них правовыми позициями обеспечивают соблюдение конституционной законности и содействуют развитию и совершенствованию права, основных его отраслей на базе последовательной реализации основополагающих принципов и норм Конституции РФ.

СТРАХОВАНИЕ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Ивашенцев Л.В., 5 курс, юридический факультет

Кафедра гражданско-правовых дисциплин

Научный руководитель: к.юрид.н. Королев И.И.

Суть страхования ответственности состоит в том, что страховщик принимает на себя обязательство возместить ущерб, причинённый страхователем третьему лицу или группе лиц. Иногда нанесённый ущерб может составлять значительную сумму и в случае отсутствия надлежащего страхования привести к ухудшению материального положения человека. С другой стороны, страхование гражданской ответственности улучшает шансы потерпевшего, так как при наличии страхования у лица, нанёсшего ущерб, потерпевший получит достаточно быстро возмещение от страховой компании.

Страхование гражданско-правовой ответственности – это один из видов страховых обязательств, в котором страховщик обязуется возместить страхователю суммы по искам, предъявленным в соответствии с законом, в пределах юридической ответственности страхователя. Иными словами, страхование гражданской ответственности представляет собой одну из форм защиты имущества конкретного субъекта, если он лично причинил кому-либо вред своими действиями.

Тема страхования гражданско-правовой ответственности, несомненно, является очень актуальной на сегодняшний момент. Это связано со вступлением в силу ряда законов, устанавливающих обязательное страхование ответственности некоторых категорий работников. Необходимо отметить, что этот перечень продолжает расширяться. Введение обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств возродило массовый интерес к автомобильному страхованию.

Общие принципы страхования гражданско-правовой ответственности закреплены в Федеральном законе «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и в Гражданском кодексе Российской Федерации. Отдельные виды страхования ответственности регулируются такими нормативно-правовыми актами, как Федеральные законы «Об адвокатской

деятельности и адвокатуры в Российской Федерации», «О нотариате», «О промышленной безопасности опасных производственных объектов», «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств», а также Воздушным кодексом и др.

В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации страхование ответственности относится к имущественному страхованию; в Федеральном законе «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и в Условиях лицензирования страховой деятельности, оно выделено в самостоятельную отрасль.

В Условиях лицензирования страховой деятельности, утвержденных приказом Росстрахнадзора от 19 мая 1994 г., определены следующие подотрасли страхования ответственности: страхование гражданской ответственности владельцев автотранспортных средств; страхование гражданской ответственности перевозчика; страхование гражданской ответственности предприятий – источников повышенной опасности; страхование профессиональной ответственности; страхование ответственности за неисполнение обязательств; страхование иных видов гражданской ответственности.

В нашей стране существует множество видов страхования ответственности. Однако наибольший интерес представляют страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств, страхование ответственности предприятий и индивидуальных предпринимателей, а также страхование профессиональной ответственности некоторых категорий работников.

СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Кубарева Я.Н., 5 курс, юридический факультет

Кафедра гражданско-правовых дисциплин

Научный руководитель: к.юрид.н. Королев И.И.

Согласно Уставу Всемирной Организации Здравоохранения здоровье - это только отсутствие болезней и физических дефектов. Обладание высшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического и социального положения.

Практические шаги по переводу нашей медицины на функционирование по принципу обязательного медицинского страхования начались с 1 января 1993 года. Основная масса граждан России получила свои полисы в 1995 году, а повсеместно систему обязательного медицинского страхования ввели только в 1996 году.

Организация систем здравоохранения в мире характеризуется значительным разнообразием и национальной спецификой. Вместе с тем все известные способы формирования национальных систем охраны здоровья населения с точки зрения их организационно-экономических основ могут

быть сведены к трем основным вариантам или их сочетаниям:

1. Государственная (бюджетная) система здравоохранения;
2. Частное здравоохранение (система, основанная на добровольном (частном) медицинском страховании или непосредственной оплате медицинской помощи);
3. Система здравоохранения, основанная на социальном (обязательном) медицинском страховании.

Обязательное медицинское страхование имеет определенные организационные и финансовые отличия от других отраслей социального страхования. В рамках ОМС не производятся никакие денежные выплаты населению. Финансовые средства используются только на оплату медицинских услуг, предоставляемых гражданам бесплатно, и направляются в систему лечебно-профилактических учреждений, имеющих государственную лицензию и аккредитацию.

В организации ОМС принимают участие коммерческие компании - страховые медицинские организации, которым по действующему Закону Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» отведена роль непосредственного страховщика. В данном случае нарушается другое законодательное положение, закрепленное в статье 6 Федерального закона «Об основах обязательного страхования», где указывается, что страховщиками в системе государственного социального страхования могут только выступать некоммерческие организации. В финансировании ОМС задействованы средства бюджетов субъектов Российской Федерации, так как органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации выступают страхователями неработающего населения и обязаны уплачивать страховые взносы в территориальные фонды ОМС.

Система обязательного медицинского страхования является сложной и динамичной подсистемой общественных отношений. Зарождающаяся российская страховая медицина является наименее изученным в правовом отношении материалом, требующим дополнительных исследований.

О Г Л А В Л Е Н И Е

РАЗДЕЛ I. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....3

Архипова М.А., Беликова А.А. ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛИЦ С НОРМАЛЬНЫМ ИЛИ ПОГРАНИЧНО-ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА.....	3
Лукеш Патил. ПРИНЦИПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ В АЮР-ВЕДА.....	4
Веркина Е.Н. ИСТОРИИ ОТКРЫТИЯ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ...5	5
Кашинская Е.В. НЛА – ГЕНОТИПИРОВАНИЕ КАК ОСНОВА ФАРМАКОТЕРАПИИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ДИАГНОСТИКИ.....	6
Василенко Е.Г., Кузьманин С.А. РОЛЬ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА И НЕКОТОРЫЕ ЭФФЕКТЫ АЛЬФА-ТОКОФЕРОЛА АЦЕТАТА.....	7
Белоус С.О. ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА А НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ И СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	8
Лизунова Г.Н. ОЦЕНКА БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ КАПТОПРИЛА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	9
Карев А.В., Бирюкова А.С., Дмитриев А.А. ВЛИЯНИЕ ЛОВАСТАТИНА НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА КРЫС.....	10
Хлевтова М.В. РАЗРАБОТКА ХРОМАТОГРАФИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ВИТАМИНА А В ПЛАЗМЕ И ТКАНЯХ.....	11
Щулькин А.В. ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА И ТРИМЕТАЗИДИНА НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПЕРТИРЕОЗЕ.....	13
Камшилина Е.Ю., Борискин С.А., Дымнич Д.И. БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НЕОПЛАЗИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	14
Кудряшова Н.В., Лебедева О.С., Марков О.В., Пшенников Д.С. ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА НА УСПЕШНОСТЬ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВ У СТУДЕНТОВ.....	15
Корчевая Е.В. ОСОБЕННОСТИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН..	16
Лапина Е.С. ПРОБЛЕМА ПАТОГЕНЕЗА АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА.....	17
Илларионова Т.Н., Сафонова Т.В. ВЛИЯНИЕ ФИТОАДАПТОГЕНА БИОЖЕНЬШЕНЯ НА РАЗВИТИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОДИНАМИИ.....	18
Лисянский Ю.В. ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА К ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ.....	19

Матвеева И.А. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ.....	20
Эттаки Карим. К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СТРОЕНИЯ ЗУБОВ.....	21
Шишкин А.А. ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА.....	22
Гостева А.С., Баренина О.И. ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ.....	23
Лазутин А.О., Успенский И.И. РАК ФАТЕРОВА СОСКА.....	24
Мазурина К.Г., Цыганкова И.А. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	26
Зацаринный В.В. ДОСТУПЫ К БРЮШНОМУ ОТДЕЛУ АОРТЫ И ВИСЦЕРАЛЬНЫМ АРТЕРИЯМ.....	27
Каниткар Рахул. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ КОРНЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА И ГАССЕРОВА УЗЛА.....	28
Сачар Саурабх. РАЗВИТИЕ ХОЛЕЛИТИАЗА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ.....	29
Вазе Викрант. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ АОРТЫ.....	30
Алпеев Ю.М. МОНИТОРИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОДНЫХ ОБЪЕКТОВ МЕТОДОМ БИОИНДИКАЦИИ.....	31
Щулькин А.В. КАРИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛЕТОК ПУРКИНЬЕ МОЗЖЕЧКА БЕЛЫХ КРЫС В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОБЩЕГО ОДНОКРАТНОГО ГАММА-ОБЛУЧЕНИЯ.....	33
Кучеренко Т.С. ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОД КЛЕПИКОВСКОГО РАЙОНА.....	34
Маркова А.С. РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ МИКРОМОРФОМЕТРИИ И ИХ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	35
Бондаренко О.А., Гусева К.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕД, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБИОТИКАМ.....	36
Лахлу Мими Юссеф, Куам Домса Вилфред. ЖИЗНЬ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ А. ФЛЕМИНГА.....	37
Воробей М.С., Камшилина Е.Ю., Шубкина А.А. РОЛЬ ЛЕПТОТРИХИЙ В ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА.....	38
Выродова В.И. СОВРЕМЕННЫЕ МЕСТНЫЕ И СИСТЕМНЫЕ ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ.....	39
Окорочкова Ю.В., Черентаева О.И., Чибизова Н.В. ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ В ОТНОШЕНИИ МИКРООРГАНИЗМОВ РОДА STARNYLOCOSCUS.....	40

Воробьев М.Д. ПРОБЛЕМА СТАНДАРТИЗАЦИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ.....	41
Старикова В.В. РАЗРАБОТКА И ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВОВ МАЗЕВЫХ ФОРМ СУЛЬФАДИМЕЗИНА.....	42
Борисова Т.В. ПРОГРАММА «ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА».....	43
Баренина О.И. СОДЕРЖАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЭКЗОТИЧЕСКИХ ФРУКТАХ.....	44
Бармина М.Е., Шубкина А.А. КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ АНТОЦИАНОВ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ КЛЮКВЫ.....	45
Герасимов А.А. ВЛИЯНИЕ ЗАМОРАЖИВАНИЯ И СРОКОВ ХРАНЕНИЯ ПЛОДОВ НА СОДЕРЖАНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ.....	46
Гостева А.С. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕЙКОАНТОЦИАНОВ В ПЛОДАХ И ЯГОДАХ РАСТЕНИЙ.....	47
Кулигин М.В. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АНТОЦИАНОВ И ЛЕЙКОАНТОЦИАНОВ В ПЛОДАХ ПОСЛЕ ЗАМОРАЖИВАНИЯ.....	48
Наумова Т.А. ПОЛИСАХАРИДЫ ПЛОДОВ КЛЮКВЫ.....	49
Салах Мохаммед Уассим. ДУШИСТЫЕ ВЕЩЕСТВА.....	50
Аквеч Самюэль. КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛИФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИХ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ.....	51
Экотто Ги. МЕЖДУНАРОДНЫЕ НЕПАТЕНТОВАННЫЕ НАЗВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОВ: ИХ ЗНАЧЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ.....	52
Нгуен Фан Хонг Ань. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В КАЧЕСТВЕ АНАЛИТИЧЕСКИХ РЕАГЕНТОВ.....	52
Желнеева Т.А. ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТРАВЛЕНИЙ ПСИЛОЦИБИНСОДЕРЖАЩИМИ ГРИБАМИ.....	53
Вознеснская М.М., Сударикова И.В. ИЗУЧЕНИЕ АДСОРБЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ НЕКОТОРЫХ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПОЛИСАХАРИДОВ.....	54
Шишкин Е.Г. МЕТОДЫ АНАЛИЗА НЕКОТОРЫХ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ АЛКАЛОИДОВ КАТАРАНТУСА РОЗОВОГО.....	55
Филиппова В.И. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ МАРКЕТИНГ: ВОПРОСЫ УСТОЙЧИВОГО СБЫТА МЕДИКАМЕНТОВ.....	57
Биби Мохамед. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АПТЕКИ ПО ОТПУСКУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....	58
Мизенко С.С. ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОГНОЗОВ АПТЕЧНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	58
Старикова В.В., Белоус С.О. МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАС-	

ТЕНИЯ СМОЛЁВОЧКИ МЕЛКОЦВЕТКОВОЙ.....	59
РАЗДЕЛ II. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....	61
Соколов П.В. БОЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОАКТИВНОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	61
Зубрильчев И.В., Кузьменко Л.В. ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.....	61
Соколов П.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНЫХ ШВОВ.....	63
Зубрильчев И.В. ВНУТРЕННЯЯ УЩЕМЛЁННАЯ ГРЫЖА ЖИВОТА.....	64
Кузьменко Л.В. СИНХРОННЫЙ РАК.....	65
Пронин Н.А. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕРНИОПЛАСТИК ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ.....	66
Савельев К.А. РЕДКАЯ ФОРМА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ЖИВОТА.....	67
Кузьманин С.А. ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	68
Мжаванадзе Н.Д. ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ.....	69
Соломатина М.В. СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО УВЕИТА У БОЛЬНОГО С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ.....	70
Черезова В.В. СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ГЛУБОКИХ СЛОЁВ РОГОВИЦЫ (КОЛЮЧКИ КАКТУСА).....	71
Сутормина Е.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРГАНОСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ СОСУДИСТОГО ТРАКТА ГЛАЗА.....	72
Коростелева Е.В. АНАЛИЗ ТРАМВ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ ЗА 2004-2005 гг.....	73
Гладышева М.В. ПОРАЖЕНИЕ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА.....	75
Гришкова Л.С. ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ.....	75
Никитин М.С. ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	76
Никитин М.С. О РОЛИ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> В РАЗВИТИИ РАКА ЖЕЛУДКА.....	77
Карпов Д.В. ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ.....	78
Свиридов И.Г. ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ РЕЗЕРПИНА НА ПРОЦЕССЫ МАММОГЕНЕЗА.....	79
Мжаванадзе Н.Д. ПАТАНАТОМИЯ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ.....	80
Ивонин Е.С., Фокина О.В. К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ПРОЦЕССЫ МАММОГЕНЕЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	81
Суворова И.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ТОНКОЙ КИШКИ.....	83
Кашеева О.Н. СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОТЯЖЕН-	

НОЙ СТРИКТУРЫ ТРАХЕИ.....	84
Гришков А.Е. ПАНКРЕОНЕКРОЗ С ОБШИРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЗАБРЮШИНОГО ПРОСТРАНСТВА.....	85
Гришков А.Е. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА...86	
Муравьев С.Ю. СОЧЕТАНИЕ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЖЕЛУДКА С ГИПЕРНЕФРОИДНЫМ РАКОМ ПОЧКИ.....	87
Муравьев С.Ю., Савельев К.А. ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ.....	88
Зуева Н.А. СЛУЧАЙ ПОЗДНЕГО ГЛУБОКОГО НАГНОЕНИЯ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	90
Симаков Р.Ю. СЕМНАДЦАТИЛЕТНЯЯ РЕМИССИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	91
Увачёва А.Н., Кибкало Е.С. АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ТАРАННОЙ КОСТИ ЗА 2001-2005 гг.....	92
Кудашова О.В. ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА...93	
Баранов С.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРОМБЭНДАРТЕРАКТОМИЙ В АОРТОПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ.....	94
Пшенников А.С. СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ ДИСТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ БИФУРКАЦИОННОГО АОРТО-БЕДРЕННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ.....	95
Беликова А.А. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОГОУЗЛОВОГО ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА.....	97
Миранда Алвин Акас, Шава Джейн. СОСТОЯНИЕ ХОЛЕДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ БИЛИАРНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ УЗИ-МОНИТОРИНГА.....	98
Забелина Ю.Ю. ПОРТРЕТ «ОТКАЗНОГО» РЕБЕНКА И ЕГО СЕМЬИ.....	100
Харламова Н.М. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ, ПОЛУЧАВШИХ АДАПТИРОВАННУЮ МОЛОЧНУЮ СМЕСЬ НУТРИЛОН.....	101
Лукьянова Е.И. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	102
Саполетова Е.А. ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ У ДЕТЕЙ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ.....	103
Саполетова Е.А. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ В ₁₂ - И ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	104
Строева Ю.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА КОРТЕКСИН В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЦНС У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ.....	105

Тишкина И.Е. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА.....	106
Тишкина И.Е. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И НАРУШЕНИЯ РИТМА.....	107
Лошакова О.Д., Панфилов Ю.А. НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНЕГО РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА.....	107
Загородний С.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ОПЕРАЦИИ ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.....	109
Лошакова О.Д., Панфилов Ю.А. ОБЩИЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫЙ КАНАЛ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	110
Жучков М.В. ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	111
Дембицкая С.А., Ларина Е.Г. К ВОПРОСУ О ТРУДНОСТЯХ И ОШИБКАХ ДИАГНОСТИКИ В ₁₂ -ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.....	112
Панина Ю.П. ГАСТРОПАТИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	112
Жучков М.В. АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СРЕДНЕЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	113
Половинкина И.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АБДОМИНАЛЬНЫХ РОДОРАЗРЕШЕНИЙ СРЕДИ РОДИЛЬНИЦ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ № 2 г.РЯЗАНИ В 2001 И 2005 гг.	114
Ёлохова Е.В. ГИГАНТСКАЯ МИОМА МАТКИ С БЛОКАДОЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ.....	115
Кравцов В.Н. БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	116
Анташова М.А. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.....	117
Гуменная А.Н. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ИСХОД ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА.....	119
Матыкин Н.И. К ВОПРОСУ О ВЕДЕНИИ И РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ.....	120
Ёлохова Е.В. ЭНДОМЕТРИОИДНЫЙ РАК ЯИЧНИКА.....	122
Симакова Е.С. ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ЭКЛАМПСИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	123

Анташова М.А. ДЛИТЕЛЬНЫЙ БЕЗВОДНЫЙ ПЕРИОД КАК ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.....	124
Полякова А.А. РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ.....	125
Епишина Т.А. СЛУЧАЙ АСЕПТИЧЕСКОГО ТРОМБОЗА МОЗГОВЫХ СИНУСОВ...	126
Епишина Т.А. АНАЛИЗ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ.....	127
Котляров С.Н. ИЗМЕНЕНИЕ РИГИДНОСТИ СКЛЕРЫ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	128
Кашеева М.А., Дмитриева А.А. МАММОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	130
Ерохина М.А. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ТИМОМ.....	130
Корнеева И.Г. МРТ-ДИАГНОСТИКА ИНСУЛЬТОВ СТВОЛОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ...131	
Свиридов И.Г. К ВОПРОСУ ФЕНОМЕНОЛОГИИ СОЗАВИСИМОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ.....	132
Подольян О.Н. ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА.....	133
Юрчикова Е.Е., Теплякова Н.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	135
Федотова М.А. РЕГУЛЯЦИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ.....	137
Харитоновна Е.А. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА.....	138
Харитоновна Е.А. СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАНДИДОЗА.....	139
Зайкова Ю.Н. СЛУЧАЙ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ У РЕБЕНКА....	140
Баранова М.О. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИФИЛИСА У ПОДРОСТКА...141	
Баранова М.О. ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО МИКО - И УРЕАПЛАЗМОЗА...142	
Казенина О.В. КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЛЕПТОСПИРОЗОМ, ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ И ТУЛЯРЕМИЕЙ.....	143
Шутова Е.А., Батрова Е.А. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БОТУЛИЗМА.....	144
Репина Э.А., Бирюкова М.Н. ИЗМЕНЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ ПОСЛЕ НЕДЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ.....	145

Гализина О.А. РОЛЬ СТОМАТОЛОГА-ПЕДИАТРА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЯ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ.....	146
Макиенко М.А. СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	147
Гармаш М.В. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНОГО С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	148
Сухоцкая Г.С. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ КУРЕНИЯ.....	149
Рамдани Абделькрим. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА.....	150
Татаркина И.И. ИНТРАЛИГАМЕНТАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ.....	152
Романов С.А. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЯМИ ЗУБОВ.....	153
Татаркина И.И. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИПЛОИДНЫХ КЛЕТОК ЧЕЛОВЕКА.....	154
Романов С.А. ЛЕЧЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ КЛЫКОВ ПО ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ.....	155
Пешкова М.Н. СИСТЕМА КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ И ФРЕЗЕРОВАНИЯ, КАК НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ И ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	156
Сухоцкая Г.С., Гармаш М.В. СОВРЕМЕННЫЕ ШТИФТОВЫЕ КОНСТРУКЦИИ...	158
Горячева Н.С. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АРТИКУЛЯТОРОВ.....	159
Копытова О.А., Труханова Е.В., Соломеева А.Ю. КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАМКОВЫХ КРЕПЛЕНИЙ.....	160
Горячева Н.С. СОВРЕМЕННЫЕ КЛАММЕРНЫЕ СИСТЕМЫ КРЕПЛЕНИЯ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ.....	161
Вандышева Г.В. К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	163

РАЗДЕЛ III. МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....164

Филатов Р.А., Рязанова Я.П. ВОПРОСЫ МИКРОБИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ТРУДАХ В.Д.ТИМАКОВА	164
Вострикова С.Б. Д.С.САМОЙЛОВИЧ – ОСНОВОПОЛОЖНИК РУССКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ.....	165
Юров Ю.А. А.А.КИСЕЛЬ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПЕДИАТР.....	166
Дербина Е.А. И.М.СЕЧЕНОВ – ОСНОВОПОЛОЖНИК ФИЗИОЛОГИИ И НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ В РОССИИ.....	166

Сегина Е.Ю. ИЗУЧЕНИЕ И.П.ПАВЛОВЫМ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	167
Герасимов А.А. НАУЧНАЯ И ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Н.И.ПИРОГОВА.....	168
Мурышкина А.А. ПЕРВЫЕ ЖЕНЩИНЫ-ВРАЧИ И МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ В РОССИИ.....	169
Попов А.А. ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ.....	171
Семенов Г.О. ПРОБЛЕМА ГЕТЕРОГЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ.....	172
Киселева И.А., Леонова О.А. Б.Л.ШУРА-БУРА – ИЗВЕСТНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГ РОССИИ.....	172
Поздьева И.И. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНОВ РОССИИ.....	173
Никитин А.С. Ф.Г.КРОТКОВ – ВЕДУЩИЙ УЧЕНЫЙ-ГИГИЕНИСТ (К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ).....	174
Парамонова В.А., Карасева Н.В., Чеботарева Е.А. ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ МУП «УПРАВЛЕНИЕ РЯЗАНСКОГО ТРОЛЛЕЙБУСА».....	175
Лобачева Л.Е. ПЕРЕРАБОТКА ОТХОДОВ НА ЗАО «РУССКАЯ КОЖА».....	176
Долматович Е.Г. ПРИМЕНЕНИЕ ОСАДКА СТОЧНЫХ ВОД РЯЗАНСКОГО КОЖЕВЕННОГО ЗАВОДА В КАЧЕСТВЕ УДОБРЕНИЯ.....	177
Юскина Д.Р. ВЛИЯНИЕ ПОЛНОСИСТЕМНОГО РЫБОВОДНОГО ХОЗЯЙСТВА «ПАРА» НА СОСТОЯНИЕ ВОДОТОКА.....	178
Семенова Л.А. ЭКОЛОГО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОЕКТА РЕКУЛЬТИВАЦИИ НАРУШЕННЫХ ЗЕМЕЛЬ ПО ТРАССЕ МАГИСТРАЛЬНОГО НЕФТЕПРОДУКТОПРОВОДА «КИРИШИ - ПРИМОРСК».....	179
Орлов А.В. ИРРИТАНТЫ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ.....	180
Бурова А.В. О ПРОБЛЕМАХ ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПОВЕДЕНИЮ И СПОСОБАМ ЗАЩИТЫ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ВЗРЫВНОГО УСТРОЙСТВА.....	181
Гульева Ю.А. ПРИМЕНЕНИЕ ОРУЖИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	182
Сычѳв М.А. ПИЩЕВАЯ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПРОДУКЦИИ КОМПАНИИ «МАКДОНАЛДС».....	183
Сычѳв М.А. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ г. ЛИПЕЦКА.....	184

РАЗДЕЛ IV. ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ.....186

Правкина Е.А. ПРОГРАММНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ИНТЕРПОЛЯЦИОННЫХ ПОЛИНОМОВ СТИРЛИНГА ДЛЯ ЗАДАЧ ФАРМАЦИИ.....	186
Смазнова А.В. РЕШЕНИЕ ЗАДАЧ МНОГОМЕРНОЙ РЕГРЕССИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ MS EXCEL XP.....	187
Миронов А.В. ИГРЫ БЕЗ ГРАНИЦ.....	188
Андрюшин А.А. ПРОГРАММА ДЛЯ РЕШЕНИЯ СИСТЕМ ЛИНЕЙНЫХ УРАВНЕНИЙ МЕТОДОМ ГАУССА С ВЫБОРОМ ГЛАВНОГО ЭЛЕМЕНТА.....	189
Ангеловский И.М., Белова А.В. ПОВЫШЕНИЕ ОПЕРАТИВНОСТИ МНОГОМЕРНОГО ПРОГНОЗА В ЗАДАЧАХ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ.....	190
Черницына В.А. ПРЕДМЕТ, МЕТОД И ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ СТАТИСТИКИ..	191
Зарубина И.Е. КАЧЕСТВО ТОВАРА КАК ФАКТОР КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ФИРМЫ.....	192
Грызунова Т.Е. ОРГАНИЗАЦИЯ МАРКЕТИНГОВОЙ СЛУЖБЫ НА ПРЕДПРИЯТИИ.....	193
Лапина А.В. МОТИВАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	194
Семянко А.Г. МЕРЧЕНДАЙЗИНГ.....	195
Сатдарова Т.А. РОЛЬ МАРКЕТИНГА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ.....	196

РАЗДЕЛ V. ГУМАНИТАРНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ..198

Коняева Ю.В. «ЖИЛИ-БЫЛИ СЛАВЯНЕ» (К ИСТОРИИ НОРМАННСКОЙ ТЕОРИИ).....	198
Дивия Рани, Прагия Рани. ФИЛОСОФИЯ ДРЕВНЕИНДИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ – АЮРВЕДА.....	199
Прем Шанкар Гупта. ПРОБЛЕМА СТРЕССА В СОВРЕМЕННОЙ ФИЛОСОФИИ....	200
Леднева А.И. РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА.....	201
Попова С.В. МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В СОВРЕМЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ.....	201
Пецкович Е.Н., Бастрькина Н.А. ОБРЯДЫ И ТРАДИЦИИ РЯЗАНСКОГО КРАЯ.....	203
Соколова Д.А. ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ.....	204

Кобозев Д.Р. ЛЕВ ТОЛСТОЙ: КОНЦЕПЦИЯ ЖИЗНЕПОНИМАНИЯ.....	205
Никитина И.В., Ефименко И.А. ЯЗЫЧЕСКИЕ НАЧАЛА В РУССКО-НАРОДНОМ КОСТЮМЕ.....	206
Теркина А.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО В ВОЗНИКНОВЕНИИ БОЛЕЗНИ.....	207
Довженко Е.Г. ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ: ЗА И ПРОТИВ.....	208
Асатурян А.Р. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СНОВИДЕНИЙ.....	209
Сорокина Ю.В. СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТАЛИЗАЦИЯ ПОНЯТИЙ В АНГЛИЙСКОЙ И РУССКОЙ КУЛЬТУРАХ.....	211
Галухина Е.А. УСТОЙЧИВЫЕ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ КАК ОТРАЖЕНИЕ ЯЗЫКОВОЙ И КУЛЬТУРНОЙ КАРТИНЫ МИРА, ПЕРЕДАЧА ИХ ПРИ ПЕРЕВОДЕ.....	212
Строилова Е.В. ВОЗНИКНОВЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЛАТИНИЦЫ.....	213
Еремина Н.С. СИНОНИМИЯ РУССКОГО И НЕМЕЦКИХ ЯЗЫКОВ.....	215
Хованова М.В. КОННОТАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРОДНОГО АНГЛИЙСКОГО ЮМОРА.....	216
Шерстянова Т.И. РЕАЛИИ БЫТА. ОТРАЖАЮЩИЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕРОЕВ ДИККЕНСА И ПЕРЕДАЧА ИХ ПРИ ПЕРЕВОДЕ.....	216
Ерёмина Л.В. АНГЛИЙСКИЙ КЛАССИЧЕСКИЙ ДЕТЕКТИВ: ЗАРОЖДЕНИЕ, СТАНОВЛЕНИЕ, ОСОБЕННОСТИ ЖАНРА НА ПРИМЕРЕ ТВОРЧЕСТВА А.КОНАН-ДОЙЛА И А.КРИСТИ.....	218
Быреева Н.А. РОМАНСКАЯ ГРУППА ЯЗЫКОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.....	219
Елистратова Н.В., Долгова Е.А. МЕТАФОРИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ.....	220
Мещерякова Е.Н. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАТИНСКОЙ И РУССКОЙ АФОРИСТИКИ.....	221
Макарова М.А. СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СУДА ПРИСЯЖНЫХ В РОССИИ.....	222
Бондаренко И.Ю. УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УМЫШЛЕННОГО ПРИЧИНЕНИЯ ТЯЖКОГО ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ.....	222
Зайцева И.А. ПОНЯТИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ.....	223
Белоусова В.В. ПРАВОВОЙ СТАТУС МЕЖДУНАРОДНОГО КОМИТЕТА КРАСНОГО КРЕСТА И ЕГО ЭМБЛЕМЫ.....	225
Макарова М.А. ЮРИДИЧЕСКАЯ СИЛА РЕШЕНИЙ КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	226
Ивашенцев Л.В. СТРАХОВАНИЕ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.....	227
Кубарева Я.Н. СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В ЗДРАВОО-	

ОХРАНЕНИИ.....	228
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ.....	241

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

Аквеч Самюэль	51	Гостева А.С.	23, 47
Алпеев Ю.М.	31	Гришков А.Е.	85, 86
Ангеловский И.М.	190	Гришковская Л.С.	75
Андрюшин А.А.	189	Грызунова Т.Е.	193
Анташова М.А.	117, 124	Гульева Ю.А.	182
Архипова М.А.	3	Гуменная А.Н.	119
Асатурян А.Р.	209	Гусева К.А.	36
Баранов С.В.	94	Дембицкая С.А.	112
Баранова М.О.	141, 142	Дербина Е.А.	166
Баренина О.И.	23, 44	Дмитриев А.А.	10
Бармина М.Е.	45	Дмитриева А.А.	130
Бастрыкина Н.А.	203	Довженко Е.Г.	208
Батрова Е.А.	144	Долгова Е.А.	220
Беликова А.А.	3, 97	Долматович Е.Г.	177
Белова А.В.	190	Дымнич Д.И.	14
Белоус С.О.	8, 59	Елистратова Н.В.	220
Белоусова В.В.	225	Епишина Т.А.	126, 127
Биби Мохаммед	58	Еремина Л.В.	218
Бирюкова А.С.	10	Еремина Н.С.	215
Бирюкова М.Н.	145	Ерохина М.А.	130
Бондаренко И.Ю.	222	Ефименко И.А.	206
Бондаренко О.А.	36	Ёлохова Е.В.	115, 122
Борискин С.А.	14	Желнеева Т.А.	53
Борисова Т.В.	43	Жучков М.В.	111, 113
Быреева Н.А.	219	Забелина Ю.Ю.	100
Бурова А.В.	181	Загородний С.С.	109
Вазе Викрант	30	Зайкова Ю.Н.	140
Вандышева Г.В.	163	Зайцева И.А.	223
Василенко Е.Г.	7	Зарубина И.Е.	192
Веркина Е.Н.	5	Зацаринный В.В.	27
Вознеснская М.М.	54	Зубрильчев И.В.	61, 64
Воробей М.С.	38	Зуева Н.А.	90
Воробьев М.Д.	41	Ивашенцев Л.В.	227
Вострикова С.Б.	165	Ивонин Е.С.	81
Выродова В.И.	39	Илларионова Т.Н.	18
Гализина О.А.	146	Казенина О.В.	143
Галухина Е.А.	212	Камшилина Е.Ю.	14, 38
Гармаш М.В.	148, 158	Каниткар Рахул	28
Герасимов А.А.	46, 168	Карасева Н.В.	175
Гладышева М.В.	75	Карев А.В.	10
Горячева Н.С.	159, 161	Карпов Д.В.	78

Кашинская Е.В.	6	Мжаванадзе Н.Д.	69, 80
Кашеева М.А.	130	Мизенко С.С.	58
Кашеева О.Н.	84	Миранда Алвин Акас	98
Кибкало Е.С.	92	Миронов А.В.	188
Киселева И.А.	172	Муравьев С.Ю.	87, 88
Кобозев Д.Р.	205	Мурьшкина А.А.	169
Коняева Ю.В.	198	Наумова Т.А.	49
Копытова О.А.	160	Нгуен Фан Хонг Ань	52
Корнеева И.Г.	131	Никитин А.С.	174
Коростелева Е.В.	73	Никитин М.С.	76, 77
Корчевая Е.В.	16	Никитина И.В.	206
Котляров С.Н.	128	Окорочкова Ю.В.	40
Кравцов В.Н.	116	Орлов А.В.	180
Куам Домса Вилфред	37	Панина Ю.П.	112
Кубарева Я.Н.	228	Панфилов Ю.А.	107, 110
Кудашова О.В.	93	Парамонова В.А.	175
Кудряшова Н.В.	15	Пецкович Е.Н.	203
Кузьманин С.А.	7, 63	Пешкова М.Н.	156
Кузьменко Л.В.	61, 65	Подолян О.Н.	123
Кулигин М.В.	48	Поздяева И.И.	173
Кучеренко Т.С.	34	Половинкина И.А.	114
Лазутин А.О.	24	Полякова А.А.	125
Лапина А.В.	194	Попов А.А.	171
Лапина Е.С.	17	Попова С.В.	201
Ларина Е.Г.	112	Правкина Е.А.	186
Лаклу Мими Юссеф	37	Прем Шанкар Гупта	200
Лебедева О.С.	15	Пронин Н.А.	66
Леднева А.И.	201	Пшенников А.С.	95
Леонова О.А.	172	Пшенников Д.С.	15
Лизунова Г.Н.	9	Рамдани Абделькрим	150
Лисянский Ю.В.	19	Рани Дивия	199
Лобачева Л.Е.	176	Рани Прагия	199
Лошакова О.Д.	107, 110	Репина Э.А.	145
Лукеш Патил	4	Романов С.А.	153, 155
Лукьянова Е.И.	102	Рязанова Я.П.	164
Мазурина К.Г.	26	Савельев К.А.	67, 88
Макарова М.А.	222, 226	Салах Мохаммед Уассим	50
Макиенко М.А.	147	Саполетова Е.А.	103, 104
Марков О.В.	15	Сатдарова Т.А.	196
Маркова А.С.	35	Сафонова Т.В.	18
Матвеева И.А.	20	Сачар Саурабх	29
Матыкин Н.И.	120	Свиридов И.Г.	79, 132
Мещерякова Е.Н.	221	Сегина Е.Ю.	167

Семенов Г.О.	172	Федотова М.А.	137
Семенова Л.А.	179	Филатов Р.А.	164
Семянко А.Г.	195	Филиппова В.И.	57
Симаков Р.Ю.	91	Фокина О.В.	81
Симакова Е.С.	123	Харитоновна Е.А.	138, 139
Смазнова А.В.	187	Харламова Н.М.	101
Соколов П.В.	61, 63	Хлевтова М.В.	11
Соколова Д.А.	204	Хованова М.В.	216
Соломатина М.В.	70	Цыганкова И.А.	26
Соломеева А.Ю.	160	Чеботарева Е.А.	175
Сорокина Ю.В.	211	Черезова В.В.	71
Старикова В.В.	42, 59	Черентаева О.И.	40
Строева Ю.В.	105	Черницына В.А.	191
Строилова Е.В.	213	Чибизова Н.В.	40
Сычѳв М.А.	183, 184	Шава Джейн	98
Суворова И.В.	83	Шерстянова Т.И.	216
Сударикова И.В.	54	Шишкин А.А.	22
Сутормина Е.В.	72	Шишкин Е.Г.	55
Сухоцкая Г.С.	149, 158	Шубкина А.А.	38, 45
Татаркина И.И.	152, 154	Шутова Е.А.	144
Теплякова Н.И.	135	Щулькин А.В.	13, 33
Теркина А.А.	207	Экотто Ги	52
Тишкина И.Е.	106, 107	Эттаки Карим	21
Труханова Е.В.	160	Юров Ю.А.	166
Увачѳва А.Н.	92	Юрчикова Е.Е.	135
Успенский И.И.	24	Юскина Д.Р.	178