



**МАТЕРИАЛЫ
ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
УНИВЕРСИТЕТА**



Рязань, 2009

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

**МАТЕРИАЛЫ
ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
УНИВЕРСИТЕТА**

Рязань, 2009

УДК 61(071)+61:378

Материалы ежегодной научной конференции университета / Общая ред. проф. М.М.Лапкина. – Рязань: РязГМУ, 2009. – 324 с.

ISBN 5-8423-0062-1

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

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

Технический редактор А.В.Куприкова

ISBN 5-8423-0062-1

© ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, 2009

ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ МЕТАБОЛИЗМА В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Е.А. Рязанова

ДОМЕННАЯ СТРУКТУРА И СВОЙСТВА КАЛЬПАСТАТИНА

Кафедра биологической химии с курсом клинической
лабораторной диагностики ФПДО

Кальпастатин – единственный известный белковый ингибитор, специфичный для μ - и m -кальпаинов, который не влияет на активность других протестированных протеаз из разных классов (папаин, катепсины В и Д, бромелаин, трипсин, химотрипсин, пепсин, плазмин и некоторые др.).

Наличие эндогенного ингибитора кальпаинов было впервые установлено в исследованиях по выделению m -кальпаина из мышц, позднее было предложено название «кальпастатин».

Полагают, что кальпастатин присутствует в тканях только позвоночных, локализуется внутриклеточно.

Кальпастатин является термостабильным при 100°C белком, устойчивым к действию денатурирующих агентов (мочевина, SDS, трихлоруксусная кислота) и изменению pH в широком диапазоне, но обладает высокой чувствительностью к протеолитической деградации.

Первоначально при выделении кальпастатин описывали как белок с молекулярной массой от 34 до 280-300 кДа, что было обусловлено как методическими приемами, так и особенностями молекулы кальпастатина.

Более поздние исследования показали, что благодаря участию различных промоторов и альтернативному сплайсингу единый ген кальпастатина человека, свиньи и быка продуцирует изоформы с молекулярными массами от 17,5 кДа, 46,35 кДа до 84 кДа.

Однако следует отметить, что изоформы кальпастатина мигрируют при SDS-ПААГ-электрофорезе с полосой белков большей молекулярной массы, чем их молекулярная масса, определенная по аминокислотной последовательности.

Идентифицировано, по крайней мере, восемь различных изоформ кальпастатина (типа I, II, III – прототипичный, IV и др.). В некоторых тканях присутствуют несколько различных изоформ

кальпастатина, другие ткани содержат кальпастатин только одного типа. Кальпастатин имеет уникальную аминокислотную последовательность.

Молекула кальпастатина многих тканей нескольких видов (с молекулярной массой 84 кДа) состоит из 6 доменов, которые обозначаются как домены XL, L, I, II, III, IV.

Домен XL является NH₂-концевым, содержит 68 аминокислотных остатков и три сайта, которые фосфорилируются протеинкиназой А. Комбинация экзонов, кодирующих аминокислотную последовательность домена XL, может варьировать.

При отсутствии домена XL (прототипичный кальпастатин с молекулярной массой 77-78 кДа) домен L представляет собой NH₂-концевой домен, размер которого изменяется в результате альтернативного сплайсинга.

Домены I, II, III и IV являются повторяющимися и в определенной степени гомологичными доменами (примерно по 140 аминокислотных остатков каждый), содержат субдомены А, В, С. Субдомен В у ряда видов имеет высоко консервативную последовательность из 12 аминокислот.

Обнаружены изоформы кальпастатина, не содержащие домены L и (или) XL, а также домен I и другие домены. Кальпастатин из эритроцитов человека, свиньи, кролика состоит из доменов II, III, IV и является полипептидом с молекулярной массой 46 кДа. В сперме и яйцках человека идентифицирована специфическая изоформа кальпастатина с молекулярной массой 17,5 кДа, которая отличается доменной организацией и содержит фрагмент домена II, полные домены III и IV и специфический домен T в NH₂-концевой части.

Предполагают, что домен T определяет цитозольную локализацию этого типа кальпастатина и его ассоциацию с мембраной.

В специальных экспериментах показано, что каждый из доменов I, II, III и IV кальпастатина может ингибировать протеолитическую активность μ - и m -кальпаинов. Домен L не обладает ингибиторной активностью.

Для проявления ингибиторных свойств кальпастатина обязательно необходимо наличие в доменах I, II, III и IV субдомена В, консервативная аминокислотная последовательность которого не встречается в структуре ни одного другого известного ингибито-

ра протеаз. Изолированный субдомен В не обладает ингибиторной активностью, любые изменения в его аминокислотной последовательности сопровождаются исчезновением способности ингибировать кальпаины.

Некоторые исследователи сообщают о различной эффективности ингибирования μ - и m -кальпаинов индивидуальными доменами кальпастина, которая в ряду домен I, домен IV, домен III, домен II уменьшается, однако полученных результатов пока недостаточно для утверждения о значительном различии ингибирующей способности доменов кальпастина по отношению к μ - и m -кальпаинам.

Комплексное изучение шести различных изоформ кальпастина (домены XL-IV, домены L-IV, домены I-IV, домены II-IV, домены III-IV, домен IV) в отношении μ -, m -кальпаинов и их автолизированных форм показало их разную ингибиторную активность (домен III-IV – наименее эффективный ингибитор, домен IV – наиболее эффективный), но не выявило значительных различий, которые могли бы объяснить функциональную причину существования изоформ кальпастина.

В.И.Свирина

ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА

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

В настоящее время в качестве одного из методов лабораторной диагностики широкое применение получил метод иммуноферментного анализа (ИФА). Отличительной чертой данного метода является то, что в качестве индикаторной молекулы, позволяющей следить за образованием иммунного комплекса (ИК), используется молекула фермента.

В связи с тем, что фермент обладает уникальным свойством модифицировать не одну (как в обычных химических реакциях), а несколько молекул субстрата (обладает «усиливающим» свойством), чувствительность ИФА в большинстве случаев очень высокая.

Различают два принципиально различных типа ИФА – гомо-

генный и гетерогенный (твердофазный). Гомогенный ИФА (ГИФА) является наиболее простым в методическом отношении. При его проведении один из участков иммунной реакции метится ферментом.

В ходе реакции формируется комплекс антиген-антитело (АГ-АТ), образование которого можно оценить по изменению активности фермента. ГИФА имеет ряд существенных преимуществ перед другими методами, основанными на реакциях АГ-АТ.

Во-первых, он обладает высокой экспрессией – время анализа составляет минуты или даже доли минут.

Во-вторых, анализ проводится в одну стадию, не требует трудоемких и увеличивающих время проведения анализа этапов промывки.

В-третьих, в анализе используются небольшие объемы и количество исследуемого образца (5-50 мкл). В то же время данный метод имеет существенный недостаток – на его основе можно создавать диагностические тест-системы только для низкомолекулярных АГ.

Гетерогенный (твердофазный) ИФА (ТФИФА или ELISA-тест) характеризуется тем, что в процессе проведения анализа один из участников реакции АГ-АТ иммобилизуется на твердом носителе. В своей физико-химической основе ТФИФА сходен с твердофазным радиоиммунным анализом (РИА). В обоих методах используется твердая матрица, на которой адсорбируется ИК. Отличаются эти методы только индикаторными молекулами. В ТФИФА это фермент, а в РИА - радиоактивные изотопы.

Широкое применение для обнаружения в исследуемом материале бактериальных и вирусных агентов получил так называемый сэндвич-метод, при использовании которого на твердую подложку сорбируются последовательно первичные АТ, выявляемый АГ и вторичные АТ. Ферментная метка вводится в состав вторичных АТ или вторичные немеченые АТ "проявляются" антивидовыми мечеными ферментом Ig. В последнем случае (модифицированный сэндвич-метод) нет необходимости синтезировать специфические для каждого конкретного АГ меченые ферментом АТ, что значительно удешевляет стоимость анализа.

В последние годы разработаны методики ТФИФА с использованием в качестве «проявляющего» конъюгата молекулярные

комплексы ферментов с белком А золотистого стафилококка. Этот белок активно взаимодействует с тяжелой цепью (Fc-фрагментом) Ig. Но белок А неспецифичен, взаимодействует с Fc-фрагментами любых АГ, не только со вторичными АГ, но и с первичными Ig. Поэтому положительная реакция может быть даже если проба не содержит искомого АГ. Данную проблему можно решить, если в качестве первичных АГ использовать Ig, с которыми слабо взаимодействует белок А, применять неполные молекулы Ig, лишённые Fc-фрагментов, или проводить прямую абсорбцию АГ на твердофазовый носитель.

Иммуноферментные методики, применяемые для диагностики заболеваний бактериальной и вирусной природы, отличаются многими параметрами, например, типом и формой адсорбента, на котором иммобилизуется ИК. В качестве твердофазного носителя используются различные полимеры, из которых в настоящее время наиболее часто применяют полистирол и поливинилхлорид. Эти адсорбенты производятся в виде многолуночных плашек, палочек, шариков.

Существенным преимуществом полистироловых плашек является возможность автоматизации практически всех операций анализа, включая трудоемкие этапы промывки лунок и внесения в них одинаковых реактивов, что значительно снижает процент аналитических ошибок и сокращает время, затрачиваемое на проведение анализа. Из недостатков использования полистироловых плашек следует отметить высокие требования к чистоте полимерного материала, точности изготовления плашек. Кроме того, их использование нерентабельно для проведения одиночных анализов.

Большое внимание при постановке ТФИФА уделяется правильному выбору фермент-субстратной системы, которые должны отвечать определенным требованиям. Во-первых, оставаться стабильной в процессе анализа и хранения. Во-вторых, анализируемые образцы не должны содержать используемые в диагностике ферменты или субстраты. Специфичность диагностической системы не зависит от выбора фермент-субстратной пары, а определяется чистотой и гомогенностью используемых в диагностике АГ и АТ. Специфичность значительно повышается, если использовать аффинноочищенные или моноклональные АТ (Ig), а

не цельные сыворотки или суммарные гаммоглобулиновые фракции.

Достоинством метода ИФА является использование субмикроскопического количества исследуемого материала. Метод ТФИ-ФА является высокочувствительным, позволяет выявить в исследуемом образце нанограммовые (при использовании хромоформных субстратов) или пикограммовые количества АГ (при применении флюорохромных субстратов).

В.И.Свирина

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 2-3-х ЛЕТ

Кафедра биологической химии с курсом клинической лабораторной диагностики ФПДО

По данным статистики в последние годы отмечается рост детской заболеваемости. Кроме того, статистически чаще стала встречаться врожденная патология, которая не всегда проявляется клинически и может протекать стерто. Одним из методов, широко применяемых для диагностики различных заболеваний, является общий анализ крови (ОАК), включающий определение гемоглобина, подсчет числа эритроцитов, лейкоцитов с дифференцированием лейкоцитарной формулы, определение СОЭ. В настоящее время большинство детских поликлиник г. Рязани снабжены гематологическими счетчиками, которые позволяют более точно оценить количество клеток, быстро проанализировать большое количество проб крови, сводят к минимуму технические ошибки.

Целью настоящего исследования являлась оценка гематологических показателей у детей 2-3-х лет по результатам, полученным с помощью гематологического анализатора МЕК-6400.

Нами проведено исследование общего анализа крови с последующей оценкой показателей у 82-х детей (42 человека в возрасте 2-х лет и 40 человек в возрасте 3-х лет). Данные дети проходили комплексное обследование перед оформлением в детские дошкольные учреждения и, таким образом, при прохождении анализа не имели острой патологии.

Исследование крови проводилось на автоматизированном гематологическом анализаторе МЕК-6400 J/K (Nihon Kohden, Япо-

ния), который позволяет определять 18 параметров. Нами были выбраны и оценивались наиболее информативные показатели.

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

Нами оценивались основные гематологические показатели (гемоглобин, число эритроцитов, лейкоцитов, процент нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, СОЭ).

При необходимости проводили расчет цветового показателя. В каждой группе рассчитывалось среднее значение для показателя, которое сравнивалось с референтными значениями. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные гематологические показатели у детей 2-3-х лет

| Возраст | Кол-во человек | Показатели крови (M±m) | | | | | | |
|-----------|----------------|------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------|
| | | Нб г/л | эр. x10 ¹² /л | лейк. x10 ⁹ /л | нейтр. % | лимф. % | моноц. % | СОЭ мм/ час |
| 2 года | n=42 | 127,8 ±1,5 | 4,70 ±0,1 | 8,2 ±0,2 | 37,4 ±7,5 | 57,6 ±7,6 | 4,8 ±3,3 | 4,9 ±0,4 |
| 3 года | n=40 | 129,7 ±1,5 | 4,8 ±0,1 | 8,3 ±0,2 | 39,2 ±7,7 | 56,1 ±7,8 | 4,9 ±3,4 | 4,7 ±0,5 |

Согласно полученным данным средние показатели, полученные нами у детей, укладываются в референтные пределы с учетом возраста. Исключение составляют только показатели лимфоцитов, которые в обеих возрастных группах находятся на верхней границе нормы (возрастная группа 3 года) или превышают ее (возрастная группа 2 года).

Оценка результатов каждого отдельного ребенка показала, что у части детей имеются отклонения от нормальных величин. Так у

2-х детей в возрастной группе 2-х лет и 1-го ребенка в возрастной группе 3-х лет было обнаружено снижение гемоглобина. Число эритроцитов у данных детей находилось в пределах нормы. Мы провели расчет цветового показателя, который у всех троих оказался сниженным, и составил от 0,61 до 0,66, что свидетельствует о гипохромии эритроцитов. Данным детям рекомендовано дальнейшее исследование для установления причины развития у них гипохромной анемии (исследование железа сыворотки, ОЖСС, содержания общего белка и его фракций, тесты на выявление гемоглобинопатии и др.).

Оценка содержания лимфоцитов показала, что их процент повышен у 17 детей (40,5 %) в возрасте 2-х лет и у 21 ребенка (52,5 %) в возрасте 3-х лет. Учитывая, что общее число лейкоцитов находилось у них в пределах нормы, можно говорить о том, что у данных детей имеется абсолютный лимфоцитоз, причиной которого чаще всего являются хронические заболевания.

Таким образом, среди обследованных нами детей не имеют изменений основных показателей общего анализа крови 54,8 % в возрасте 2-х лет и 45 % - в возрасте 3-х.

У остальных (45,2 % и 55 % соответственно) выявляются различные изменения со стороны крови. Данным детям рекомендуется повторное исследование общего анализа крови.

В случае если результаты повторного исследования будут иметь такие же изменения, необходимо дальнейшее исследование для выявления причин развития у них обнаруженных изменений со стороны крови.

М.А.Фомина, В.И.Звягина

ИЗОФЕРМЕНТЫ КИСЛОЙ И ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗ В СОВРЕМЕННОЙ БИОХИМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

Кафедра биологической химии с курсом клинической лабораторной диагностики ФПДО

Метаболизм костной ткани характеризуется двумя противоположными процессами: образование новой костной ткани остеобластами и деградация старой остеокластами. В норме количество новообразованной костной ткани эквивалентно количеству разрушенной.

Таким образом, масса кости зависит от баланса между резорбцией и образованием костной ткани в данный период времени в зависимости от количества активированных участков ремоделирования. При разнообразных заболеваниях скелета происходят нарушения процессов ремоделирования, что и сопровождается возникновением отклонений в уровне биохимических маркеров. Следует отметить, что сам процесс формирования кости может быть как снижен, так и нормален или даже повышен, однако степень резорбции всегда превосходит интенсивность костеобразования.

Целью современной биохимической оценки состояния костной ткани является: оценка состояния метаболизма кости в целом, установление скорости обменных процессов в костной ткани и темпов спонтанной потери костной массы, проведение мониторинга лечения антирезорбционными препаратами, прогнозирование риска переломов.

На сегодняшний день имеется возможность определения биохимических маркеров, отдельно характеризующих формирование костной ткани (функцию остеобластов) и резорбции (функцию остеокластов).

Одним из наиболее доступных маркеров резорбции является тартрат-резистентная кислая фосфатаза (TRACP 5B) – фермент, секретируемый остеокластами и попадающий в повышенном количестве в кровотоки при увеличении их количества и возрастании активности. Следует отметить, что TRACP представлен двумя субформами – 5А и 5В, из которых только субформа 5В продуцируется остеокластами.

Исследование этого маркера особенно полезно при мониторинге лечения различными препаратами, подавляющими резорбцию костной ткани (бисфосфонатами, эстрогенами и другими), остеопороза и онкологических заболеваний с метастазами в кость. Диагностическая ценность теста повышается тем, что показатели TRACP 5B не зависят от наличия у пациента хронических заболеваний печени и почек.

Напротив, процесс формирования костной ткани может быть охарактеризован измерением в биологических жидкостях костного изофермента щелочной фосфатазы. В настоящее время известно, что в плазме крови и других биологических жидкостях при-

существуют две основных изоформы этого фермента – костная и печеночная.

В норме костный и печеночный изоферменты присутствуют в сыворотке крови примерно в равных количествах. Однако в растущем организме – у детей и подростков – уровень костноспецифической изоформы (ВАР) достигает 90%.

При метаболических заболеваниях костей общая активность щелочной фосфатазы в целом коррелирует со скоростью формирования костной ткани. Умеренное нарастание общей активности щелочной фосфатазы у пожилых людей может отражать нарушение минерализации или быть связано с воздействием некоторых лекарственных препаратов, увеличивающих выход в кровь печеночного изофермента.

Именно поэтому для оценки костной ткани рекомендуется использовать измерение именно костного изофермента. ВАР представляет собой тетрамерный гликопротеин, обнаруженный на клеточной поверхности остеобластов.

Количественное определение ВАР дает полезную информацию о костном ремоделировании у пациентов с остеопорозом и болезнью Педжета, а также об изменениях активности заболевания под влиянием антирезорбционной терапии.

Таким образом, оценка соотношения маркеров резорбции и синтеза костной ткани дает возможность судить о скорости костных потерь, предсказать риск переломов, а также выбрать наиболее адекватную терапию и, при дальнейшем мониторинге, оценить эффективность лечения.

ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И АНАЛИЗАТОРОВ

Р.П.Карасев, М.М.Лапкин, Е.А.Трутнева

**ОСОБЕННОСТИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА И
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЕГО ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПРИ ОБУЧЕНИИ В ВУЗЕ***

Кафедра нормальной физиологии с курсами
психофизиологии и физики

В соответствии с положениями системного подхода (Анохин П.К., 1935-1974; Судаков К.В., 1984, 2002, 2007) пространственно-временная организация целенаправленного поведения человека формируется на основе взаимодействия всех его составляющих для достижения полезных приспособительных результатов. Важная роль в формировании характера поведения принадлежит свойствам нервной системы (психодинамическим характеристикам, степени латерализации функций и др.) (Теплов Б.М., 1963; Небылицын В.Д., 1976; Русалов В.М., 1979; Хомская Е.Д., 1997; Фокин В.Ф., 2003 и др.). В этой связи возникает вопрос о возможных взаимосвязях между психодинамическими свойствами и признаками латерализации функций при реализации целенаправленного поведения человеком с различной успешностью (Голубева Э.А., 2005).

Целью исследования являлось выявление взаимосвязей между показателями различных характеристик центральной нервной системы студентов медицинского вуза при различной успешности их обучения.

Исследование проведено на 96 добровольцах обоего пола в возрасте от 18 до 20 лет. Личностные психодинамические характеристики испытуемых оценивали тестами EPI (Eysenck H., 1967), OT (Strelau Y., 1965), JAS (Jenkins C., 1976), MAS (Teylor J., 1953). Латерализацию функций оценивали общепринятыми методами (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1981). Наряду с этим выявление индивидуальных особенностей ЦНС осуществлялось с

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

использованием психофизиологического программно-аппаратного комплекса «Ритмотест».

В ходе исследований также проводилась оценка соотношения активности симпатического и парасимпатического отделов автономной нервной системы организма испытуемых методами математического анализа ритма сердца (Баевский Р.М. с соавт., 1984, 2001.). Кроме того, для оценки уровня психо-эмоционального напряжения у испытуемых проводился кросскорреляционный анализ между амплитудными характеристиками дыхательной кривой и кривой, огибающей динамический ряд кардиоинтервалов зарегистрированных в условиях относительного покоя и экзаменационного стресса (Лапкин М.М., Карасев Р.А., 2009).

Весь экспериментальный материал подвергнут статистической обработке. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости « P_d » принимался равным 0,05.

Для оценки различия средних, исследуемых групп, нами использовался критерий Стьюдента, показатели непараметрического дисперсионного анализа Краскела-Уолиса и критерий Манна-Уитни. Для выявления влияния основных комбинаций свойств нервной системы на успешность обучения в медицинском вузе использовали кластерный анализ. Биометрический анализ осуществлялся с помощью пакета Statistica 6.0.

Решение задач исследования осуществлялось в несколько этапов. На первом этапе решалась задача построения классификации, то есть разделения исходного контингента студентов на группы (классы, кластеры) по измеренным особенностям нервной системы.

В последующем проверялись два предположения о том, что:

♦ проявляются ли различия между группами испытуемых по измеренным свойствам нервной системы?

♦ существуют ли взаимосвязи в межгрупповых различиях и внешним критерием успешности деятельности?

Для решения задачи классификации испытуемых применялись следующие методы кластерного анализа: иерархический кластерный анализ и метод К-средних. Иерархический метод кластерного анализа использовался для того, чтобы принять решение о числе кластеров (групп), на которое целесообразно разбить исходное множество испытуемых.

С целью определения необходимого и достаточного количества кластеров использовался показатель, получивший название «метрика», под которым подразумевается расстояние между двумя кластерами, определенное на основании выбранной дистанционной меры с учётом предусмотренного преобразования значений.

Проведенные исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Метод кластерного анализа является информативным для решения вопросов связанных с классификацией типов центральной нервной системы на основе её индивидуальных свойств.

2. Уровень успешности деятельности зависит от определенного сочетания личностных нейро- и психодинамических характеристик нервной системы обучающихся.

3. В изучаемой выборке высокий уровень результативности обучения студентов в медицинском вузе связан с относительно низким уровнем их личностной тревожности, высокой подвижностью нервных процессов и выраженностью процессов возбуждения. Низкий уровень результативности обучения сочетается с высоким уровнем личностной тревожности, относительно высоким уровнем выраженности процессов торможения и низкими уровнями выраженности процессов возбуждения и подвижности нервных процессов.

4. В проведенном исследовании не выявлено влияния показателей функциональной латерализации на успешность обучения.

В.Д. Прошляков, Т.И. Семенкина
О НАПРАВЛЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА*

Кафедра физического воспитания и здоровья

Среди требований современного рынка труда к качеству рабочей силы все большее внимание уделяется уровню здоровья человека. Невозможно добиться повышения эффективности, производительности труда без учета этого наиважнейшего показателя.

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

Профессиональный успех каждого молодого специалиста, в том числе и врача, неразрывно связан с физическим и психическим здоровьем. Физическое и психическое здоровье необходимо рассматривать как процесс, изменяющийся на протяжении всей жизни человека. Образ жизни студентов медицинского университета характеризуется неупорядоченной, хаотичной организацией: несвоевременный прием пищи, систематическое недосыпание, малое пребывание на свежем воздухе, недостаточная двигательная активность, психические нагрузки, стрессовые состояния, вредные привычки. Все эти факторы, накапливаясь за период обучения, приводят к ухудшению здоровья студентов. По данным многих ученых заболеваемость студентов за годы обучения в разных ВУЗах страны возрастает. Это свидетельствует о том, что для поддержания здоровья студентов недостаточно занятий физической культурой в рамках учебной программы на младших курсах, нужна целостная система оздоровительных мероприятий, включающая в себя индивидуальные занятия спортом, правильное питание, распорядок дня, чередование труда и отдыха, а также борьбу с вредными привычками и формирование позитивных психологических установок на здоровый образ жизни.

Данная непростая задача требует объединения усилий всех преподавателей ВУЗа и самих студентов, начиная с первого курса.

Здоровый образ жизни обладает широким позитивным спектром воздействия на различные стороны организма и личности человека. Казалось бы, что это очевидная истина понятна всем, но почему же тогда большинство студентов, как, впрочем, и большинство людей, не может отказаться от вредных привычек, заняться всерьез своим здоровьем, приобщиться к занятиям физической культурой? Вопрос достаточно сложный и неоднозначный. Ответ на него желательно получать, работая с группой, проводя дискуссии, доверительные беседы, лекции.

Студентов следует познакомить с двумя основными типами ориентаций по отношению к здоровью. Первый ориентирован, прежде всего, на усилия самого человека, или, условно, «на себя». Второй - преимущественно «во вне», когда усилиям человека отводится второстепенная роль. К первому типу относятся в основном лица с хорошей самооценкой здоровья – интерналы (интерналы), склонные приписывать ответственность за результаты

своей деятельности собственным усилиям и способностям. Ко второму типу относятся лица преимущественно с плохой и удовлетворительной самооценкой здоровья – экстерналы (экстерналы), приписывающие ответственность внешним силам и обстоятельствам. Таким образом, характер заботы человека о здоровье, да и не только о здоровье, а в целом отношении к жизни, связаны, прежде всего, с его личностными свойствами.

В этой связи желательно обращать особое внимание студентов на процессы самопознания и самовоспитания. Каждый студент уже на 1-ом курсе выбранного им лечебного факультета должен хорошо понимать, что за годы обучения в ВУЗе ему необходимо приобрести не только профессиональные знания и уровень квалификации, требуемые при работе по избранной специальности, но и высокий уровень здоровья, а также уровень сознания, связанный с системой ценностей и мотивацией человека на лечебную работу в системе здравоохранения.

На кафедре физического воспитания и здоровья РязГМУ на протяжении многих лет ведётся поиск средств и методов, помогающих повысить мотивацию студентов к самостоятельным занятиям физическими упражнениями. Ранее была разработана и предложена медицинским ВУЗам России система профессионального отбора студентов 1-го курса и их дальнейшей физической подготовки для работы после окончания ВУЗа врачами хирургического профиля.

В настоящее время на кафедре в течение 2 лет изучается профессиональная направленность личности студентов, поступивших на первый курс лечебного факультета. Изучение проводится по апробированным методикам: «Тип личности» Дж. Голланда (цит. по Е.С Романовой, 2003; по Г.В. Резапкиной, 2002) и «Дифференциально-диагностический опросник» (Е.А. Климов, 1983).

Всего обследовано 550 студентов 1 курса. Указанные методики позволили определить количество студентов, которым выбранная профессия была бы рекомендована, т.е. их профессиональные интересы и направленность будут помогать им в профессиональном становлении; а также студентов, которым выбор профессии врача был бы нежелателен, т.е. эти студенты могли бы добиться больших успехов в другой сфере; и, наконец, студентов, выбор которых может принести им успех, если они будут работать над собой

и которым нужна помощь преподавателей, т.е. их выбор специальности «лечебное дело» возможен, таких студентов оказалось большинство (табл. 1).

Таблица 1

Профессиональная направленность личности студентов
первого курса РязГМУ (кол-во, %)

| Всего человек/год | «Рекомендовано» обучение по специальности «лечебное дело» | «Возможно» обучение по специальности «лечебное дело» | «Нежелательно» обучение по специальности «лечебное дело». |
|-----------------------------------|---|--|---|
| 289 чел./ 2007-2008 уч.год. | 78 чел. 27 % | 209 чел. 72,3% | 2 чел. 0,7% |
| 261 чел./ 2008-2009 уч.год | 78 чел 29,9 % | 182 чел. 69,7 % | 1 чел. 0,4 % |

Из представленной таблицы видно, что большинству студентов нужна помощь в профессиональном и личностном становлении.

Литература.

1.Климов Е.А. Психолого-педагогические проблемы профессиональной консультации / Е.А. Климов. – М., 1983.

2.Резапкина Г.В. Секреты выбора профессии / Г.В. Резапкина. – М., 2002.

3.Романова Е.С. 99 популярных профессий. Психологический анализ и профессиограммы. /Е.С. Романова. – СПб.: Питер,2003.

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

Глаукома является одной из актуальных проблем офтальмологии. Это обусловлено сложностью ее патогенеза, многообразием клинических форм, трудностью ранней диагностики, лечения и серьезностью прогноза. Согласно современным представлениям о

первичной открытоугольной глаукоме (ПОУГ), главным симптомом ее является наличие глаукомной оптической нейропатии (ГОН). Несмотря на мультифакторность развития ПОУГ, в настоящее время на первый план выступает сосудистая теория, которая рассматривает ГОН как результат недостаточного кровоснабжения головки зрительного нерва. Этим объясняется необходимость использования при ПОУГ комбинированного консервативного лечения, включающего наряду с адекватной гипотензивной терапией применение сосудистых и нейропротекторных препаратов.

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

Обследовано 14 пациентов (27 глаз) в возрасте от 53 до 84 лет (средний возраст 67,6), среди них 9 мужчин и 5 женщин с ПОУГ на разных стадиях заболевания. Из 27 глаз: с начальной стадией заболевания – 5 глаз, с развитой – 11 глаз, с далекозашедшей – 9 глаз и с терминальной стадией – 2 глаза. ВГД у всех больных было компенсировано посредством местной гипотензивной терапии или (и) ранее проведенной антиглаукомной операцией. Пациенты получали дедистрофическое консервативное лечение курсом 12 дней в клинике глазных болезней РязГМУ, включающее сосудорасширяющие, метаболические, нейропротекторные препараты, физиолечение. Всем больным наряду со стандартным офтальмологическим обследованием определялись гемодинамические показатели увеального кровотока методом реоофтальмографии (РОГ) с помощью аппаратно-программного реографического комплекса «Мицар-РЕО-201» (г. Санкт-Петербург, Россия) и реоофтальмологического датчика в модификации И.К. Чибирене (1971). Исследовались следующие параметры: амплитуда артериальной компоненты реографической волны, пульсовой объем по Кедрову, реографический коэффициент по Янтчу. Зрительные функции и показатели РОГ оценивались до и после лечения.

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

При оценке остроты зрения и полей зрения после консерватив-

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

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

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

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

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

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

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

Помимо стандартных офтальмологических методов обследо-

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

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

При оценке результатов РОГ исследования у большинства больных наблюдались изменения показателей относительно нормы. В 83% случаев диагностировано уменьшение амплитуды артериальной компоненты реографической волны, причём у половины пациентов определялось снижение данного показателя на 50% и более, что говорит о недостаточном кровенаполнении в увеальном тракте глаз. При оценке длительности восходящей части РОГ в 92% случаев наблюдалось увеличение показателей быстрого и медленного кровенаполнения, что свидетельствует о замедлении полного раскрытия хориоидальных сосудов вследствие ригидности их стенки. В 8% случаев эти параметры оставались в пределах нормы.

Снижение пульсового объёма по Кедрову и реографического коэффициента по Янтчу, по которым можно судить об ухудше-

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

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

Выводы:

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

2. Реоофтальмография позволяет оценить состояние увеального кровотока, определить показания к назначению сосудистой терапии и может служить методом контроля её эффективности.

А.В.Мерин

СООТНОШЕНИЕ АССОРТАТИВНОСТИ И ПАНМИКСИИ НА ПРИМЕРЕ ФОРМИРОВАНИЯ БРАКОВ МУЖЧИНАМИ СТРАДАЮЩИМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Кафедра психиатрии

Ассортативностью брачных отношений называют феномен неслучайности выбора брачного партнера, опровергающий теорию абсолютной пермиссии. Что именно делает наш выбор неслучайным, этот вопрос остается до настоящего времени открытым и дискуссионным.

В работе мы изучали аутоагрессивность жен мужчин больных алкоголизмом (МБА) в сравнении с контрольными группами: женами мужчин не больных алкоголизмом (МНБА) и молодыми женщинами без опыта брачной жизни и алкогольной зависимости. Сравнивая аутоагрессивную представленность в указанных группах, нами обнаружены ряд фактов, имеющих прямое отношение к феномену ассортативности «алкогольного» брака.

Крайне любопытным является факт наличия меньшего количества аутоагрессивных паттернов поведения и предикторов аутодеструкции в группе жен МНБА, нежели в группе молодых незамужних женщин, при безусловно, большей их благополучности в сравнении с женами МБА. Это касается суицидальной аутоагрессии – суицидальные мысли и попытки характерны для молодых незамужних девушек ($p < 0,05$) и ряда клинико-анамнестических предикторов – характерности навязчивого стыда ($p < 0,01$), моментов острой безысходности в последние 1-2 года ($p < 0,05$).

Иными словами, «базисная» группа молодых незамужних женщин (служащая исходным материалом для образования различных типов семей, в том числе и изучаемых) имеет некий, достаточно высокий исходный уровень аутоагрессивности. Исходя из этого, предлагается следующий вариант динамики распределения молодых незамужних женщин с учетом изначальной (добрачной) личностной аутоагрессивности индивида. При вступлении в брак происходит своеобразное распределение молодых незамужних женщин относительно добрачного уровня аутоагрессивности на, как минимум, две полярные группы – с высокой базальной аутоагрессивностью (высокой «добрачной» аутоагрессией) и с более низкой, либо отсутствующей. В последующем происходит образование «неаутоагрессивных» браков с низким уровнем любых форм аутоагрессии и незначительной антивитаальной предикцией и, напротив, «аутоагрессивных» браков с накоплением в них как суицидальных, так и несуйцидальных вариантов аутодеструкции.

Примером типично аутоагрессивной семьи, структуры, поддерживающей и предполагающей наличие аутодеструкции у обоих супругов, является, по нашему мнению, семьи МБА.

Безусловно, для молодых незамужних женщин с высокой добрачной аутоагрессивностью возможен вариант относительно благополучного брака при спонтанном, либо терапевтическом подавлении аутоагрессивного радикала. Данную схему подтверждает и более благополучное состояние аутоагрессивной сферы жен МНБА, которое невозможно объяснить без введения понятия перераспределения или фильтрации базальной аутоагрессивности.

А.В.Мерин
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АУТОАГРЕССИВНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ И ИХ ЖЕН
Кафедра психиатрии

В данном сообщении проведен сравнительный анализ аутоагрессивных проявлений (АП) у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (МСАЗ) и их жен (ЖМСАЗ).

Сначала хочется остановиться на «классических» вариантах АП у МСАЗ и ЖБХА. Нами не было найдено отличия по показателям суицидальности (попытки самоубийств и актуальные суицидальные действия) при в целом значительной представленности таковых в изученных группах (суициды - 22,58 % у мужчин и 16,12 % у женщин вообще и 16,12% МСАЗ и 6,5% ЖМСАЗ в последние 1-2 года, суицидальные мысли - 48,4% МСАЗ и 48,4% ЖМСАЗ), однако, несуицидальные формы самоповреждения в виде нанесения себе порезов, самокалечения и брананий достоверно характеризует именно мужскую половину обследованных ($p < 0,05$).

Для ЖМСАЗ был характерен своеобразный комплекс переживаний острого или хронического одиночества, как в добрачной, так и брачной жизни ($p < 0,02$), но, что любопытно в последние 1-2 года совместной жизни по этому параметру уже нет достоверного отличия, что подчеркивает всеобщность «одиночества в толпе» характерного для большинства алкогольных семей. Не смотря на это, можно по праву утверждать о наличии «установки» на потенциальное одиночество и покинутость у ЖМСАЗ. На этом, субъективно часто расцениваемом, «депрессивном фоне» у женщин достоверно чаще встречается соматически не обусловленные колебания аппетита как в сторону его усиления, так и ослабления, при чем этот симптом носит сквозной характер на протяжении «почти всей жизни». На этом неблагоприятном фоне у 61,3% ЖМСАЗ хотя бы один раз возникали мысли обратиться за помощью к врачу-психиатру или психотерапевту, в отличии от самих МСАЗ ($p < 0,0001$). Это возможно говорит о потенциальном осознании своих проблем со здоровьем, к сожалению, данная потенция реализовалась лишь у 2,2% обследованных. Действительно, наличие психосоматической

патологии определялось у почти 70% ЖМСАЗ.

Теперь коснемся статистически достоверных отличий по поражению преимущественно соматической сферы. Травматическая патология, так таковая, явно являлась прерогативой мужчин ($p < 0,02$), как впрочем и такой частный вид травматизма как ЧМТ ($p < 0,05$), АП у женщин так же в достаточной степени реализуется через соматическую сферу, однако, акцент достоверно смещается в сторону накопления тяжелой хирургической патологии ($p < 0,01$), количества оперативных вмешательств более 4 ($p < 0,02$), операций, сопровождающихся ампутациями органов ($p < 0,05$). Количество легких операций не смотря на свое совокупное большое количество статистически не отличается, что дает возможность предположить, что «операционная аутоагрессивная направленность» ЖМСАЗ явно носит более деструктивный характер и опасней для жизни.

Интересна и направленность МСАЗ в плане «рискового для жизни модуса поведения» в виде большого количества несчастных случаев на протяжении всей жизни ($p < 0,001$) и особенно в последние годы ($p < 0,001$), наличия у них опасных хобби и привычек, традиционно считающихся смертельно опасными ($p < 0,001$), склонность к часто неоправданному риску в последние 1-2 года ($p < 0,05$), при отсутствии такой разницы ранее этого периода, что говорит о субъективной оценке своего теперешнего состояния как более фатального и рискованного «себя перестал жалеть». Асоциальный канал реализации АП в виде акцепции применения физической силы со стороны, к примеру, собутыльников, правоохранительных органов. наличие судимостей ($p < 0,05$) так же характерен для именно для МСАЗ, что в принципе является общеизвестным фактом.

В отношении курения мужчины пока занимают традиционную первую строку ($p < 0,0001$), причем, явно самодеструктивное поведение в виде усиления курения, не смотря на нередкое ухудшение соматического состояния так же имеет прямое отношение к МСАЗ ($p < 0,02$), что весьма показательно.

Крайне любопытным является факт, выделяющий ЖМСАЗ в отношении религии (вера в Бога) ($p < 0,0001$) и идей реинкарнации ($p < 0,02$) в плане веры в улучшение «условий жизни» на «том свете». При этом настоящая жизни зачастую ими расценивалась как необ-

ходимость к искуплению каких-то мифических грехов, кара небесная и т.д. Мы здесь видим явную мазохистичность «жизненного плана» ЖМСАЗ, потенциальную направленность на получение страдание в лице мужа, как воплощения той самой кары небесной.

Таким образом, при сравнении МСАЗ и их жен обнаружена большая «травматичность» и деструктивность мужской алкогольной аутодеструкции (повторные парасуициды, несуйцидальные самоповреждения, братания, тяжелый травматизм, несчастные случаи). Аутоагрессивность жен МСАЗ в большей степени направлена на соматическую сферу, проявляющаяся в подверженности тяжелым оперативным вмешательствам, их большом количестве у одного человека. Для супруг МСАЗ являются характерными реакции «хронического и острого одиночества», реинкарнационные идеи, аутоагрессивные формы поведения у них обычно носят менее калечащий и деструктивный характер, что касается и выбора способа парасуицида.

Д.С. Петров

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ РОДСТВЕННИКА НА СОСТОЯНИЕ СЕМЬИ

Кафедра психиатрии

Сфера семейных отношений является объектом внимания ряда научных дисциплин (психологии, социологии, психиатрии). Семья рассматривается как социальная группа, члены которой заинтересованы во взаимопомощи и совместном проживании.

На протяжении многих лет в трудах по психиатрии, затрагивающих вопрос семьи, по известному определению «первичной ячейки общества», концентрируется внимание почти исключительно на роли семей в возникновении и обострении психического заболевания, либо на терапевтических подходах, которые следует применять при работе с «патологическими» семьями. Лишь сравнительно недавно стали рассматривать микросоциальное окружение психически больного как людей, сталкивающихся с серьезными трудностями, обладающих потенциалом и способностью поддерживать самих себя и других.

По литературным данным, до 60 % всех пациентов, выписываемых из психиатрических стационаров, возвращаются в семьи, при

этом подавляющее большинство из них сохраняют контакты со своими родными. Как правило, пациенты занимают в семье зависимое положение, а отношения с родственниками часто носят сложный характер. Тем не менее, семья оказывает лицам с психическими расстройствами максимально возможную поддержку, нередко в значительной степени маскируя их несостоятельность. Так или иначе, большинство семей оказывается вовлеченным в тесное общение со своими болеющими родственниками, поддерживает их и принимает активное участие в их судьбе [1].

Психическое заболевание всегда сопровождается нарушением поведения. Вместе с психическим заболеванием в дом приходит совершенно «другой» человек – беспокойный, тревожный, агрессивный, подозрительный, апатичный или депрессивный. Нарушения поведения могут шокировать близких, что вызывает стремление немедленно их исправить.

Каждая семья принимает собственное решение, зависящее от ее нравственного уровня, образования и оценки случившегося. Решения принимаются разные, причем их диапазон весьма широк – от почти немедленного распада семьи до того, что уход за больным становится единственной целью и смыслом жизни всех родственников. Зачастую трудная для родственников проблема – понять и принять тот факт, что неправильное поведение больного человека не есть проявление злонамеренности, дурного воспитания или характера, что эти нарушения нельзя устранить или нормализовать обычными (воспитательными или карательными) мерами, что они устранятся по мере улучшения состояния больного.

В процессе психического заболевания отношение членов семьи к больному претерпевает ряд изменений [1, 2, 3]:

- вначале возникает чувство растерянности и непонимания происходящего. Признаки психического заболевания не считаются патологическими, особенности поведения трактуются как характерологические отклонения.

- затем признаки психического заболевания становятся очевидными, и члены семьи начинают проявлять избыточную эмоциональную гиперопеку по отношению к больному, игнорируя собственные интересы. Возникает чувство вины, самообвинения в болезни близкого человека.

- в итоге, может придти признание своей беспомощности, кон-

такты становятся более формальными, возникает психологическая отгороженность от больного. Нередко на этом этапе семья распадается.

Дезадаптация семьи душевнобольного обусловлена: а) ситуацией хронического стресса у членов семьи, связанной с бременем проживания с больным родственником и ухаживания за ним; б) чувством вины по отношению к больному; в) тенденцией таких семей к защите от внешнего окружения, осуществляемой в форме социальной изоляции.

Члены семьи обычно обременены множеством забот, что может помешать им посещать сеансы семейного психиатрического просвещения даже несмотря на то, что знания и навыки, полученные в ходе обучения, могли бы существенно облегчить их бремя [1]. Кроме того, во многих случаях играет роль фактор стигмы, поэтому пациенты и их родственники нередко стараются скрыть наличие симптомов психического расстройства. Страх перед социальной стигмой обуславливает отказ многих пациентов от контакта с психиатрической службой, что приводит к ухудшению их состояния и несвоевременному оказанию специализированной медицинской помощи [2].

Родственники пациентов могут испытывать чувство неловкости, раскрывая факт наличия в семье психически больного и прилюдно обсуждая свои проблемы в лечебном учреждении. Возможно, в прошлом у них был определенный негативный опыт, и они не решаются на контакт со службами, опасаясь вновь подвергнуться подобным (а возможно, еще более тяжелым) переживаниям [1, 3, 4]. У большинства родственников людей с психическими расстройствами нет доступа к информации о выгодах, приносимых семейным психиатрическим просвещением, поэтому они не имеют возможности оценить потенциальную полезность таких программ. К тому же они могут вообще быть настроены пессимистически, считая, что им «ничто уже не поможет». Ответственность ухода за психически больными ложится в основном на семьи, которые часто оказываются не подготовленными к тому, чтобы в течение длительного времени нести нагрузку психосоциальных проблем, связанных с болезнью родственника.

С целью предупреждения негативных последствий психического заболевания, необходимо:

- проведение психосоциальной работы с семьей, в виде индивидуальной или групповой работы с членами семьи, психокоррекционной работы с родственниками и больным.

- вовлечение родственников больных в образовательные программы, которые позволят преодолеть феномен социальной стигматизации и чувства безнадежности, бессилия перед болезнью близкого человека.

Литература:

1. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, Я.А.Сторожакова. – М.: ИД Медпрактика, 2007. – 492с.

2. Финзен Асмус. Психоз и стигма: пер. с нем. / Асмус Финзен. – М.,2001.

3. Marsh D.T. The family experience of mental illness: implications for intervention. / D.T. Marsh, D.L. Johnson // Professional Psychology: Research and Practice. – 1997. – Vol. 7.– P.229–237.

4. McFarlane W.R. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. / W.R. McFarlane, E.P. Lukens, B. Link // Archives of General Psychiatry. – 1995. – Vol.52 – P.679–687.

А.С. Стариков

РОЛЬ ГАММА- И АЛЬФА-МОТОНЕЙРОНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХОРЕИ И ХОРЕОАТЕТОЗА

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Хорею следует отнести к стриарным гиперкинезам фазического типа, тогда как хореоатетоз является фазико-тонической дискинезией. Цель исследования: показать функциональное состояние гамма- и альфа-мотонейронов при хорее и хореоатетозе.

Стереотаксическим методом (таламо- и субталамотомия) оперировали 8 больных в возрасте от 10 до 50 лет, среди которых у 6 больных диагностирован хореоатетоз, и у 2 больных – хорея Гентингтона. Всем больным выполнено электромиографическое исследование до и после операции.

Электромиографическим отражением хореического гиперкинеза была аритмичная залповая активность, которая регистрировалась у всех больных и чаще носила нерегулярный характер, перемежаясь с участками интерференционной активности. Регулярная

залповая активность с поверхностного сгибателя пальцев в покое отведена у 1 больного. Частота залпов составила 3 в секунду. Залповые разряды продолжались от 50 до 125 мс, что отражало время произвольного возбуждения фазических альфа-мотонейронов. Паузы между залпами продолжались 150 мс и соответствовали времени торможения фазических альфа-мотонейронов.

Амплитуда ЭМГ сгибателей в покое составила 22 ± 11 - 87 ± 49 мкВ и превысила контрольный показатель, что характеризовало мощность произвольного возбуждения альфа-мотонейронов. Дыхательная и синергическая пробы усилили произвольное возбуждение альфа-мотонейронов сгибателя пальцев до 81 ± 49 - 88 ± 51 мкВ. При этом залповая активность не регистрировалась.

Высота осцилляций на ЭМГ разгибателей (общего разгибателя пальцев, камбаловидной мышцы) 9 ± 1 - 81 ± 41 мкВ также превышала контрольный показатель, но была ниже, чем амплитуда ЭМГ сгибателей. В контрольных исследованиях соотношение амплитуд ЭМГ антагонистов было обратным, что соответствует норме. Вероятно, при хорееатетозе страдает преимущественно управление мотонейронами сгибателей, что может быть связано с избыточным раздражением вторичных сенсорных окончаний мышечного веретена, которые активируют мотонейроны сгибателей и тормозят мотонейроны разгибателей в собственных мышцах.

После операции залповая активность в структуре ЭМГ практически исчезала, что объективно подтверждало устранение хореической составляющей гиперкинеза. Залповые разряды отведены лишь от передней большеберцовой мышцы во время её произвольного сокращения. Кроме того, синергическая проба спровоцировала появление нерегулярных залповых разрядов в мышцах разгибательной группы. Амплитуда ЭМГ сгибателей и разгибателей в покое и при рефлекторных изменениях тонуса 85 ± 33 - 198 ± 99 мкВ либо не изменилась, либо имела тенденцию к повышению.

Выводы.

Необходимо допущение о том, что при хорее и хореической составляющей хорееатетоза нарушено супрасегментарное управление динамическими гамма-мотонейронами спинного мозга, которые испытывают патологическое возбуждение, приходящее по руброретикулоспинальным путям. Затем следует соответствующее сокращение интрафузальной мышцы. Далее патологическое

возбуждение охватывает сервомеханизм с участием первичных и вторичных сенсорных окончаний мышечного веретена, афферентного сенсорного пути Ia от веретена к фазическому альфамотонейрону, который побуждает сокращаться экстрафузальную мышцу в ритме и темпе, заданным произвольно возбужденными динамическими гамма-мотонейронами. На ЭМГ возникает аритмичная залповая активность, охарактеризованная выше. Таким образом, стереотаксические операции являются методом выбора в лечении хореического и хореоатетоидного гиперкинезов.

О.В. Евдокимова, В.А. Жаднов

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

В настоящее время возрос интерес к немедикаментозным методам лечения эпилепсии. Применение у больных эпилепсией внутривенного облучения крови гелий-неоновым лазером для немедикаментозной коррекции эпилептических приступов обусловлено десинхронизирующим, активирующим действием лазерного излучения на электрическую активность головного мозга.

Целью нашей работы стало изучение лечебного воздействия внутривенного лазерного облучения крови на электроэнцефалографические показатели больных эпилепсией.

Под нашим наблюдением находились 34 больных эпилепсией, средний возраст больных составил $28,91 \pm 2,27$ года, средняя длительность заболевания - $7,91 \pm 1,36$ года. Первичногенерализованные судорожные приступы наблюдались у 13, абсансы - у 1, вторичногенерализованные - у 18, фокальные - у 2 больных. Все больные принимали противоэпилептические препараты в терапевтических дозах, 32 больных получали один препарат, двое - 2 препарата. У всех больных на ЭЭГ отмечались изменения фоновой активности и пароксизмальная активность в виде пиков, острых волн и комплексов «быстрая волна - медленная волна».

В дальнейшем группе из 15 человек с генерализованными формами эпилепсии было проведено внутривенное лазерное облучение крови аппаратом «АЗОР-ВЛОК» электромагнитным излучением с длиной волны 0,63 мкм мощностью 1,0 мВт. Проводилось

5 процедур длительностью от 20 до 60 минут (в среднем 40 минут). Базисное медикаментозное лечение во время проведения лазеротерапии не менялось. Контрольную группу составили 19 больных с ремиссией приступов длительностью от 3 месяцев до 5 лет, получавших только медикаментозное лечение в неизменной дозе. Группы больных достоверно не различались по возрасту, длительности заболевания и продолжительности ремиссии. Обследование больных, получавших комплексное лечение, осуществлялось перед началом лазеротерапии и сразу после ее окончания и через 3-6 месяцев. Контроль состояния больных, принимавших медикаментозную терапию, проводился в динамике с интервалом от 3 до 6 месяцев.

Всем больным проводилась электроэнцефалография с помощью компьютеризированного 16-канального электроэнцефалографа «Нейровизор» в фоновом состоянии, на высоте 3-минутной гипервентиляции и через 2 минуты после ее окончания. Запись проводилась в монополярной коммутации. Параметры электрических установок усилителя ЭЭГ были следующими: фильтр высоких частот - 45 гц, полоса пропускания 0.3 гц, уровень усиления 100 мкв/см. Производился визуальный анализ электроэнцефалограмм, а также математическая обработка с подсчетом усредненной мощности и усредненной амплитуды ЭЭГ. Статистическая обработка осуществлялась методом параметрического анализа с помощью программы «Статистика 5». Для оценки достоверности полученных различий использован t-критерий Стьюдента.

При визуальном анализе электроэнцефалограмм больных эпилепсией до проведения лазеротерапии получены следующие данные: пароксизмальная активность в виде острых волн, комплексов «острая волна - медленная волна» отмечалась у всех больных, у 10 из них она носила генерализованный, у 5 - локальный характер. После проведения курса лазеротерапии у 13 больных из 15 отмечалась положительные изменения биоэлектрической активности головного мозга: у 6 больных после лазеротерапии пароксизмальная активность на ЭЭГ исчезла, у 7 больных она стала носить более локальный характер, уменьшилась амплитуда острых волн и пиков. У 2-х больных с продолжающимися приступами после проведения лазеротерапии динамики электрической активности мозга не отмечалось.

В группе больных, получавших медикаментозное лечение, у 9 больных динамики ЭЭГ не отмечалось, у 6 больных наблюдалась исчезновение или снижение амплитуды пароксизмальной активности, у 4 больных отмечалась увеличение амплитуды острых волн. Таким образом, после проведения лазеротерапии у подавляющего большинства больных отмечалось улучшение электрической активности мозга, в то время как на фоне медикаментозного лечения достоверных изменений не было получено.

Математическая оценка показателей ЭЭГ больных эпилепсией показала, что достоверных изменений средней мощности ЭЭГ на фоне лечения не отмечалось в обеих исследованных группах. После проведения лазеротерапии наблюдалось достоверное увеличение средней частоты ЭЭГ в фоновом состоянии (с $11,16 \pm 0,43$ до $12,29 \pm 0,38$ Гц, $p < 0,05$) и после гипервентиляции (с $11,64 \pm 0,45$ до $12,57 \pm 0,54$ Гц, $p < 0,05$), в то время как при медикаментозном лечении достоверных изменений средней частоты ЭЭГ не отмечалось.

Применение комплексной терапии с применением внутривенной лазеротерапии у больных эпилепсией вызывает положительные изменения ЭЭГ, регистрируемые как при визуальном анализе, так и при математической обработке. Так, сдвиг средней частоты ЭЭГ в сторону более высоких частот, свидетельствующий о возникновении реакции активации, является благоприятным признаком изменения функционального состояния головного мозга, что позволяет использовать внутривенную лазеротерапию в комплексном лечении больных эпилепсией.

Лечебные возможности воздействия лазерного излучения на организм больного эпилепсией нуждаются в дальнейшем всестороннем исследовании.

В.М. Бутова, Л.В.Лорина

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА И ОСТЕОХОНДРОЗОМ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Современные направления совершенствования лечебной деятельности отражают стремление врача к синтезу, интеграции научных и практических достижений междисциплинарного харак-

тера. Все отчетливее заметен интерес специалистов в области внутренней медицины к проблемам личности, психики пациента и их соотношению с патологией человека.

Цель: оценить и сравнить влияние болезни Паркинсона и остеохондроза поясничного отдела позвоночника на показатели нейропсихологического статуса и качество жизни пациентов.

Обследовано 12 пациентов с диагнозом болезнь Паркинсона (в возрасте от 48 до 74 лет), из них 10 мужчин и 2 женщины, и 12 больных с верифицированным диагнозом остеохондроз поясничного отдела позвоночника (в возрасте от 42 до 69 лет), из них 5 мужчин и 9 женщин. Диагноз болезни Паркинсона устанавливался по критериям Hughes A.J. et al., 1992. Неврологический статус оценивался с помощью Унифицированной шкалы оценки болезни Паркинсона и Шкапы 5-балльной оценки вертебро-неврологической симптоматики соответственно. Для нейропсихологического статуса использовались Госпитальная шкала Тревоги и Депрессии, и тест SF-36 для оценки показателей качества жизни.

У пациентов с Болезнью Паркинсона тяжесть состояния соответствовала I-III стадиям по Hoehn и Yahr. выявлен субклинический уровень тревоги при практически полном отсутствии депрессии. Все больные с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника отмечали выраженность неврологической симптоматики, ухудшение жизнедеятельности, выраженный уровень тревоги и субклинический уровень депрессии. Уровень тревоги, а особенно развившейся депрессии, у мужчин в обоих случаях был выше, чем у женщин.

Качество жизни обследованных больных было достоверно снижено по нескольким шкалам: физическое функционирование, ролевые ограничения, связанные с физическим и эмоциональным состоянием, физическая боль, витальность, социальное функционирование, в меньшей степени общее и психическое здоровье. У пациентов с болезнью Паркинсона преобладало снижение социального функционирования и психического здоровья, в то время как у больных с остеохондрозом нижнего отдела позвоночника отмечалось более выраженное нарушение жизнедеятельности по остальным шкалам.

По большинству шкал качество жизни у обследованных мужчин ниже, чем у женщин. Несмотря на то, что физическое функционирование, общее здоровье и даже социальное функционирование у

мужчин были лучше, чем у женщин, ролевые ограничения, связанные с физическим состоянием оценивались ими как максимально выраженные до «0». Витальность, ролевые ограничения, связанные с эмоциональным состоянием, психическое здоровье у мужчин были также достоверно снижены в обеих группах практически в 2 - 3 раза. У женщин такой тенденции не отмечаюсь.

Нейропсихологическая симптоматика у пациентов с болезнью Паркинсона выражена меньше, чем у лиц, страдающих остеохондрозом нижнего отдела позвоночника. Несмотря на это, обследованные мужчины в обоих случаях воспринимают свое заболевание как психо-травмирующий фактор, снижающий уровень качества жизни и ограничивающий их роль в обществе, в большей степени, чем женщины. Для повышения качества лечебно-реабилитационной помощи, оказываемой в неврологическом стационаре, следует использовать помощь специалистов психотерапевтической службы.

А.Н. Бирюков

КЛИНИКО-ЭНЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ПРИ МЕНИНГЕОМАХ МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Всё большее и большее значение в мировой науке приобретает МРТ-морфометрия головного мозга как один из основных методов его количественной оценки. Ведущие центры медицинских исследований, такие как Центр морфометрического анализа Медицинской школы Гарвардского университета, Центр визуализации нейродегенеративных заболеваний (Сан-Франциско, США), Университет Аризоны, Университет Монреаля показали необходимость МРТ-морфометрии в фундаментальном исследовании мозга в норме и при различных его заболеваниях. Доказано преимущество количественных методов описания результатов нейровизуализации над качественными. Это диктуется всё большим значением доказательной медицины. Выявлены корреляции между изменениями размеров различных отделов головного мозга, резервных пространств черепа и тяжестью течения, а также симптоматикой при таких заболеваниях как болезнь Альцгеймера, аутизм, рассеянный склероз, различные речевые расстройства,

синдром Туретта и т.д. Предложены МРТ-морфометрические диагностические критерии этих заболеваний.

Исследование опухолей головного мозга с помощью МРТ-морфометрии интересно и важно по нескольким причинам. Во-первых, симптоматика новообразований зависит не только от локализации опухоли и её строения, но и от тех смещений и деформаций, которые вызывают опухоли и которые могут быть оценены количественно. Во-вторых, особенности роста новообразований различной гистологической структуры и локализации достаточно специфичны. Клинико-энцефалометрический анализ менингеомосто-мозжечкового угла проведён у 11 больных. Использовался оригинальный протокол энцефалометрии.

Клиника менингеомосто-мозжечкового угла характеризовалась присутствием гипертензионно-гидроцефального синдрома, мозжечковой атаксии и признаками поражения ствола мозга, в том числе бульбарным синдромом.

Гипертензионно-гидроцефальный синдром обнаружен у всех больных. Его выраженность коррелировала с высотой тела бокового желудочка на стороне новообразования и на противоположной стороне ($r=0,388$, $p<0,05$ и $r=0,375$, $p<0,05$ соответственно), треугольником бокового желудочка на стороне новообразования и на противоположной стороне ($r=0,391$, $p<0,05$ и $r=0,412$, $p<0,05$ соответственно), шириной переднего рога бокового желудочка на стороне новообразования и на противоположной стороне ($r=0,455$, $p<0,05$ и $r=0,478$, $p<0,05$ соответственно), шириной тела бокового желудочка на стороне новообразования и на противоположной стороне ($r=0,371$, $p<0,05$ и $r=0,360$, $p<0,05$ соответственно), шириной заднего рога бокового желудочка на стороне новообразования и на противоположной стороне ($r=0,348$, $p<0,05$ и $r=0,340$, $p<0,05$ соответственно), длиной бокового желудочка на стороне новообразования и на противоположной стороне ($r=0,330$, $p<0,05$ и $r=0,342$, $p<0,05$ соответственно) и косым размером бокового желудочка на стороне новообразования и на противоположной стороне ($r=0,366$, $p<0,05$ и $r=0,350$, $p<0,05$ соответственно).

Выраженность мозжечковой атаксии (которая также обнаружена у всех пациентов) коррелировала с размерами новообразования ($r=0,340$, $p<0,05$), глубиной IV желудочка ($r=-0,422$, $p<0,05$), глубиной и высотой большой цистерны ($r=-0,389$, $p<0,05$ и $r=-$

0,370, $p < 0,05$ соответственно). Признаки поражения ствола мозга выявлены у 5 больных (из них в 2 случаях – бульбарный синдром), причём корреляций между этими признаками и энцефалометрическими показателями выявить не удалось из-за малого числа пациентов с указанной симптоматикой.

Таким образом, можно утверждать, что существует зависимость между клиникой менингеом мосто-мозжечкового угла и степенью изменения энцефалометрической картины при этой патологии.

Е.А.Крылова, Г.А.Леонов, Г.А.Малахов, Н.А.Мишаков
 МРТ-ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ
 Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
 Кафедра нервных болезней и нейрохирургии
 Рязанская областная клиническая больница
 Рязанская областная детская клиническая больница

Ведущими методами лучевой диагностики опухолей головного мозга являются МРТ (магнитно-резонансная томография) и КТ (компьютерная томография).

КТ и МРТ-диагностика опухолей головного мозга основана на выявлении прямых и косвенных признаков. К прямым признакам МРТ относятся патологические образования с различной интенсивностью МР-сигналов. Косвенными признаками являются - смещение срединных структур головного мозга («масс-эффект»); смещение, сдавление и изменение величин желудочков; блокада желудочковой системы с развитием окклюзионной гидроцефалии; отек мозга как вблизи опухоли, так и по периферии и др.

При проведении МРТ с контрастным усилением оценивают изменение плотности (интенсивность МР-сигнала) опухолей после контрастирования. Богато васкуляризированные опухоли интенсивно накапливают контрастное вещество.

При МР-томографии нами были выявлены опухоли головного мозга у 52 детей (11 детей в возрасте до 3 лет и 41 ребенок старше 3-х летнего возраста). Супратенториальная локализация наблюдалась в 40% случаев, субтенториальная - в 60%.

Все больные были прооперированы (у 40 детей было проведено тотальное удаление опухоли, у 2 – субтотальная резекция, у 1 – паллиативная операция ВПШ).

У 25 детей гистологически была верифицирована астроцитомы (на МР-томограммах определялись патологические очаги неоднородные по сигналу на T2-ВИ: с участками изоинтенсивного тканям мозга, а также высокого сигнала – солидные и кистозные компоненты опухоли). Отмечался отек вокруг опухоли, масс-эффект.

У 9 детей была верифицирована медуллобластома (на МР-томограммах отмечались патологические очаги в полости расширенных желудочков, дающие изоинтенсивный сигнал на T2-ВИ, с четкими контурами. Имелся перивентрикулярный отек).

У 3 детей верифицирована эпендимома (на МР-томограммах опухоль располагалась в расширенном 4-м желудочке мозга, имела повышенный сигнал на T2-ВИ. Отмечалась окклюзионная гидроцефалия вышележащих отделов желудочковой системы мозга).

У 3 детей была обнаружена менингиома (на МР-томограммах определялись патологические очаги изоинтенсивного сигнала на T2-ВИ с четкими контурами. На фоне опухоли отмечались участки низкого сигнала на T2-ВИ-патологические сосуды, обызвествления).

У 3 детей была верифицирована краниофарингиома, у 2 детей – пинеобластома, у 3 детей – ганглиома (эти опухоли имели типичную локализацию, давали неоднородно повышенный сигнал на T2-ВИ).

МР-томография с контрастным усилением проводилась у 5 детей (с целью более четкого определения границ опухоли).

Все дети проходили неоднократные контрольные МР-томографические исследования как в ранних (контролировались радикальность удаления опухоли, послеоперационные осложнения), так и в поздних (контролировался возможный рецидив опухоли) послеоперационных периодах.

Таким образом, МР-томографические исследования при опухолях головного мозга у детей могут быть методом выбора, позволяющим проводить дифференциальный диагноз, определять топографию и распространенность опухоли (а в некоторых случаях и ее структуру), а также вести динамический контроль в послеоперационном периоде.

**Г.А. Леонов, Е.А. Крылова, М.О. Утешева, С.Ю. Желтикова,
Т.Н. Поташова, С.В. Пирязева**

СЛУЧАЙ СПИНАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Спинальный инсульт – это острое нарушение спинномозгового кровообращения, характеризующееся тремя патоморфологическими проявлениями - ишемией, кровоизлиянием или их сочетанием. Спинальные инсульты встречаются довольно редко (по данным нашей клиники соотношение их к церебральным инсультам составляет 1:500). Причиной ишемического спинального инсульта может быть окклюзия экстраспинальных сосудов, от которых берут начало корешково-медуллярные артерии, или непосредственное поражение интрамедуллярных сосудов. В подавляющем большинстве случаев поражается система передней спинальной артерии, кровоснабжающей передние 2/3 спинного мозга, а по длиннику чаще страдает либо шейное утолщение, либо весь нижний отдел спинного мозга.

Чаще всего нарушение спинномозгового кровообращения развивается внезапно, остро или подостро. У некоторых больных можно выделить фазу предвестников: преходящая слабость нижних и верхних конечностей, преходящие парестезии по спинальному проводниковому типу, преходящие нарушения функции сфинктеров тазовых органов. Их следует рассматривать как быстро преходящую локальную ишемию спинного мозга. В момент развития спинального инфаркта нередко наблюдаются рефлекторные церебральные расстройства в виде обморока, головной боли, тошноты, общей слабости, но они сравнительно быстро проходят, а спинномозговые расстройства остаются выраженными и зависят от локализации поражения.

Наблюдалась больная, у которой спинальный ишемический инсульт развился в результате сдавления артерии Адамкевича на почве вертеброгенного остеохондроза.

Больная Ж., 54 лет, 2.10.2005 г. была доставлена машиной скорой медицинской помощи в неврологическое отделение ОКБ с жалобами на отсутствие движений и чувствительности в ногах.

Из анамнеза известно, что заболевание развилось остро: появились боли и резкая слабость в нижних конечностях.

При поступлении состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД – 16 в 1 минуту. Сог-тоны приглушены, ритм правильный. АД 110/70. Живот мягкий, безболезненный. В неврологическом статусе: сознание ясное. Менингеальных знаков нет. ЧМН без патологии. СХР с рук живые, S=D, с ног СХР abs. Нижняя параплегия. Мышечный тонус в ногах низкий. Патологических знаков нет. Тотальная анестезия с уровня D₁₁. Нарушение функций тазовых органов по типу задержки.

На МРТ грудного отдела позвоночника определяется снижение высоты и интенсивности сигнала межпозвоночных дисков Th₆₋₇, Th₇₋₈, Th₈₋₉. Изменений в спинном мозге, дуральном мешке не выявлено. Заключение: остеохондроз грудного отдела позвоночника.

На МРТ поясничного отдела позвоночника определяется задняя грыжа диска L₅-S₁ размерами 0,8 x 0,4 x 1,3 см.

Окулист: ДЗН розовые, границы четкие, артерии узкие, извиты, вены полнокровны, извиты. Заключение: ангиопатия сетчатки.

Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный, белок - 0,31 г/л, цитоз - 7 кл/мкл. ОАК: эр - $3,6 \times 10^{12}$ /л, НЬ- 112 г/л, ЦП - 0,97, L - $5,2 \times 10^9$ /л, э - 0%, п - 6%, с - 58%, лф - 30%, м - 5%, СОЭ - 42мм/ч.

Биох. анализ крови: белок - 66 г/л, билирубин общ. - 29,3 мкмоль/л, прямой билирубин - 6,2 мкмоль/л, непрямой билирубин - 23,1 мкмоль/л, АЛАТ - 93 МЕ, АС АТ - 49МЕ, мочевины - 5,2 ммоль/л, креатинин-0,05 мкмоль/л, холестерин - 5,9 ммоль/л, ост. азот - 14,2 ммоль/л. ЭКГ: синусовый ритм. Суправентрикулярная экстрасистолия. Нормальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии левого желудочка. Клинический диагноз: спинальный инсульт в бассейне артерии Адамкевича с нижней вялой параплегией и нарушением функции тазовых органов.

Несмотря на проведенное лечение (пентоксифилин в/в капельно, трентал в/в капельно, рефортан в/в капельно, хлорид калия в/в капельно, мексидол в/в, актовегин в/в, ноотропил в/в, милдронат в/в, кортексин в/в, тиоктацид в/в капельно, рибоксин в/в, вит В], В₆ в/м, фраксипарин п/к, ницерголин в/м, тромбо-асс, дигоксин, преднизолон, найз), состояние больной без существенной динамики. Выписана под наблюдение невролога по м/ж.

Неврологический статус через год: без динамики, а на МРТ

определяется снижение высоты и интенсивности сигнала межпозвонковых дисков Th₆₋₇, Th₇₋₈, Th₈₋₉, а также отмечается уменьшение объема спинного мозга с уровня Th₈ и ниже.

Выводы.

Компрессия корешково-медуллярной артерии Адамкевича на почве вертеброгенного остеохондроза привела к спинальному инсульту с развитием нижней вялой параплегии, тотальной анестезии с уровня D₁₁ и нарушением функции тазовых органов по типу задержки. Комплексное лечение не дало существенного эффекта. МРТ в динамике верифицировала картину субатрофии ниже-грудного и поясничного отделов спинного мозга.

С.С. Казакова, П.Д. Хазов

**ИНСУЛЬТЫ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОГО БАССЕЙНА: ПРИЧИНЫ И
ФАКТОРЫ РИСКА**

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики

Инсульты вертебробазилярного бассейна (ВББ) встречаются относительно редко, протекают крайне тяжело и сопровождаются высокой смертностью и инвалидизацией. Уточнение причин развития заболевания, коррекция факторов риска определяют не только лечебную тактику, но и позволяют проводить профилактические мероприятия.

Нами проведён анализ основных причин и факторов риска возникновения инсультов, развившихся в системе ВББ у 95 больных в возрасте от 23 до 85 лет, среди них было 60 мужчин и 35 женщин. Характер инсульта, локализация и распространённость верифицированы данными магнитно-резонансной томографии: ишемический инсульт диагностирован у 69 больных, геморрагический – у 26 пациентов. Поражение стволового отдела мозга имело место у 44 человек, мозжечка – у 51.

Причины возникновения инсультов ВББ разнообразны: атеросклероз, артериальная гипертония (АГ), заболевания сердца (мерцательная аритмия, инфаркт миокарда, кардиомиопатия, миокардит и др.), сахарный диабет и др. Установление причины в каждом конкретном случае крайне затруднительно, в частности из-за сочетания их, типа инсульта и пр. Так, АГ, приводя к гипоглициемии и фибриноидному некрозу в сосудах опосредованно

ведёт к стимулированию атеросклероза и развитию сердечных заболеваний (инфаркт миокарда, мерцательная аритмия и др.), осложняющихся кардиогенной эмболией.

В большинстве случаев (90-95%) ишемический инсульт вызывается атеросклерозом церебральных и прецеребральных сосудов; поражением мелких церебральных артерий при АГ и кардиогенной эмболии. Относительно редко встречается гемодинамический ишемический инсульт, возникающий при падении артериального давления ниже допустимого уровня ауторегуляции мозгового кровообращения. Причинами геморрагического инсульта, наряду с атеросклерозом и АГ, является разрыв мешотчатых, либо артериовенозных аневризм. Кровоизлияние в мозг как осложнение гипертонической болезни занимает 2-ое место среди причин смерти, составляя ежегодно 50:100 тыс. населения. При консервативном лечении смертность составляет свыше 50%, а инвалидность достигает 75%. Несмотря на достижения микрохирургии, эти показатели составляют 30 и 50% соответственно.

Среди больных инсультом ВББ выделено: при ишемическом инсульте атеросклеротическая, гипертензивная, кардиоэмболическая и гемодинамическая группа пациентов; при геморрагическом – гипертензивная и аневризматическая группа пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Виды инсультов в вертебробазиллярном бассейне в зависимости от причины возникновения

| Тип инсульта | Группа пациентов | Количество пациентов |
|-----------------|---------------------|----------------------|
| Ишемический | Атеросклеротическая | 33 |
| | Гипертензивная | 18 |
| | Кардиоэмболическая | 15 |
| | Гемодинамическая | 3 |
| Геморрагический | Гипертензивная | 24 |
| | Аневризматическая | 2 |
| Всего пациентов | | 95 (100%) |

В последнее время большое внимание уделяется факторам риска нарушений мозгового кровообращения. Факторы риска возникновения инсульта вертебробазиллярного бассейна подразделены нами

на 2 группы: коррегируемые и некоррегируемые. К коррегируемым факторам отнесены гипертоническая болезнь, сахарный диабет, курение, алкоголизм, ожирение, гиподинамия, ранее перенесённое острое нарушение мозгового кровообращения; к некоррегируемым – возрастные особенности, мужской пол, наследственная предрасположенность. Нарушение кровообращения в вертебробазилярной артериальной системе чаще наблюдается у мужчин в возрасте 40 – 60 лет (41). Сахарный диабет (12), курение (48), ожирение (19) приводят к прогрессированию атеросклероза. Прямое отношение к возникновению ишемического инсульта имеют артериальная гипертония и атеротромботические заболевания сосудов.

Особого внимания заслуживают ранее перенесённые инсульты. При этом вероятность возникновения повторных инсультов увеличивается в 10 – 15 раз. Поэтому профилактика инсультов в этой группе больных чрезвычайно актуальна. Среди наших пациентов у 9 наблюдалось повторное нарушение мозгового кровообращения, причём у 6 пациентов имело место развитие ишемического инсульта с образованием новых очагов инфаркта в ранее непоражённых структурах стволово-мозжечковой области, у 3 пациентов развился геморрагический инсульт. Последний определялся в зоне кистозно-фиброзных изменений мозговой ткани после ранее перенесённого ишемического инсульта.

В заключение отметим, что установление причин и факторов риска возникновения инсультов ВББ позволяет сегодня и даёт возможность в будущем проводить профилактические мероприятия и определить лечебную тактику.

Н.В.Шатрова, Т.А.Юдаева, О.М.Худзик

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО РАДИОВОЛНОВОГО
ВОЗДЕЙСТВИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф**

Городская клиническая больница №11, г.Рязань

Радиоволновое воздействие на органы и ткани находит довольно широкое применение в клинической практике в качестве радиотерапевтических и радиохирургических методов лечения. У нас имеется опыт применения местного прицельного радиовол-

нового воздействия на ткани подслизистой оболочки нижних носовых раковин с помощью радиохирургического прибора «Сургитрон» с целью лечения хронического ринита.

Радиоволны определенных диапазонов (АМ-FM) с выходной частотой в приборе 3,8 МГц дают рассекающий эффект, который достигается за счет тепла, выделяемого при сопротивлении тканей при проникновении в них высокочастотных радиоволн. Волны эмитируются с кончика электрода. При этом отсутствует непосредственный контакт электрода с клетками, и разрушение ткани происходит в клеточном слое, воспринимающем волну. Рассекаемая ткань расходится в стороны и не нагревается. Для лечения хронического ринита нами использовалась методика подслизистой биполярной радиокоагуляции нижних носовых раковин частично выпрямленной волной.

Воздействию подвергалось 32 человека (мужчин – 14, женщин – 18) в возрасте от 20 до 57 лет (средний возраст – 34,3 ± 1,28 лет). Из них вазомоторный ринит выявлен у 20 человек, гипертрофический у 9, аллергический у 3. Основным критерием отбора больных для применения подслизистой биполярной радиокоагуляции нижних носовых раковин мы считали длительное регулярное использование пациентом деконгестантов (более 1 года от 3 до 8 раз в сутки). Предварительное обследование включало: переднюю риноскопию, общий анализ крови с исследованием времени кровотечения и свертываемости, общий анализ мочи, рентгенографию придаточных пазух носа.

Операция проводилась амбулаторно под местной аппликационной, в комбинации с инфильтрационной, анестезией. Иглы электрода-пинцета вводились в толщу нижних носовых раковин на всю длину, подача радиоволн осуществлялась с мощностью 4-6 ЕД в режиме коагуляции и регулировалась по ощущениям больного (при жжении воздействие временно прекращалось). Время непрерывного воздействия на ткань составляло 2-5 секунд. Затем пинцет медленно поэтапно извлекался из раковин во включенном состоянии. Общая продолжительность операции не превышала 30-40 минут с момента введения анестетиков. Сразу после операции все пациенты находились в удовлетворительном состоянии, ощущали свободное дыхание, сохраняли трудоспособность.

Всем больным контрольные осмотры проводились на 3, 14, 30

сутки после операции, 11 больным удалось провести контрольный осмотр через год. Основными критериями эффективности операции считали отказ пациентов от использования сосудосуживающих капель. Степень отека слизистой, затруднения дыхания оценивались по данным риноскопии, жалобам пациента и кратности применения деконгестантов в течение суток.

Наиболее выраженные изменения со стороны слизистой (реактивный отек) наблюдались к 3 дню. Дыхательная функция восстанавливалась постепенно: близко к нормальной - к 10 -14 дню, к концу месяца, как правило, - полностью. Больные переставали пользоваться деконгестантами.

К 14 дню дыхание восстановилось полностью в 65% случаев при вазомоторном рините и в 55,5% - при гипертрофическом. К 30 дню при вазомоторном рините полное восстановление дыхания отмечено уже у 80% больных. В целом положительный эффект от операции к 30 дню отмечен у 68,8 % всех пациентов. Следует отметить, что у 28% больных выявлено искривление носовой перегородки различной степени, что снижает качество результата.

Побочных эффектов и осложнений у большинства пациентов не было. В 2 случаях наблюдалось кровотечение в момент операции, которое не потребовало тампонады носа. 7 из 11 обследованных через год отказались от использования сосудосуживающих препаратов. У 4 больных результат достигнут не полностью (через 4-6 месяцев вновь потребовалось применение деконгестантов), следует отметить, что у 3 из них искривлена носовая перегородка, у 1 – аллергический ринит в момент сезонного обострения.

Таким образом, локальное радиоволновое воздействие оказывает требуемый физико-биологический эффект на ткани заданной глубины. При лечении хронического ринита методика подслизистой биполярной радиокоагуляции нижних носовых раковин наиболее эффективна при вазомоторных ринитах. Данный лечебный метод легко применим в амбулаторных условиях, позволяет сохранять трудоспособность пациента, предполагает минимальный объем предоперационного обследования, что является экономически выгодным. Кроме того, низкий риск послеоперационных осложнений и перспективы отказа от ежедневного использования сосудосуживающих капель в связи с восстановлением функции свободного дыхания, существенно повышают качество

жизни пациентов с хроническим ринитом.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ АДАПТАЦИИ КЛЕТОК, ТКАНЕЙ,
ОРГАНОВ К ДЕЙСТВИЮ РАЗЛИЧНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ,
ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

В.А. Солдатов

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ДАННЫМ
РЯЗАНСКОГО БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
(ЗА ПЕРИОД С 2004 ПО 2008 гг.)

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Туберкулезная инфекция по сей день остается одной из самых важных проблем не только нашей страны, но и всего мира. На сегодня туберкулез характеризуется тенденцией к распространению и занимает одно из первых мест как причина смерти среди других инфекционных болезней. Изучение различных форм болезни, вызванной микобактериями туберкулеза, представляет большой интерес для органов здравоохранения, помогая выделять приоритетные направления в оказании помощи населению, страдающему данным заболеванием.

Вскрытия трупов лиц, умерших от туберкулеза, проводится в областном Бюро судебно-медицинской экспертизы согласно распоряжению Управления здравоохранения Рязанской области.

Так, по данным Министерства Здравоохранения РФ в нашей стране в 2004 году диагноз туберкулеза посмертно был поставлен у 3311 больных (в 2003 году – 3263, в 2002 году – 2884), в том числе у 2091 больных, медицинское наблюдение которых осуществлялось в учреждениях системы Минздрава. В 2003-2002 годах числа этих больных составляли соответственно, 2147 и 1941. Посмертная диагностика туберкулеза среди всех умерших больных от туберкулеза в целом по стране и в учреждениях здравоохранения составила в 2004 году соответственно 14,3% и 9,0%. В 2003 году эти показатели были равны – соответственно 12,4% и 8,1%, 2002 году – 12,8% и 8,6%. На 100000 населения посмертная диагностика составляет 2,3%.

Оценивая эти результаты, перед нами возник следующий вопрос: «Какова смертность от туберкулеза в г. Рязани и прилегающих районах: Рыбновском, Рязанском и Спасском?»

Располагая данными аутопсий Бюро судебно-медицинской экспертизы, нами проведен статистический анализ смертности от болезни, вызванной микобактериями туберкулеза, за 5 лет (с 2004 по 2008 года). Результаты предпринятого исследования свидетельствуют, что смертность от данного заболевания в 2004 и 2005 годах была стабильна, начиная с 2006 года, показатели возросли, из-за прибавления вскрытий трупов лиц умерших в противотуберкулезном диспансере, и продолжила свой рост в 2008 году.

Так смертность от туберкулеза составила в 2004 году – 45 случаев (1,23% от общего количества вскрытий), в 2005 году – 46 (1,22%), в 2006 году – 65 случаев (1,98%), а в 2007 году – 118 случаев (3,27%).

При этом доля смерти от туберкулеза по отношению к общему числу аутопсий, составила в 2004 году – 1,23 % (при общем количестве вскрытий - 3659), в 2005 году — 1,22 % (при общем количестве вскрытий - 3757), в 2006 году — 1,98 % (при общем количестве вскрытий - 3288), в 2007 году – 3,27 % (при общем количестве вскрытий - 3610), в 2008 году – 3,6 % (при общем количестве вскрытий - 3359).

За анализируемый период отмечалось стойкое преобладание смертности мужчин по сравнению со смертностью женщин (табл. 1).

Таблица 1

Количество людей, погибших от туберкулеза

| Год | Мужчины | Женщины | всего |
|----------------------|-----------|----------|-------|
| 2004 | 34 (76%) | 11 (24%) | 45 |
| 2005 | 33 (72%) | 13 (28%) | 46 |
| 2006 | 52 (80%) | 13 (20%) | 65 |
| 2007 | 88 (75%) | 30 (25%) | 118 |
| 2008 | 103 (85%) | 18 (15%) | 121 |
| Всего за этот период | 310 (78%) | 85 (22%) | 395 |

Примечание. Проценты в таблице даны округленные.

Возраст умерших от болезни, вызванной микобактерией туберкулеза, колебался от 20 до 60 лет и старше, и лишь в 2007 году

был зарегистрирован один случай смерти от туберкулеза лица моложе 20 лет. Полученные данные указывают на преобладание смертности от данного заболевания в возрастной группе от 40 до 49 лет, за исключением 2005 года, где смертность преобладала в возрастной группе от 50 до 59 лет. А в 2008 году в возрастных группах от 30 до 39, от 40 до 49 и от 50 до 59 смертность в среднем была равна (табл. 2).

Таблица 2

Возраст людей, погибших от туберкулеза

| год | до 20 лет | от 20 до 29 лет | от 30 до 39 лет | от 40 до 49 лет | от 50 до 59 лет | от 60 лет и старше |
|-------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| 2004 | - | 5 (11%) | 8 (18%) | 15 (33%) | 9 (20%) | 8 (18%) |
| 2005 | - | 6 (13%) | 8 (17,5%) | 12 (26%) | 14 (30,5%) | 6 (13%) |
| 2006 | - | 5 (8%) | 13 (20%) | 21 (32%) | 14 (21,5%) | 12 (18,5%) |
| 2007 | 1 (0,8%) | 16 (13,2%) | 27 (23%) | 34 (29,5%) | 30 (25,5%) | 10 (8%) |
| 2008 | - | 13 (10%) | 31 (26%) | 28 (23%) | 29 (24%) | 20 (17%) |
| всего | 1 (0,25%) | 45 (12,25%) | 87 (22%) | 110 (30,5%) | 96 (25%) | 36 (10%) |

Примечание. Проценты в таблице даны округленные.

По проявлениям заболевания наиболее часто встречались фиброзно-кавернозная и диссеминированная формы. Количество умерших от данных форм туберкулеза с каждым годом возрастает. Основные данные приведены в таблице 3.

Другие формы болезни, вызванной микобактериями туберкулеза, были представлены милиарной, острой кавернозной, гематогенно-диссеминированной, казеозной пневмонией. Также необходимо отметить, что в качестве основного смертельного состояния по не понятным причинам были поставлены туберкулема, инфильтративный и очаговый туберкулез.

Таблица 3

Формы выявленного туберкулеза

| Формы выявленного туберкулеза | 2004 год | 2005 год | 2006 год | 2007 год | 2008 год |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| Милиарный | 4 | 8 | 5 | 3 | 7 |
| Фиброзно-кавернозный | 14 | 15 | 26 | 72 | 59 |
| Острый кавернозный | 4 | 1 | 1 | - | 1 |
| Диссеминированный | 8 | 7 | 14 | 27 | 36 |
| Гематогенно-диссеминированный | 6 | 3 | 5 | 5 | 3 |
| Казеозная пневмония | 6 | 10 | 9 | 9 | 11 |
| Цирротический | - | - | 3 | - | 1 |
| Туберкулезный плеврит | - | - | 2 | 1 | - |
| Вне легочный и tbc ВГЛУ | - | - | - | - | 3 (2 и 1) |
| Туберкулема | 1 | 1 | - | - | - |
| Инфильтративный | 1 | 1 | - | 1 | - |
| Очаговый | 1 | - | - | - | - |
| Всего | 45 | 46 | 65 | 118 | 121 |

Проведенный анализ летальности показывает, что наиболее частой причиной смерти от туберкулеза, являются такие формы как фиброзно-кавернозный и диссеминированный, поражающие преимущественно мужчин в возрасте от 40 до 59 лет.

П.Г. Швальб, Ю.И. Ухов, А.А. Царегородцев

**ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СТЕНКЕ ВЕН
ПРИ РЕЦИДИВАХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ**

Кафедра биологии и гистологии

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии

Частота послеоперационных рецидивов варикозной болезни вен нижних конечностей значительно превышает частоту таких при других хирургических заболеваниях. Процент рецидивов

по данным различных авторов колеблется от 15 до 70. Как ни странно, до сих пор в литературе нет четкой трактовки понятия рецидива варикозной болезни, поэтому сведения о частоте последних весьма разноречивы.

Целью работы являлось не только стандартное выяснение причин рецидивов варикозной болезни, но и выявление особенностей гистологических изменений в стенке вены при рецидивах заболевания. Анализу подверглись 135 больных. У всех пациентов был рецидив варикозной болезни вен нижних конечностей.

Из 135 больных 41 (30,4%) было мужчин, 94 (69,6%) – женщин. Возраст составлял от 21 до 74 лет. Срок, прошедший от начала заболевания до выполнения первичной операции у всех пациентов составлял 5 и более лет. У 121 (89,6%) пациента был первый рецидив, у 14 (10,4%) – выявлялся повторный рецидив. Давность рецидива составляла от 6 месяцев до 38 лет. Всем больным выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей, а также флебографическое исследование.

Причины рецидивов по данным проведенных методов обследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Причины рецидивов варикозной болезни

| Причины рецидивов | | Частота | Всего |
|--|---|---------------|---------------|
| Технические недостатки при выполнении первичной операции | Патологическая культя большой подкожной вены | 13 (9,6%) | 65 (48,2%) |
| | Неудаленный основной ствол большой подкожной вены | 34 (25,2%) | |
| | Дополнительный ствол большой подкожной вены | 16 (11,9%) | |
| | Неудаленная малая подкожная вена | 2 (1,5%) | |
| Прогрессирование варикозной болезни | Несостоятельные коммуникантные вены | 39 (28,9%) | 70 (51,8%) |
| | Малая подкожная вена | 13 (9,6%) | |
| | Мелкие варикозные вены | 18 (13,3%) | |

Всем больным было выполнено повторное оперативное вмешательство.

Фрагменты варикозно-измененных вен, удаленных во время операции, подвергались гистологическому исследованию.

Проводилась окраска гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, а также фукселин-пикрофуксином, для выявления гладкой мускулатуры и всех волокнистых структур соединительной ткани.

Выборочно часть препаратов окрашивались толуидиновой синим, на полисахариды по Мак-Манусс (ШИК-реакция) и по Маллори с целью более детального выявления компонентов соединительной ткани.

Сопоставляя данные микроскопического исследования гистологических препаратов варикозных вен с причинами рецидивов заболевания выявлялась следующая закономерность:

1. Если рецидив варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей связан с продолжением течения варикозного флебосклероза (прогрессирование заболевания), захватывающего новые участки венозной системы, то при исследовании этих участков выявлялись изменения, характерные для ранних форм варикозной болезни, а именно: миоэластоз, миоэластофиброз интимы, интерфасцикулярный фиброз меди (рис. 1).

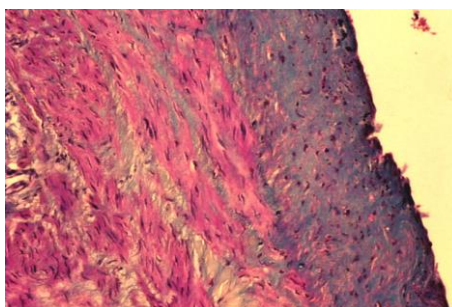


Рис. 1. Миоэластоз интимы, интерфасцикулярный фиброз средней оболочки. Окраска по Маллори. x280.

2. В тех случаях, когда мы имели дело с техническими ошибками и недостатками при выполнении первичной операции, то при гистологическом исследовании участков вен выявлялись изменения, характерные для поздних форм варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей (склероз, гиалиноз, оча-

говая дезорганизация соединительной ткани интимы по типу мукоидного набухания, деформирующий рубцовый склероз средней оболочки) вследствие длительного воздействия основных патогенетических факторов варикозной болезни (рис. 2).

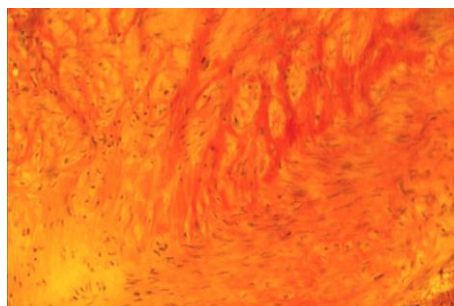


Рис. 2. Деформирующий рубцовый флебосклероз с поражением средней оболочки (сверху) и медиоинтимальной зоны (снизу). Окраска пикрофукксином. x200.

Выводы:

1. 48,2% рецидивов варикозной болезни вен нижних конечностей обусловлено техническими недостатками при выполнении первичной операции.
2. Более половины рецидивов (51,8%) очевидно возникли в результате прогрессирования заболевания.
3. Для рецидивов варикозной болезни вследствие прогрессирования заболевания более характерны ранние формы варикозного флебосклероза, напротив техническим рецидивам более свойственны поздние гистологические стадии варикозного флебосклероза.

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

**В.А. Парамонова, Г.А. Пономарева, Е.П. Куликов,
Т.П. Зубарева**

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В РЯЗАНСКОЙ
ОБЛАСТИ

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики ФПДО
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО
Рязанский областной клинический онкологический диспансер

Среди комплекса социально–значимых болезней злокачественные новообразования занимают одно из ведущих мест вследствие значительной утраты трудоспособности населения, неуклонного роста заболеваемости и смертности от данной патологии (Венедиктов В.В., 1999; Заридзе Д.Г., 2001).

Основой разработки противораковых мероприятий является достоверная информация об уровне онкологической заболеваемости и качественных показателях специализированной медицинской помощи (Николаева Т.И., 2007).

В Рязанской области в 2007 г. зарегистрировано 4958 больных, впервые взятых на учет с диагнозом «злокачественные новообразования». По сравнению с 1998 г. темп прироста составил +2,6%. К концу 2007 г. на учете состояло 23180 пациентов с установленным диагнозом, численность онкологических больных составила 2,2% всего населения Рязанской области (табл. 1).

Профилактическим осмотрам в области ежегодно подвергается значительные и все возрастающие контингенты населения, однако многолетний анализ показывает их низкую эффективность.

Охват населения профилактическими осмотрами в 2007 г. составил 68,2%, в 1998 г. – 55,1%. При этом показатель выявляемости составил в 1998 г. – 0,7 случая на 1000 осмотренных, в 2007 г. – 1,1 случай на 1000 осмотренных.

Таблица 1

Основные показатели деятельности онкологической службы
Рязанской области за 1998-2007 гг.

| Исследуемый показатель | Год | |
|---|--------|--------|
| | 1998 | 2007 |
| Выявлено при профосмотрах (%)* | 10,0 | 17,9 |
| Морфологическая верификация диагноза (%)* | 80,9 | 85,6 |
| Распределение вновь выявленных больных по стадиям (%)*: | | |
| I-II | 30,7 | 40,4 |
| III | 28,0 | 23,1 |
| IV | 27,0 | 28,4 |
| Не установлена | 14,3 | 8,1 |
| Общая летальность (%) | 16,7 | 12,9 |
| Летальность на первом году с момента установления диагноза (%)* | 42,8 | 35,3 |
| Находились под наблюдением на конец года, тыс. | 1464,1 | 1977,3 |
| Из них 5 лет и более, % | 51,3 | 53,5 |
| Индекс накопления контингентов** | 4,0 | 4,7 |

* от числа больных с установленным впервые в жизни диагнозом.

** отношение контингентов, состоящих на учете на конец года, к числу вновь выявленных больных.

Доля больных со злокачественными новообразованиями, выявленных при профилактических осмотрах остается низкой, хотя и имеет некоторую тенденцию к увеличению (1998 г. – 10,0%; 2007 г. – 17,9 %).

По локализациям, от числа впервые выявленных, первое место занимает рак шейки матки (45,7%), далее – новообразования кожи (42,1%), щитовидной железы (35,8%), молочных желез (33,4%), трахеи, бронхов, легких (29,3%). Необходимо отметить, как недопустимо низкий следует рассматривать показатель активной выявляемости (менее 50%), новообразований трахеи, бронхов, легкого, а также новообразований визуальных локализаций.

Положительным моментом при оценке ранней диагностики злокачественных новообразований является увеличение в 1,3 раза

в 2007г. доли больных с I-II стадиями опухолевого процесса, выявленных при профилактических осмотрах.

Но, следует отметить, что показатель запущенности, имевший тенденцию к снижению до 2006 г., вновь превысил в 2007 г. уровень 1998 г. в 1,4 раза. Увеличение удельного веса злокачественных новообразований, выявленных с IV стадией опухолевого процесса в 2007 г. произошло за счет следующих локализаций: опухоли пищевода, гортани, трахеи, бронхов, легкого, ободочной кишки, в том числе с III – IV стадиями среди визуальных локализаций: опухоли полости рта и глотки, кожи, молочной железы, шейки матки, щитовидной железы.

Доля диагнозов, получивших морфологическое подтверждение, возросла в 1,1 раза в 2007 г. по сравнению с 1998 г. при всех локализациях новообразований. При ряде локализаций диагноз имеет морфологическое подтверждение в 100% случаях. К ним относятся новообразования губы, кожи, шейки и тела матки, щитовидной железы, костей и мягких тканей, лимфатической и кровеносной ткани.

Доля больных, находящихся под наблюдением 5 и более лет по поводу злокачественного новообразования, выросло по сравнению с 1998 г. в 1,5 раза и составила в 2007 г. 53,5%.

Накопление контингентов онкологических больных в значительной степени связано с достижением ранней диагностики новообразований и эффективностью лечения. Индекс накопления контингентов увеличился по сравнению с 1998 г. и составил 4,7 в 2007 г.

Показатели летальности больных злокачественными новообразованиями (общий и на первом году с момента установления диагноза) отражают состояние диагностики и лечения данной категории пациентов, которые составили в 2007 г. 12,9% и 35,3% соответственно, что на 1,3 раза меньше, чем в 1998 г.

Кроме того, показатель одногодичной летальности позволяет оценить относительный риск смерти онкологических больных. На протяжении рассматриваемого периода высокой остается летальность в течение первого года у больных раком пищевода (67,9%), желудка (62,5%), трахеи, бронхов, легкого (59,3%), костей и мягких тканей (44,8%), ободочной кишки (41,7%).

Проведенный анализ свидетельствует о достаточно высокой информативности основных показателей состояния онкологиче-

ской службы в Рязанской области и подтверждает необходимость решения вопросов своевременного выявления больных злокачественными новообразованиями и разработки эффективных мер профилактики.

П.Г. Швальб, С.В. Баранов

**АМПУТАЦИЯ КАК ОДНА ИЗ ШТАТНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ В СТАДИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ**

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии

В течение последних 3 лет в отделении сосудистой хирургии Рязанского областного клинического кардиологического диспансера (РОККД) в связи с невозможностью реконструктивно-восстановительной операции или неэффективностью консервативных мероприятий из-за обширного поражения периферического русла по жизненным показаниям было выполнено 150 ампутаций, 141 (94%) на уровне бедра и 9 (6%) на уровне голени. Из них 103 (68,7%) первичных и 47 (31,3%) вторичных ампутаций. При общем количестве плановых реконструктивных и восстановительных операций 554.

В предоперационном и послеоперационном периодах проводились мероприятия, направленные на улучшение сердечно-сосудистой деятельности, дезинтоксикацию организма, профилактику тромбозов и эмболии легочной артерии (ТЭЛА) и раневой инфекции, в том числе гемотрансфузии по показаниям.

В настоящее время разработано много методов оценки качества жизни, но все они имеют многосложные дублирующиеся вопросы, на которые пациенты часто затрудняются ответить. Это привело нас к созданию собственного опросника с особой спецификой. Опросник был разделен на 3 блока: самочувствие, физическая активность и экономические расходы. В зависимости от количества набранных баллов, качество жизни оценивалось как удовлетворительное (≥ 21 балл) и неудовлетворительное (≤ 20 баллов).

Пациенты заполняли опросник в предоперационном периоде, в ближайшем послеоперационном периоде после снятия швов с культи, а также в отдаленном послеоперационном периоде через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 12 месяцев, 18 месяцев и 24 месяца.

В предоперационном периоде все 150 пациентов заполняли

опросник впервые. Результатом было неудовлетворительное качество жизни (≤ 20 баллов). В ближайшем послеоперационном периоде 146 (97,3%) пациентов заполняли опросник второй раз после снятия швов с культи. Результатом было удовлетворительное качество жизни (≥ 21 балл).

Сведения о способе передвижения ампутантов были получены от 121 опрошенного. В отдаленном послеоперационном периоде протезом пользовались 48 (39,7%) человек, и все они отмечали увеличение качества жизни. Однако 18 пациентов (все они имели протез бедра) после получения протеза испытывали затруднения из-за неудобства протеза. 47 (38,8%) ампутантов пользовались костылями. На коляске передвигалось 17 (14,06%) человек. При этом в 12 случаях коляска служила средством передвижения по квартире, и только 5 выезжали на улицу. 9 (7,44%) пациентов были неподвижными.

При анализе отдаленных результатов у пациентов, подвергшихся ампутации, выявлено значительное повышение качества жизни, прослеживающееся в течение 3 – 4 недель. В дальнейшем отмечается постепенное снижение качества жизни. В тоже время, начиная с момента использования протеза, 48 пациентов отмечали повышение качества жизни. Показатели качества жизни ампутантов передвигающихся на костылях также были удовлетворительными. В то время как показатели качества жизни больных передвигающихся с помощью коляски прогрессивно падали, но в итоге сохранялись на уровне удовлетворительных.

Таким образом, неправильно считать ампутацию конечности финалом неудачного лечения облитерирующего процесса. Скорее, это операция, заканчивающая тяжелое течение болезни. Поэтому своевременно и правильно выполненная ампутация без общих и местных осложнений в послеоперационном периоде, хотя и приводит к инвалидизации, но, как это ни парадоксально звучит, улучшает некоторые разделы качества жизни пациента. Как следствие, ампутация является одним из штатных, хотя и нежелательных методов лечения больных в стадии критической ишемии.

Процесс реабилитации больных в стадии критической ишемии с безрезультатной попыткой восстановления кровотока после ампутации конечности в зависимости от способа передвижения протекает в 2 периода: во всех случаях первый период характери-

зуется повышением качества жизни, прослеживаемым в срок до 4 недель после ампутации; второй период в случае передвижения на костылях и особенно на протезе характеризуется сохранением тенденции к удовлетворительному качеству жизни; второй период в случае передвижения на коляске характеризуется постепенным снижением качества жизни, но в итоге остается в удовлетворительных пределах.

П.Г. Швальб, С.В. Баранов

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ВТОРИЧНЫХ АМПУТАЦИЙ

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии

Ретроспективно были проанализированы истории болезни 33 больных, находившихся в сосудистом отделении РОККД в период с 2002 г. по 2006 г. с хронической критической ишемией нижних конечностей (ХКИНК), которым были выполнены вторичные ампутации после плановых реконструктивных операций. В исследование не вошли пациенты, страдающие сахарным диабетом.

Продолжительность основного заболевания колебалась от 1 до 5 лет – 22 человека, от 6 до 10 лет – 7 человек, от 11 до 15 лет – 2 человека и от 16 до 20 лет – 2 человека.

Всем пациентам проводились: рентгеноконтрастная ангиография, ультразвуковая доплеросфигмоманометрия, ультразвуковое дуплексное сканирование. Из числа больных с ХКИНК ранее перенесли ампутацию контрлатеральной конечности 5 пациентов.

Всем больным были выполнены плановые реконструктивные операции. В течение ближайшего послеоперационного периода возник ряд осложнений: в группе больных с длительностью анамнеза от 1 до 5 лет с бедренно-подколенной окклюзией и III стадией заболевания (8 человек-24%) имел место тромбоз в 5 случаях, кровотечение в 1, нагноение в 1 случаях соответственно. В группе больных с длительностью анамнеза от 1 до 5 лет с бедренно-подколенной окклюзией и IV стадией заболевания (11 человек-33%) имел место тромбоз в 7 случаях, нагноение в 1 случае. В группе больных с длительностью анамнеза от 6 до 10 лет с бедренно-подколенной окклюзией и IV стадией заболевания (5 человек-15%) имел место тромбоз в 1 случае. В группе больных с

длительностью анамнеза от 11 до 15 лет с бедренно-подколенной окклюзией и III стадией заболевания (1 человек-3%) имели место тромбоз в 1 случае. В группе больных с длительностью анамнеза от 16 до 20 лет с бедренно-подколенной окклюзией и III стадией заболевания (1 человек-3%) имело место кровотечение. И в группе больных с длительностью анамнеза от 16 до 20 лет с бедренно-подколенной окклюзией и IV стадией заболевания (1 человек-3%) имел место тромбоз в 1 случае.

Таким образом, наибольшее количество тромбозов (ретромбозов) имели место в группе больных с длительностью анамнеза от 1 до 5 лет с бедренно-подколенной окклюзией III и IV стадиях заболевания, а также в группе больных с длительностью анамнеза от 6 до 10 лет с бедренно-подколенной окклюзией и IV стадией заболевания.

В связи с данными осложнениями имели место повторные реконструктивные и восстановительные операции.

Всем больным после плановой реконструктивной операции в связи с развитием в раннем послеоперационном периоде вышеописанных осложнений и прогрессировании ишемии была выполнена ампутация бедра в сроки от 2 до 15 суток (из них в одном случае ампутация голени с последующей ампутацией бедра).

Не было зафиксировано ни одного случая летального исхода.

Общее количество вторичных ампутаций выполненных после реконструктивных операций в сосудистом отделении РОККД за период с 2002г по 2006г 33 случая. Общее количество реконструктивных операций выполненных за этот период 426 случаев.

Таким образом, причинами неблагоприятных исходов реконструктивных операций у больных с ХКИНК являлись:

- недостаточная дооперационная оценка состояния периферического русла (недостаточный прием) 10 случаев, что выразилось в окклюзии путей приема (глубокой бедренной артерии, подколенной артерии и берцовых артерий), а в случае пластики глубокой бедренной артерии недостаточным коллатеральным кровотоком между системой глубокой бедренной артерии, системой подколенной артерии и берцовых артерий. В 3 случаях имели место недостаточные пути притока (стеноз подвздошных артерий);

- при доказанных на ангиографическом исследовании и интраоперационно неудовлетворительном периферическом русле (про-

тяжелая окклюзия берцовых артерий, подколенной артерии) в сочетании с недостаточными путями притока (гемодинамически значимый стеноз подвздошной артерии), низком лодыжечном давлении (менее 30 мм рт. ст.), наличии трофических поражений (некрозов, язв) следует отказаться от реконструктивной операции в пользу первичной ампутации (11 случаев);

- технические погрешности при выполнении реконструктивной операции имели место в 3 случаях, (сужение анастомозов 1 случай и не полностью выполненные эндартерэктомии, 2 случая, с последующим тромбозом);

- инфекция в ближайшем послеоперационном периоде: 1 случай удаления шунта в связи с его нагноением и 1 случай нагноения операционной раны после эндартерэктомии из бедренных артерий;

- плохой гемостаз по окончании операции 2 случая;

- в 2 случаях причину неблагоприятного исхода реконструктивной операции клинически манифестирующую повторными тромбозами и повлекшую за собой ампутацию бедра, выяснить не удалось.

**А.П.Швальб, С.В.Грязнов, Р.Е.Калинин, В.Т.Кумахов,
В.В.Карпов**

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С
НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии
Рязанская городская больница скорой медицинской помощи

Хирургическая патология сосудов, связанная с парентеральным введением наркотических средств, в настоящее время превратилась в глобальную проблему.

В 2000 году в России началась мощная наркоэпидемия, которая сегодня угрожает погубить значительную часть российской молодёжи. Согласно данным НИИ наркологии Минздрава РФ, показатель числа наркоманов в расчёте на 100 тыс. населения в Москве вырос за последние 7 лет в 10 раз!

В городе Рязани увеличивается число потребителей наркотических веществ опийной группы, включающих преимущественно кодеинсодержащие препараты и кустарно приготовленный из них дезоморфин.

В связи с прогрессивным ростом распространенности наркомании в 70-80 гг. за рубежом появилось большое число публикаций, посвященных этой проблеме. В России научные публикации по этой теме были единичными, и только в течение последних нескольких лет интерес к этой проблеме появился и у нас в стране.

Существуют различные взгляды на то, какие оперативные вмешательства должны выполняться при постинъекционных повреждениях магистральных сосудов у больных наркоманией.

В течение весьма непродолжительного предоперационного периода и, что более часто, в ходе самой операции необходимо определить объем вмешательства — будет ли это иссечение аневризмы с лигированием магистральных артерий, либо реконструктивная операция с восстановлением кровотока в конечности.

За период с 2005 г. и по настоящее время в отделении сосудистой хирургии Рязанского областного клинического кардиологического диспансера и отделении гнойной хирургии больницы скорой медицинской помощи находились на лечении 67 пациентов с 70 постинъекционными ложными аневризмами периферических артерий. Гепатит В был диагностирован в 26% случаев, гепатит С — в 87%, ВИЧ-инфекция — в 37%, туберкулез — в 20%; у 13% пациентов имелся сопутствующий сахарный диабет.

У 60 (89,6%) пациентов была выполнена резекция аневризмы с перевязкой наружной подвздошной артерии, у 7 (10,4%) — резекция аневризмы с перевязкой артерий верхней конечности. Вторичная ампутация после лигирующих операций была произведена у 9 (13,4%) пациентов ввиду развития необратимой ишемии конечности, из них один пациент умер в результате сепсиса. Таким образом, несмотря на перевязку подвздошной, бедренной артерий, глубокой артерии бедра, магистральных артерий верхних конечностей критическая или необратимая ишемия возникли лишь в 13,4% случаев, что совершенно необычно для лигирующих операций. Механизмы подобной компенсации кровообращения в конечностях в условиях острой ишемии после перевязки магистральных артерий до конца не изучены.

Наряду с ложными артериальными аневризмами распространенной патологией среди наркоманов являются постинъекционные тромбофлебиты глубоких вен нижних конечностей. Всего мы

наблюдали 98 таких пациентов, из них 78 (79,6%) было проведено консервативное лечение, а 20 (20,4%) — хирургическая профилактика тромбоэмболии ветвей легочной артерии, в том числе имплантация кава-фильтра (у 17), перевязка бедренной вены (у 2) и перевязка наружной подвздошной вены (у одного).

**А.П.Швальб, С.В.Грязнов, Р.Е.Калинин, В.Т.Кумахов,
В.В.Карпов**

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Кафедра ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии
Рязанская городская больница скорой медицинской помощи
Рязанское бюро судебно-медицинской экспертизы

Несмотря на актуальность проблемы инъекционной наркомании, в литературе крайне мало работ, посвященных изучению системных сосудистых изменений при этой патологии. Мы постарались ответить на некоторые вопросы, проведя соответствующие патологоанатомические исследования.

На материале Рязанского бюро судебно-медицинской экспертизы мы проанализировали 100 результатов вскрытий умерших с признаками инъекционной наркомании. С научно-медицинской точки зрения, данный контингент дает уникальную возможность изучения реакций организма на многократные внутрисосудистые инъекции нестерильных химически активных веществ в остром эксперименте. В результате анализа выявились характерные для инъекционной наркомании морфологические блоки поражения, выделение которых обосновано их патогенетическим значением, наличием своеобразного клинико-морфологического симптомокомплекса и особенностями течения (область введения наркотического вещества; изменения вен; изменения в стенке бедренной артерии; поражение легких; поражение сердца; септические состояния).

Таким образом, можно говорить о системном поражении сосудистого русла при хронической инъекционной наркомании, в основе которого лежат два одновременных процесса — воспалительный и дегенеративный. Причем первый чаще всего затрагивает венозное звено, второй — артериальное. Возникающие вслед

за этим неоангиогенез, гипертрофия гладких мышц стенки дистальных вен, перестройка сосудов легких, гипертрофия миокарда, гиперплазия лимфоидной ткани, костного мозга и т.д. носят компенсаторно-приспособительный характер. Используя такой подход, мы в качестве рабочей гипотезы предлагаем объяснения некоторых указанных клинических феноменов, наблюдаемых исключительно у пациентов с относительно длительным анамнезом инъекционной наркомании.

По нашему мнению, феномен устойчивости нижних конечностей к нарушению кровообращения объясняется выраженным неоангиогенезом в инфраингвинальной области. Особенности его являются:

- широкие просветы и большая плотность новообразованных сосудов;
- сформированные стенки из гладкомышечных и коллагеновых волокон;
- связь новообразованных сосудов с адвентицией вен и артерий.

Ангиохирургическое значение описанных изменений состоит в следующем. Можно с большой долей достоверности предположить, что успешная реконструкция артерий возможна в случаях с невыраженными воспалительными и склеротическими процессами в инфраингвинальной области или другой области введения. Такая ситуация возможна при использовании хорошо очищенных (дорогих) наркотических средств и/или малом количестве инъекционных повреждений; описанный вариант не характерен для среднестатистического наркомана России. В большинстве случаев наблюдаются выраженные воспалительно-склеротические изменения в периваскулярных тканях, и при этом реконструктивные операции должны уступать место лигатурным. Если аневризма и последующая перевязка артерии происходят на фоне сформированных анастомозов, компенсация возможна. В тех случаях, когда после лигатурной операции развивается обратимая ишемия, можно предполагать незрелость коллатералей.

Вопрос возможности и частоты тромбоэмболии в систему лёгочных артерий у пациентов с ограниченным тромбофлебитом при повторных нестерильных внутривенных инъекциях остается

открытым. Казалось бы, эмбологенность в этих условиях должна быть минимальной, так как тромб организуется, уплотняется, срастается со стенкой вены. Однако такое течение можно рассматривать как благоприятное. В других случаях внутривенное введение химически активных веществ может вызывать при замедленном кровотоке в подвздошной вене образование флотирующих тромбов. Можно также предполагать и рецидивирующую тромбоэмболию при гнойном расплавлении тромба. Не исключается тромбоэмболия из полостей сердца, а также при расплавлении или отрыве пристеночных тромбов легочных артерий. Определение источника тромбоэмболии имеет значение для выбора метода профилактики и лечения. Причем необходимо помнить, что выявленный источник может оказаться не единственным.

Ю.Б.Кириллов, Д.А. Пузин, М.И. Шилова, А.И.Донюков
РОЛЬ СРОЧНОГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
 Кафедра хирургических болезней с курсом урологии
 Городская клиническая больница №11

Несмотря на бурное развитие эндокринной хирургии остаются нерешенными ряд диагностических и лечебных аспектов в данной области медицины. Один из них – дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы (ЩЖ) как до, так и во время оперативного вмешательства. Одним из вариантов интраоперационной морфологической верификации доброкачественных и злокачественных опухолей ЩЖ является срочное интраоперационное гистологическое исследование. Точность данного метода оценивается в 64 - 96%. Возможности метода очень ограничены, в особенности в диагностике фолликулярного рака (чувствительность – 23 - 40%, диагностическая точность – 8%) и при В-клеточных опухолях ЩЖ.

Цель исследования: выяснить диагностическую точность срочного интраоперационного гистологического исследования при операциях по поводу рака ЩЖ.

Проанализированы результаты срочного интраоперационного гистологического исследования при операциях по поводу рака

ЩЖ и сравнены с результатами окончательного гистологического исследования у этих же пациентов за период с 1998 по 2008 гг.

Срочное морфологическое исследования проводилось непосредственно во время операции. Сначала морфологом препарат оценивался макроскопически, далее часть опухоли без фиксации замораживалось углекислотой. Срезы толщиной 15-20 мкм. производились микротомом. Полученный препарат окрашивался гематоксилин-эозином. Микроскопия производилась на световом микроскопе при увеличении $\times 100$. Время приготовления препарата и оценки микроскопической картины морфологом 15 ± 2 мин. Плановое гистологическое исследование производилось методом фиксации препарата 10% формалином и заливки в парафин. Срезы толщиной до 10 мкм. производились микротомом. Полученный препарат окрашивался гематоксилин-эозином. Микроскопия производилась при увеличении $\times 100$. Заключение через 4 дня. Все срочные интраоперационные гистологические исследования в нашей клинике проводились одним и тем же морфологом (за исключением периода отпусков), общий стаж работы которого составляет более 30 лет.

С 1998 по 2008 гг. было оперировано 483 больных по поводу рака ЩЖ. Распределение по годам представлено в таблице 1.

Таблица 1

Количество больных оперированных по поводу рака ЩЖ

| 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 32 | 55 | 47 | 52 | 53 | 46 | 41 | 39 | 45 | 37 | 36 |

Гистоструктура опухолей: папиллярный рак – 67,9%, фолликулярный – 7,1%, медуллярный – 4,2%, низкодифференцированный – 1,6%, микрокарциномы – 19,2%.

У всех больных оперированных в нашей клинике на щитовидной железе мы проводим срочное интраоперационное гистологическое исследование по вышеуказанной методике. Также все удаленные участки ЩЖ подвергались плановому гистологическому исследованию по стандартной методике.

При сравнении результатов срочного и планового морфологического исследования выявлены 34 (7,0%) ошибки (табл. 2).

Таблица 2

Количество ошибок

| 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2 | 6 | 7 | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 |

Ошибки разделены на ложноположительные (при срочном исследовании верифицирован рак, при плановом – доброкачественные опухоли) и ложноотрицательные (при срочном исследовании верифицирована доброкачественная опухоль, при плановом – рак). Ложноотрицательные, в свою очередь, разделены на клинически значимые, когда при срочном исследовании диагностированы доброкачественные опухоли и, соответственно, выполнены органосохраняющие операции, и на клинические незначимые, когда при окончательном исследовании верифицирован другой вариант рака ЩЖ или были выявлены микрокарциномы на фоне доброкачественного зоба. Но поскольку в последнем случае были выполнены радикальные операции (в случае злокачественной опухоли), или органосохраняющие операции при сочетании доброкачественного зоба и микрокарцином, это не повлияло на отдаленные результаты лечения.

Ложноположительные ошибки выявлены в 3 (0,6%) случаях, когда при срочном гистологическом исследовании верифицирован фолликулярный рак, а при плановом – фолликулярная аденома. Всем выполнены тиреоидэктомии.

Ложноотрицательные клинически незначимые ошибки выявлены в 22 (4,6%) случаях. В 8 (1,6%) случаях при плановом исследовании дополнительно выявлены микрокарциномы, а в 14 (2,9%) случаях был верифицирован другой вариант рака. В случаях со случайно выявленными микрокарциномами произведены органосберегающие операции, но в отдаленном периоде рецидива выявлено не было.

Ложноотрицательные клинически значимые ошибки выявлены в 9 (1,9%) случаях. В 6 возникли сложности при дифференцировке фолликулярной аденомы и фолликулярного рака ЩЖ, в 2 – при дифференцировке медуллярного рака и С-клеточной аденомы, в 1 при срочном исследовании диагностирован коллоидный узел с некрозом, а при плановом – папиллярный рак. Всем этим больным выполнены органосохраняющие операции различного объема. Рецидив выявлен только в одном случае (фолликулярный рак при плановом исследовании) через год после первой операции – проведена повторная операция в объеме тиреоидэктомии. 7 случаев ложноотрицательных клинически значимых ошибки от-

носится на период отпусков, когда срочное интраоперационное гистологическое исследование проводил другой морфолог.

Выводы.

Срочное интраоперационное гистологическое исследование достаточно информативно при верификации рака ЩЖ (количество клинически значимых ошибок – 1,9%), но только в руках опытного морфолога. Наиболее трудным для дифференциальной диагностики являются фолликулярные опухоли и опухоли из С-клеток.

Р.В.Аристархов, Ю.Б.Кириллов, В.Г.Аристархов, М.В.Хашумов
ПРИЧИНЫ ОШИБОЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У
БОЛЬНЫХ С ПОДОСТРЫМ ТИРЕОИДИТОМ ДЕ КЕРВЕНА
Кафедра хирургических болезней с курсом урологии
Городская клиническая больница №11

Подострый тиреоидит де Кервена – воспалительное заболевание щитовидной железы вирусной этиологии, встречается довольно редко по сравнению с такой патологией, как узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит и диффузный токсический зоб, но чаще, чем острый тиреоидит и фиброзирующий тиреоидит Риделя.

По нашим данным, подострый тиреоидит наиболее часто встречается в возрасте от 30 до 50 лет. У женщин это заболевание встречается гораздо чаще, чем у мужчин. Начиная с 2000 года, количество больных с подострым тиреоидитом де Кервена увеличилось в 4 раза, по сравнению с предыдущими годами. Эти больные лечатся как в отделении эндокринной терапии, так и в отделении эндокринной хирургии городской больницы №11 г. Рязани, причем их количество в отделении эндокринной хирургии растет из года в год. Это объясняется тем, что в отделении эндокринной хирургии проводится принципиально новый метод лечения таких больных с помощью низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного спектра, имеющий явное преимущество перед традиционной глюкокортикоидной терапией, при этом отсутствуют побочные эффекты и значительно сокращается время нетрудоспособности больных подострым тиреоидитом. Нами получен патент РФ на комплексный метод лечения подострого тиреоидита де Кервена.

В отделении эндокринной хирургии проводится около 900 опе-

раций на щитовидной железе в год. При изучении нашего оперативного материала оказалось, что ежегодно оперируются 1-2 человека с окончательным гистологическим диагнозом подострый тиреоидит. Мы изучили истории заболевания этих пациентов, чтобы выявить причину диагностических ошибок, из-за которых эти больные были оперированы.

Характерными клиническими признаками подострого тиреоидита являются: плотный, как правило, болезненный при пальпации участок ткани щитовидной железы, который при УЗИ выглядит как участок или узел низкой эхогенности, неоднородной структуры, без четких контуров. Также для тиреоидита де Кервена характерна высокая СОЭ. Если не учитывать эти признаки - возможна диагностическая ошибка.

Ниже мы приводим клинические примеры, трех пациентов оперированных по поводу подострого тиреоидита де Кервена.

Больная С., 1956г.р., поступила в Х.О.П 20.11.1995г. с диагнозом: Многоузловой зоб III ст., на фоне аутоиммунного тиреоидита. Гипотиреоз медкомпенсация. При поступлении жалобы на давление в проекции щитовидной железы. При осмотре: щитовидная железа увеличена до III ст., плотная, бугристая, ограничено подвижная, слабо болезненная. При УЗ-исследовании: общий объем железы 48,9 куб.см, контуры неровные, эхогенность неравномерно снижена, по всей железе множество гипоэхогенных узлов от 6 до 15мм в d. СОЭ – 22мм/ч. Цитологическое исследование: лимфоцитарный тиреоидит. 22.11.1995. – под ЭТН – экстирпация щитовидной железы. При интраоперационной гистологии: фиброзирующий тиреоидит Риделя. При окончательном гистологическом исследовании: гигантоклеточный тиреоидит де Кервена. Послеоперационный период без осложнений. Гипотиреоз компенсирован приемом 150 мкг L-тироксина.

Больная Т., 1949 г.р., поступила в Х.О.П 31.07.2002 г. с диагнозом: Узловой зоб III ст. справа. Эутиреоз. При поступлении жалобы на давление в проекции щитовидной железы справа, небольшие тянущие боли. При осмотре: в правой доле щитовидной железы плотный, тугоподвижный, слабо болезненный узел без четких контуров d=2,5см. При УЗ-исследовании: в правой доле в верхней трети гипоэхогенный узел с нечеткими, неровными контурами d=19мм. СОЭ-35мм/ч. Цитологическое исследование: аденоматоз-

ная пролиферация тиреоцитов, высокий риск озлокачествления. 01.08.2002г. – под ЭТН – гемитиреоидэктомия справа. При интраоперационной гистологии: подострый тиреоидит де Кервена. В оставшуюся левую долю щитовидной железы, во время операции, введен 1мл дексавена, с целью профилактики развития воспаления в этой доле. С той же целью, в послеоперационном периоде больная проходила курс лазеротерапии «Узор» 3000Гц на оставшуюся левую долю щитовидной железы, проведено 10 сеансов. При выписке больная жалоб не предъявляла, СОЭ – 14мм/ч. При осмотре этой пациентки через 1 месяц, выявлен гипотиреоз, который был купирован назначением 100мкг L-тироксина, т.е. в оставшейся доле развился аутоиммунный тиреоидит.

Больная О., 1958 г.р., поступила в Х.О.П 04.11.2002г. с диагнозом: Узловой зоб Пст. справа. Эутиреоз. При поступлении жалобы на давление в проекции щитовидной железы справа, небольшие боли, выраженные при глотании. При осмотре: в правой доле щитовидной железы плотный, тугоподвижный, слабо болезненный узел с четкими контурами d=2,5см. При УЗ-исследовании: в правой доле, по передней поверхности, гипоэхогенный участок с нечеткими, неровными контурами 23*13мм. СОЭ-28мм/ч. Цитологическое исследование – не информативно. 05.11.2002г. – под ЭТН – гемитиреоидэктомия справа. При интраоперационной гистологии: узел - очаговый фиброз, аутоиммунный тиреоидит. При окончательном гистологическом исследовании: гигантоклеточный тиреоидит де Кервена. В послеоперационном периоде больная проходила курс лазеротерапии «Узор» на левую долю щитовидной железы 300Гц – 10 сеансов. При выписке СОЭ – 7мм/ч. При осмотре через 1 месяц выявлен субклинический гипотиреоз – назначен L-тироксин 50 мкг/сут. Пациентка дважды в год проходит курсы лазеротерапии на оставшуюся левую долю щитовидной железы, контролируется уровень ТТГ, св.Т4 – крови, доза тироксина остается неизменной.

Во всех трех описанных случаях у больных были небольшие боли в проекции очага воспаления, пальпаторно плотный, тугоподвижный, слабо болезненный «узел», что напоминает клиническую картину злокачественного новообразования щитовидной железы. У всех больных при поступлении была высокая СОЭ, на УЗИ очаги воспаления выглядели как гипоэхогенные, без четких контуров,

неоднородной структуры узлы или участки, эта картина может соответствовать и раку щитовидной железы. Цитологически подострый тиреоидит распознать не удалось. При оперативных вмешательствах у всех больных были определенные технические сложности из-за выраженного спаечного процесса, вызванного воспалением, у одной из них в послеоперационном периоде имел место транзиторный односторонний парез гортани. Интраоперационное гистологическое исследование в двух случаях из трех было ошибочным. У всех больных после операции развился гипотиреоз: у одной больной из-за экстирпации щитовидной железы, у двух развился аутоиммунный тиреоидит в оставшихся долях.

В заключение следует отметить, что в данной ситуации подострый тиреоидит де Кервена скрывался под маской узлового зоба весьма напоминающий злокачественное новообразование щитовидной железы, что и привело к ошибочным оперативным вмешательствам.

Выводы.

В статье анализируются причины ошибок, которые привели к оперативному вмешательству у больных с подострым тиреоидитом де Кервена. Приводятся клинические примеры.

В.Г. Аристархов, Д.А. Пузин, Р.В. Аристархов, М.И. Шилова
ДИНАМИКА ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ И ТАКТИКА
ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ ТРАГЕДИИ
Кафедра хирургических болезней с курсом урологии
Городская клиническая больница №11

В результате аварии на ЧАЭС значительные территории Рязанской области подверглись радиоактивному загрязнению малого уровня ($0,5-5,0$ мКи/км² по Cs₁₃₇), в том числе и радиоактивными изотопами йода. Высокая активность изотопов йода, длительность его воздействия в экологически неблагоприятном йоддефицитном регионе (а Рязанская область относится к такому), привело к росту радиоиндуцированной патологии щитовидной железы (ЩЖ) и в нашей области [2].

Рязанская область относится к регионам наиболее пострадавшим в России от аварии на ЧАЭС. После аварии, в Рязани с января 1992 начало функционировать отделение эндокринной хирургии,

и амбулаторный прием осуществлялся хирургами этого отделения [1]. Вся практическая хирургическая патология ЩЖ с этого времени практически была сконцентрирована в этом стационаре.

Цель исследования: изучение патологии ЩЖ за последние 20 лет в Рязанской области.

Количество больных с узловой патологией щитовидной железы представлено в таблице 1.

Таблица 1

Количество больных с узловой патологией щитовидной железы

| | 1985 | 1992 | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Аденома | 44 | 116 | 201 | 207 | 218 | 359 | 365 | 327 | 331 | 341 | 357 | 326 | 360 | 374 |
| Рак | 28 | 62 | 82 | 49 | 60 | 59 | 67 | 55 | 57 | 46 | 45 | 57 | 53 | 43 |
| УКЗ | 142 | 281 | 347 | 436 | 468 | 384 | 332 | 310 | 229 | 266 | 167 | 129 | 115 | 96 |

Количество оперированных больных с узловым коллоидным зобом снижается из года в год, что обусловлено сужением у них показаний к оперативному лечению. Число больных раком ЩЖ остается стабильно высоким с некоторым снижением в последние годы. Увеличение же количества больных с аденомой ЩЖ, обусловлено увеличением частоты данной патологии среди всей популяции. Особо следует отметить неуклонное увеличение количество больных, оперированных по поводу множественных аденом ЩЖ (табл. 2).

Таблица 2

Количество больных с множественными аденомами ЩЖ

| 1985 | 1992 | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 | 12 | 8 | 27 | 30 | 41 | 63 | 74 | 67 | 97 | 73 | 99 | 119 | 130 |

Другое качественное изменение - увеличение числа больных с сочетанной патологией (табл. 3). Больше чем в 60% рак стал встречаться на фоне другой патологии, но чаще сочетанная патология касалась аденом, узлового коллоидного зоба и аутоиммунного тиреоидита (АИТ) (табл. 4).

Главной причиной активной хирургической тактики по отно-

шению к больным с узловой патологией ЩЖ является онкологическая настороженность. Объем хирургического вмешательства при доброкачественных образованиях должен быть максимально щадящим, а окончательный объем операции устанавливался только после срочного гистологического исследования. У больных с папиллярным раком ЩЖ I – II ст. мы стремимся к органосохраняющим операциям.

Самым ранним проявлением радиоактивного загрязнения местности даже небольшими дозами является рост числа больных АИТ, причем всплеск заболевания наблюдается через 6-10 лет после загрязнения. Под воздействием неблагоприятных факторов (операция, радиация и др.) нарушается иммунная система, развивается аутоагрессия к неизмененной ткани ЩЖ, в которой развивается лимфоидная инфильтрация. АИТ возникает после перенесенного подострого тиреоидита де Кервена, количество больных которого также увеличилось.

Видимо, это связано с тем, что мы применяем принципиально новый метод лечения (лазеротерапию), который позволяет исключить глюкокортикоиды и все осложнения, связанные с их приемом.

АИТ стал основной причиной первичного гипотиреоза, методов лечения, которые позволяли бы остановить аутоагрессию в ткани ЩЖ и тем самым прекратить постоянно прогрессирующий процесс нет. В связи с этим в течение последних 30 лет мы применяем с целью «остановки» аутоиммунного процесса инфракрасный спектр лазерного излучения. У пациентов, которые постоянно получают лазеротерапию (до 4 раз в год) гипотиреоз не развивается. Оперативное лечение при АИТ применялось в крайнем случае, когда имелось сдавление органов шеи, т.е. при III-IV ст. увеличения ЩЖ.

Таблица 3

Количество больных с сочетанной тиреоидной патологией

| | 1985 | 1992 | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Аден+ УКЗ | 2 | 15 | 23 | 16 | 21 | 31 | 54 | 76 | 101 | 133 | 135 | 168 | 183 | 159 |
| Аден+ АИТ | 5 | 29 | 58 | 76 | 82 | 92 | 65 | 63 | 57 | 61 | 53 | 37 | 44 | 32 |
| УКЗ+ АИТ | 6 | 18 | 28 | 51 | 68 | 47 | 61 | 48 | 49 | 35 | 24 | 19 | 18 | 8 |
| Рак+ УКЗ | 1 | 8 | 6 | 6 | 12 | 14 | 12 | 14 | 9 | 10 | 6 | 4 | 3 | 3 |
| Рак+ АИТ | 0 | 4 | 9 | 8 | 4 | 12 | 9 | 12 | 8 | 2 | 4 | 5 | 4 | 1 |
| Рак+ Аден | 0 | 4 | 11 | 6 | 7 | 8 | 10 | 7 | 13 | 15 | 9 | 15 | 14 | 5 |

Таблица 4

Частота сочетания рака ЩЖ и другой тиреоидной патологии

| Год | 1985 | 1992 | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Рак в сочетании с др. патологией ЩЖ,% | 3,6 | 25,8 | 31,7 | 40,8 | 38,3 | 57,6 | 46,3 | 60 | 54,6 | 58,7 | 38,5 | 35,6 | 40,5 | 33,3 |

Выводы.

В постчернобыльский период в Рязанской области отмечаются не только количественные, но и качественные изменения патологии ЩЖ. Создание специализированных отделений эндокринной хирургии в сочетании с постоянной амбулаторной консультацией хирургов-эндокринологов позволяет более своевременно проводить дифференциальную диагностику заболеваний и выбирать наиболее оптимальную хирургическую тактику.

Литература.

1. Аристархов В.Г. Тактика хирурга по профилактике послеоперационного гипотиреоза у больных с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы: автореф. дис. ... д-ра мед.наук / В.Г.Аристархов. – 1996. – 32 с.

2. Аристархов Р.В. Особенности хирургической патологии щитовидной патологии в йоддефицитном регионе, загрязнённом радионуклидами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.В.Аристархов. – Рязань, 2002. – 32 с.

В.Г.Аристархов, В.А.Медведев

**НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
КОМБИНИРОВАННОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА В ВИДЕ КОМБИНАЦИИ
ГОРБАТОГО НОСА С ЗАПАДЕНИЕМ ЕГО СПИНКИ**

Кафедра хирургических болезней с курсом урологии

Комбинированные приобретенные деформации представляют собой наиболее значительные изменения формы носа и особенно часто сопровождаются выраженными функциональными нарушениями [1]. Сложность ринопластических операций обусловлена как анатомической сложностью строения носа, так и высокими требованиями к его внешнему виду [2, 3]. Тяжелые калечащие осложнения по данным различных авторов, составляют от 1,7 до 18 % наблюдений [4].

Ринокифолордоз является одной из наиболее сложных посттравматических комбинированных деформаций носа. Ринопластика при данной деформации отличается рядом трудностей и нуждается в дальнейшем совершенствовании.

Цель исследования: достижение лучших косметических результатов ринопластических вмешательств, выполняемых по поводу

посттравматической комбинированной деформации носа в виде ринолордоза и ринокифоза.

С 2006 г. по 2008 г. мы пользовались отличной от традиционной методикой проведения операций по поводу ринокифолордоза. При этом были использованы разработанные нами инструменты для удаления горба носа и мобилизации костей носа, а также некоторые новые технологические приемы проведения операций. По данной технологии произведено 12 риносептопластик пациентам с указанной патологией.

В том случае, когда нет необходимости коррекции структур концевого отдела носа операцию мы производим путем закрытой ринопластики. Из-за того, что посттравматический ринокифолордоз обычно сочетается с искривлением перегородки носа, как правило, данной категории больных производится одномоментная риносептопластика.

Сначала выполняется полупроникающий разрез (обычно слева) и отслаивается мукоперихондрий и мукопериост с двух сторон в необходимых пределах. Потом производятся межхрящевые разрезы с двух сторон и отслаиваются мягкие ткани от костнохрящевых структур наружного носа.

Затем через правый межхрящевой разрез вводится сконструированный нами направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа (патент на изобретение № 2325860 от 10.06.2008 г. по заявке № 2006142265, приоритет изобретения от 29.11.2006 г.) так, что горб «проваливается» в его овальное отверстие и удаляется с помощью широкого плоского долота. Как правило, удалению подлежит костный горб. С помощью щипцов для мобилизации костей носа, сконструированных нами (патент РФ на изобретение № 2328994 от 20.07.2008 г. «Инструмент для мобилизации костей носа» по заявке № 2006143885, приоритет изобретения от 11.12.2006 г.) производится сужение носа. Коррекцию западения спинки носа мы, как правило, производим за счет аутохряща перегородки носа, который заготавливается во время септопластики. Операция заканчивается вмешательством на носовых раковинах. Производится передняя тампонада полости носа и накладывается лонгета.

По описанной методике мы произвели операции 12 пациентам. Форма наружного носа была восстановлена у всех пациентов и у

всех больных нормализовалось носовое дыхание, что было подтверждено фотодокументацией и исследованием носового дыхания до и после операции.

Следовательно, предложенная нами технология риносептопластики при ринокифолордозе является эффективной методикой и может быть рекомендована для более широкого применения в ринопластической хирургии.

Литература.

1. Косметические операции лица / Н.М. Михельсон [и др.] – М., 1965. – С 27-28,85.
2. Михельсон Н.М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области / Н.М. Михельсон. - М.: Медгиз, 1962. - 170 с.
3. Пешкова Г.Н. Пластические операции при косметических дефектах / Г.Н.Пешкова. - Прага: Гос. Изд-во мед. лит-ры, 1971. – С. 105-162.
4. Пшениснов К.П. Ринопластика III: осложнения в эстетической хирургии носа и вторичная ринопластика / К.П. Пшениснов // Избранные вопросы пластической хирургии. - 2001. - Т. 1, № 6. - С. 5.

В.А.Медведев

О РОЛИ НОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КРИВОГО ГОРБАТОГО НОСА

Кафедра хирургических болезней с курсом урологии

Ринокифосколиоз является одной из самых распространенных деформаций наружного носа и составляет около трети от общего числа всех комбинированных носовых деформаций. Большинство посттравматических деформаций носа сочетается с искривлением перегородки носа и гипертрофией нижних носовых раковин [1]. По обобщенным данным различных авторов тяжелые калечащие осложнения составляют от 1,7 до 18% наблюдений [2]. Обычно же сообщается о 4-5% осложнений ринопластик [3, 4].

Так как осложнения ринопластик, производимых по данному поводу представляют собой серьезную проблему ринопластической хирургии, актуальной остается разработка новых технологий операций и инструментов для их осуществления.

Цель исследования: достижение лучших косметических резуль-

татов хирургического лечения больных с кривым горбатым носом, сочетающимся с искривлением носовой перегородки.

В течение трех лет (с 2006 по 2008 гг.) мы применяем собственную методику риносептопластики при ринокифосколиозе, сопровождающимся искривлением перегородки носа и другой патологией носовой полости.

По указанной методике нами произведено 19 риносептопластик пациентам с отмеченной патологией.

Обычно данное оперативное вмешательство мы производим путем симультанной закрытой ринопластики и септопластики.

После выполнения полупроницающего разреза (как правило слева) отслаивается мукоперихондрий и мукопериост с двух сторон. Выполняются межхрящевые разрезы с двух сторон и отслаиваются мягкие ткани от костно-хрящевых структур наружного носа. Затем через правый межхрящевой разрез вводится разработанный нами направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа (патент на изобретение № 2325860 от 10.06.2008 г. по заявке № 2006142265, приоритет изобретения от 29.11.2006 г.) так, что горб «проваливается» в его овальное отверстие и удаляется при помощи широкого плоского долота.

После удаления срубленного горба производятся латеральные и поперечные остеотомии с двух сторон. С помощью щипцов для мобилизации костей носа, сконструированных нами (патент РФ на изобретение № 2328994 от 20.07.2008 г. «Инструмент для мобилизации костей носа» по заявке № 2006143885, приоритет изобретения от 11.12.2006 г.) производится сужение носа. Выполняется септопластика и все необходимые вмешательства на носовых раковинах, а также передняя тампонада полости носа. Гипсовая лонгета накладывается через лейкопластырь.

У всех 19 пациентов исследуемой группы, которым производилась операция по описанной методике, восстановилась нормальная форма носа (спинка носа по средней линии, нет горба и других деформаций наружного носа) и нормализовалось носовое дыхание.

Выводы.

Представленная в настоящей статье методика одномоментной риносептопластики, производимой при ринокифосколиозе, сочетающимся с искривлением перегородки носа позволяет выпол-

нить операцию симультанно, а также предупреждает развитие остаточных деформаций носа в виде остаточного горба, западения спинки носа, неровной или широкой спинки и др. Указанная методика риносептопластики может рекомендоваться для широкого применения в ринопластической хирургии.

Литература.

1. Безденежных Д.С. Клинико-функциональные параллели при деформациях концевого отдела носа посттравматического характера / Д.С. Безденежных, В.М. Эзрохин, В.Г. Зенгер // Вестн. оториноларингологии. - 2005. - № 6. - С. 35-39.

2. Пшениснов К.П. Ринопластика III: осложнения в эстетической хирургии носа и вторичная ринопластика / К.П. Пшениснов // Избранные вопросы пластической хирургии. - 2001. - Т. 1, № 6. - С. 5.

3. McKinney P. A critical evaluation of 200 rhinoplasties / P. McKinney, J.Q. Cook // Ann. Plast. Surg.–1988. – V. 7. – P. 357-361.

4. Teichgraeber J.F. Nasal surgery complications./ J.F. Teichgraeber // 17-th Dallas rhinoplasty symposium. – Dallas, 2000. – P. 277-280.

С.В. Мостыка, В.А. Юдин

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХРОМОЭЗОФАГОСКОПИЯ С МЕТИЛЕНОВЫМ СИНИМ В ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОДА БАРЕТТА И РАКА КАРДИАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Кафедра хирургических болезней с курсом урологии

Хромоскопия пищевода применяется в эндоскопической практике для контурирования поверхности слизистой оболочки и окрашивания в ней определенных групп клеток с целью диагностики пищевода Баретта (ПБ) [3]. ПБ является предраковым заболеванием, характеризуется наличием очагов кишечной метаплазии в слизистой оболочке пищевода (СОП) и сочетается с повышенной секрецией слизистой оболочки желудка (СОЖ) [1, 4].

Целью данного исследования было обобщение опыта применения хромоэзофагоскопии с раствором метиленового синего у больных хроническим рефлюкс – эзофагитом.

Хромоэзофагоскопия во время плановой эзофагогастроскопии проведена 15 больным хроническим рефлюкс – эзофагитом с очагами метаплазии эпителия: 12 мужчинам и 3 женщинам в воз-

расте от 36 до 73 лет.

Для хромокопии применялся 0,5% водный раствор метиленового синего по следующей методике: сначала вводили 20 мл муколитика через катетер, проведенный через биопсийный канал эндоскопа, затем через 2 минуты вводили 10 мл 0,5% раствора МС и через 2 минуты смывали его 50 мл воды [1, 3]. С измененных участков слизистой оболочки бралась биопсия.

После проведения эзофагохромокопии у 10 (9 мужчин и 1 женщина) из 15 больных выявлена в измененных участках СОП кишечная метаплазия, подтвержденная у 5 (50%) пациентов - по результату морфолгического и у 9 (90%) – по результату цитологического анализа.

У одного больного 55 лет при хромоэзофагоскопии по передней стенке дистального отдела пищевода обнаружен очаг 1,0 см желудочной метаплазии, а в кардиальной зоне по задней стенке покрашено приподнятое образование слизистой 0,5 см в диаметре с нерегулярным ямочным рисунком. По заключению цитологического и гистологического выявлена аденокарцинома поверхностного слоя слизистой оболочки (ранний рак 2 А типа).

У 40% (4) больных с ПБ выявлены язвы пищевода, у 30% (3) – эрозии, таким образом язвенно-эрозивные изменения СОП составили 70%. НР – тест был положительный у 60% (6) больных. У 8 больных с ПБ при первом диагностическом исследовании проводилась определение секреторной функции слизистой оболочки желудка методом кристаллографии по нашей методике с химическим тестом рН и тестом на хеликобактерную инфекцию [1,3]. У 20% (2) пациентов была пониженная секреция СОЖ с рН от 3,0 до 6,0, у 60% (6) – повышенная с рН – 1,0 (табл. 1).

У 40% (2) больных рефлюкс – эзофагитом с очагами желудочной метаплазии эпителия выявлены язвы пищевода, у 60% (3) – эрозии, таким образом язвенно – эрозивные изменения СОП составили 100%. НР – тест был положительный у 60% (3) больных. У 80% (4) пациентов была повышенная секреция СОЖ с рН – 1,0 и у 20% (1) - пониженная с рН от 3,0 до 6,0 (табл. 1).

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) была у 10 из 15 больных рефлюкс – эзофагитом с метаплазией СОП, причем у 100% с желудочной и у 50% с кишечной метаплазией.

Таблица 1

Анализ результатов хромоэндоскопии у больных хроническим рефлюкс-эзофагитом с очагами метаплазии

| | Ко- ли- чест- во | Грыжа ПОД | Наличие язвы пи- щевода | Наличие эрозий пищевода | Секреция СОЖ | | НР |
|---|---------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|----------|
| | | | | | Повы- шенная | Пони- женная | |
| Пищевод Баретта | 10 | 5 (50%) | 4 40% | 3 30% | 6 60% | 2 20% | 6 60% |
| Рак карди- ального отдела желудка | 1 | 1 | - | - | - | - | - |
| Эзофагит с очагами же- лудочной метаплазии | 5 | 5 (100%) | 2 40% | 3 60% | 4 80% | 1 20% | 3 60% |
| Всего | 15 | 10 | 6 | 6 | 10 | 3 | 9 |

У одного из 15 больных хроническим рефлюкс – эзофагитом с метаплазией эпителия выявлен ранний рак кардиального отдела желудка типа Па.

Учитывая склонность ПБ к онкогенезу, 67% больных хроническим рефлюкс – эзофагитом и очагами метаплазии относятся к данной группе и нуждаются в динамическом эндоскопическом наблюдении с забором биопсийного материала для морфологического и цитологического анализа.

У больных рефлюкс – эзофагитом с метаплазией СОП при хромоэзофагоскопии с метиленовым синим у 67% больных выявляется ПБ с язвенными дефектами – у 40% и эрозивными – у 30%, с повышенной секрецией СОЖ у 60% и наличием хеликобактерной инфекции у 60%. У 33% больных рефлюкс – эзофагитом определяется желудочная метаплазия с язвенными дефектами – у 40% и эрозивными – у 60%, с повышенной секрецией СОЖ у 80% и наличием хеликобактерной инфекции у 60%.

Выводы.

Хромоэзофагоскопия с метиленовым синим малозатратный, безопасный, технически несложный и информативный способ диагностики пищевода Барретта и рака кардиальной зоны.

При применении хромоэзофагоскопии с метиленовым синим у больных рефлюкс – эзофагитом с метаплазией эпителия СОП у 67% выявляется кишечная метаплазия и данные пациенты нуждаются в постоянном динамическом наблюдении.

Литература.

1. Мостыка С.В. Эндоскопическая диагностика хронической абдоминальной ишемии: дисс...канд. мед. наук / С.В. Мостыка.- Рязань, 2007. - 144с.

2. Пищевод Барретта: современное состояние проблемы / Б.К. Поддубный [и др.] // Альманах эндоскопии. – 2002 - №1. - С.94-99.

3. Canto V.J. Staining in Gastrointestinal Endoscopy: The Basics / V.J. Canto // Endoscopy. – 1999. - Vol.31, N6. - P. 479-486.

4. Falk G.W. Gastroesophageal Reflux Disease and Barret's Esophagus / G.W. Falk // Endoscopy. – 2001. - Vol.33, N2. - P.109-118.

С.В. Мостыка, В.А.Юдин, Л.В. Кучаева
СЛУЧАЙ РАННЕГО РАКА КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА
Кафедра хирургических болезней с курсом урологии

Очаговая кишечная метаплазия слизистой оболочки пищевода (СОП) при Пищевод Баретта (ПБ) является предраковым заболеванием [2, 4]. С целью выявления характера метаплазии слизистой оболочки пищевода и желудка в эндоскопической практике применяется хромокопия [1, 3, 5].

Хромоэзофагоскопия во время плановой эзофагогастроскопии произведена 15 больным хроническим рефлюкс-эзофагитом с очагами метаплазии эпителия: 12 мужчинам и 3 женщинам в возрасте от 36 до 73 лет.

Для хромокопии применялся 0,5% водный раствор метиленового синего по следующей методике: сначала вводили 20 мл муколитика через катетер, проведенный через биопсийный канал эндоскопа, затем через 2 минуты вводили 10 мл 0,5% раствора МС и через 2 минуты смывали его 50 мл дистиллированной воды [4, 8]. С измененных участков слизистой оболочки бралась биопсия. После проведения эзофагохромокопии у 10 (9 мужчин и 1 женщина) из 15 больных в измененных участках СОП выявлена кишечная метаплазия, подтвержденная у 5 (50%) пациентов - по результату морфолгического и у 9 (90%) – по результату цитологического анализа.

У одного больного 55 лет при проведении хромоэзофагоскопии обнаружен по передней стенке дистального отдела пищевода очаг 1,0 см желудочной метаплазии, а в кардиальной зоне желудка по задней стенке было прокрашено приподнятое образование слизистой 0,5 см в диаметре с четко видимым нерегулярным ямочным рисунком, из которого взята биопсия. Данное образование при стандартной эзофагогастроскопии аппаратом “Fujinon – 1Z” было неотлично от окружающей слизистой оболочки. По заключению цитологического и гистологического исследования была обнаружена аденокарцинома поверхностного слоя слизистой оболочки. Больной был направлен на специализированное лечение.

У одного из 15 больных хроническим рефлюкс-эзофагитом с метаплазией эпителия выявлен ранний рак кардиального отдела желудка типа Па.

Учитывая склонность ПБ к онкогенезу, 67% больных хроническим рефлюкс – эзофагитом с очагами метаплазии относятся к группе риска и нуждаются в динамическом эндоскопическом наблюдении с забором биопсийного материала для морфологического и цитологического анализа.

Вывод.

Хромозофагоскопия с метиленовым синим малозатратный, безопасный, технически несложный и информативный способ диагностики пищевода Баретта и рака кардиальной зоны.

Литература.

1. Мостыка С.В. Эндоскопическая диагностика хронической абдоминальной ишемии: дисс...канд. мед. наук / С.В. Мостыка.- Рязань, 2007. - 144с.
2. Пищевод Баррета: современное состояние проблемы / Б.К. Поддубный [и др.] // Альманах эндоскопии.–2002.-№1.-С.94-99.
3. Canto V.J. Staining in Gastrointestinal Endoscopy: The Basics / V. J. Canto // Endoscopy. – 1999. - Vol.31, N6. - P. 479-486.
4. Falk G.W. Gastroesophageal Reflux Disease and Barret's Esophagus / G.W. Falk // Endoscopy. – 2001. - Vol.33, N2. - P.109-118.
5. Shim C.S. Staining in Gastrointestinal Endoscopy. Clinical application and limitation / C.S. Shim // Endoscopy. – 1999. - Vol.31, N6. - P. 487-496.

В.А.Юдин, М.В.Фалетров, Ю.Н.Семёнов

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧРЕСКОЖНОГО НИЗКОИНТЕНСИВНОГО
ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ЗОНЫ ТРАНЗИТА ЦЕНТРАЛЬНОЙ
ГЕМОЛИМФЫ ПРИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ**

Кафедра хирургических болезней с курсом урологии

Городская клиническая больница №11, г. Рязань.

В настоящее время в большинстве развитых стран мира наблюдается интенсивное внедрение лазерного излучения в практическую медицину. Уникальные свойства лазерного луча открыли широкие возможности для его применения в различных областях медицины. В частности, воздействие низкоинтенсивных лазеров приводит к быстрому стиханию острых воспалительных явлений, стимулирует репаративные процессы, улучшает микроциркуляцию в тканях, нормализует общий иммунитет, повышает рези-

стенность организма. Одной из наиболее сложных проблем интенсивной терапии является синдром эндогенной интоксикации (СЭИ), сопровождающий значительное количество патологических состояний в реаниматологии детского возраста.

Основные транспортные пути распространения эндотоксинов – кровь и лимфа. Фенотипически, лимфатическое русло является в процессах всасывания и транспорта токсических метаболитов. Конечным пунктом сбора и передачи крови эндотоксического коктейля является грудной лимфатический проток, на стыке впадения которого с левой подключичной веной находится самый концентрированный эндотоксин содержащий состав гемолимфы. Следовательно, является очевидным факт использования этой зоны в качестве центра дезактивации эндотоксикокоза.

В связи с этим нами используется неинвазивный способ одномоментной обработки крови и лимфы контактным методом поверхности кожи в области левой подключичной вены и грудного лимфатического протока.

Облучение проводится аппаратом лазерной терапии «Мустанг 2000» с использованием лазерной головки ЛО 3.5-2000 импульсного излучения инфракрасного спектра длиной волны 0,89 мкм и светодиодной излучающей головки СО4-2000 длиной волны 0,59 мкм жёлтого спектра. Лазеротерапия проводится у детей с нейроинфекциями, поскольку при данной патологии наиболее выражены симптомы интоксикации. В качестве контроля над проводимой терапией используется кардиоинтервалометрия, которая осуществляется при помощи комплекса для обработки кардиоинтервалограмм и анализа вариабельности сердечного ритма «Варикард 2.51» с оценкой ПАРС.

Лабораторные исследования включают гемограмму с расчётом индекса интоксикации, показатели пула среднемолекулярных пептидов, ферментов, шлаков крови и свободных жирных кислот как маркёра эндотоксикокоза, проводится исследования клеточного иммунитета.

При применении лазеротерапии в комплексном лечении острых нейроинфекций у детей отмечается хороший эффект уже после 3-4 сеансов лечения: улучшение самочувствия, стихают признаки инфекционного процесса, интоксикации, нормализации лабораторных показателей.

Т.А.Качанова**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ****Кафедра хирургических болезней с курсом урологии**

Проблема лечения патологических рубцов кожи остается актуальной, несмотря на многочисленные исследования в данной области. Классический подход к решению этой проблемы, через непосредственное воздействие на патологический процесс, далеко не исчерпан.

У 132 больных с рубцами на коже различной локализации было проведено изучение эффективности рутинных методов и нестандартных приемов лечения, которые заключались в применении комбинированных воздействиях на патологический очаг. Среди пациентов в основном были женщины до 40 лет (31,8%). Наиболее частой причиной возникновения рубцов была травма 72,7%. По локализации на первом месте была область лица, более 70 %. В 66% случаях пациенты обращались за медицинской помощью через год после формирования патологического рубца.

Основными методами лечения были: лазерная фотокоагуляция, криодеструкция, аппликационная и внутритканевая медикаментозная терапия, а также сочетание этих методов. В качестве лазерного источника света использовали аппарат «АХИЛ» СО² обеспечивающий непрерывный и импульсный режим, мощностью 30 Вт. Холодовое воздействие осуществляли криоаппаратом оригинальной конструкции наливного типа, с регулируемым режимом охлаждения и размораживания. Лечебные манипуляции, в основном, проводились под аппликационной анестезией.

При анализе полученных результатов оказалось, что самым эффективным было применение комплексного воздействия лазерного света и криотерапии. Патологический рубец устранялся в полном объеме за один сеанс, при меньшем времени проведения криовоздействия. Макроскопически рубец регрессировал, без гиперэргической фазы воспаления, на фоне аппликационной терапии гель-куриозином.

Лечение келоидных рубцов представляло трудности и с применением комплексного лечения. В тоже время, число рецидивов келоидного рубца снизилось на 23,7%. Анализ результатов подтвердил малую перспективность применения хирургического ле-

чения патологических рубцов. Число рецидивов после различных видов пластики превышало 70%. Монотерапия с применением лазерного света и криовоздействия, также было менее эффективно, по сравнению с комплексным лечением.

С.Н. Трушин, Е.Е. Коробков, А.А. Дмитриев
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии

В современной хирургической онкологии проблемы лечения больных раком поджелудочной железы остаются в ряду остроактуальных. До сих пор не утихают споры по поводу объемов операций при раке данной локализации. Существуют две противоположные точки зрения на этот вопрос – требование расширения объемов и показаний хирургического лечения, и отказ от радикальных операций совсем.

Первые исходят из того, что послеоперационная летальность, благодаря развитию анестезиологии и реанимации сократилась, а шанс выжить имеют лишь радикально прооперированные больные. Вторые опираются на больший процент нерезектабельных больных, неудовлетворенность отдаленными результатами, высокими показателями послеоперационной летальности и технической сложностью панкреатодуоденальной резекции, кроме этого после паллиативных вмешательств больные живут комфортнее и дольше.

Панкреатодуоденальная резекция - основной тип радикальной операции, проводимой пациентам с раком поджелудочной железы. Удаленный при панкреатодуоденальной резекции анатомический препарат состоит из общего желчного протока, желчного пузыря, головки, шейки и секреторной части панкреас, двенадцатиперстной кишки, проксимальной части толстой кишки, малого и части большого сальника, дистальной половины желудка; кроме того, иссечению подлежит паракавальная клетчатка, удаляются супрапилорические, инфрапилорические, передние панкреатодуоденальные, задние панкреатодуоденальные лимфоузлы. Иссе-

каются также лимфоузлы гепатодуоденальной связки и по ходу общей печеночной артерии. Иссекается также верхнебрыжеечная вена при изолированном опухолевом ее поражении, или место ее слияния с воротной веной.

Простое перечисление удаленных органов свидетельствует о сложнейшей технике этого оперативного вмешательства. Ведь хирургу еще предстоит выполнить серию восстановительных манипуляций (панкреатоюностомия, билиодигестивный анастомоз, гастроеюностомия и межкишечный анастомоз). В среднем, продолжительность операции - 6,5-7 часов.

ХЭА используется с паллиативными целями у многих больных для контроля желтухи, непроходимости, болей. Желтуха разрешается от наложения анастомоза между желчным пузырем или общим желчным протоком и петлей тощей кишки. Последний анастомоз предпочтительней из-за возможности последующего сдавления пузырного протока.

Несмотря на улучшение диагностики и совершенствование методов лечения, прогноз при раке поджелудочной железы остается неудовлетворительным. В связи с этим большое значение придается выявлению факторов, влияющих на прогноз и выживание. Как правило, большинство работ посвящено изучению факторов прогноза после радикального хирургического лечения рака головки поджелудочной железы.

Целью нашего исследования было проследить отдаленные результаты лечения больных раком поджелудочной железы, осложненным желтухой, которым были выполнены ХЭА и стандартная ПДР, и провести их сравнительный анализ.

Нами был выполнен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 93 больных, которые оперировались по поводу рака головки поджелудочной железы, осложненного механической желтухой. ХЭА был наложен у 53 человек, ПДР выполнена у 40 пациентов. В изучаемой группе было 54 мужчин (59,5%), женщин 39 (39,4%). Средний возраст составил 63,9 лет. Городских жителей было 61 человек, сельских – 32. Для определения стадии опухолевого процесса использовали Международную классификацию злокачественных опухолей TNM. В соответствии с этой классификацией 1 стадия выявлена у 4 пациентов, вторая у 14, третья – у 42, четвертая – у 35.

Отдаленные результаты оценивались по медиане продолжительности жизни после операции. Выживаемость в течение 1, 2, 3 лет подсчитывалась прямым методом на основе прослеженности больных на протяжении разных сроков. Актуариальные методы подсчета не использовались в виду завышения показателей выживаемости. Выживаемость изучалась только среди больных с гистологически доказанной аденокарциномой. Выживаемость составила, при выполнении стандартной ПДР: 1 год – 22%, 2 год – 12,5%, при проведении ХЭА – 1 год – 30%, 2 год – 21%, 3 год – 12%. Пятилетней выживаемости нет в обоих случаях. Медиана жизни у больных с ПДР составила 12 месяцев, с ХЭА – 17 месяцев.

Таким образом, можно сделать вывод, что паллиативная операция (в данном случае ХЭА) увеличивает срок продолжительности жизни, улучшает прогноз для пациента с раком поджелудочной железы, осложненной желтухой, повышает качество жизни таких пациентов. При этом имеет низкую послеоперационную летальность и меньшую частоту осложнений в послеоперационном периоде.

Е.В. Пимахина, В. Я. Орлов

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВВОДНОГО НАРКОЗА БРИЕТАЛОМ

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии

Несмотря на то, что для вводного наркоза предложено много средств, распространенным и наиболее доступным остается барбитуровый вводный наркоз. Для уточнения влияния вводимых барбитуратов на сосудистый тонус мы провели анализ параметров центральной гемодинамики методом тетраполярной грудной реографии у больных во время проведения вводного наркоза.

Обследовано 36 больных, вводный наркоз им проводили бриеталом. Средний возраст больных составил $42,4 \pm 4,9$ года, средняя масса тела составила $76,1 \pm 4,78$ кг.

Больные за 40 минут до начала оперативного вмешательства получали однотипную премедикацию: внутримышечное введение атропина $0,015$ мг\кг, промедола $0,3$ мг\кг, димедрола $0,3$ мг\кг.

После прекураризации ардуаном ($0,014$ мг\кг) больным внутри-

венно вводили бриетал 1% раствор в изотоническом растворе натрия- хлорида, в дозе $1,34 \pm 0,06$ мг\кг (1-1,5 мг\кг). У всех больных развивался достаточный уровень анестезии. Затем внутривенно 2мг\кг (но не более 140 мг) дитилина, проводили гипервентиляцию легких кислородно-воздушной смесью аппаратом РО-6-05-АН и на фоне миорелаксации интубировали трахею однопросветной эндотрахеальной трубкой. Интубацию трахеи осуществляли при достижении больным 111 1 стадии наркоза.

На операционном столе у больных этой группы частота сердечных сокращений (ЧСС) составила 99 мин-1, систолическое артериальное давление (АДс) 137,2 мм рт ст, диастолическое артериальное давление (АДд) 88,8 мм рт ст, среднее артериальное давление (АДср) 109,1 мм рт ст, пульсовое артериальное давление (АДп) 48,4 мм рт ст, расход энергии (РЭ) 14,5 Вт\л, потребление миокардом кислорода (ПМО2) 13547,3 у. е., минутный объем сердца (МОК) 5 л\мин, ударный объем (УО) 53,4 мл, работа левого желудочка (РЛЖ) 7,38 кгм\м2, общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) 1807.8 дин с сек-5. Исходные показатели гемодинамики свидетельствовали о напряжении сердечно-сосудистой системы у больных.

После введения бриетала изменения показателей кровообращения выражались в достоверном увеличении ЧСС на 14,3% и в достоверном уменьшении АДс на 20,3%, АДд на 21,2%, АДср на 20,7%, АДп на 18,8%, УО на 23,8%, МОК на 10,6%, РЛЖ на 29,1%, ПМО2 на 9,1%, РЭ на 20,7%, ОПСС на 9%.

После введения дитилина показатели гемодинамики имели тенденцию к нормализации по сравнению с предыдущим этапом, что можно объяснить компенсаторной реакцией.

Во время интубации трахеи у больных отмечали достоверное увеличение ЧСС 21,2% по сравнению с предыдущим этапом, АДс на 32,1%, АДд на 40,5%, АДср увеличилось на 36,1%, АДп на 16,6%; РЭ, ПМО2, ОПСС возрастали на 36,1%, 61,1%, 48,9% соответственно. Эти изменения показателей гемодинамики составили наибольший прирост от исходных величин за все этапы исследования. РЛЖ имела тенденцию к увеличению по сравнению с исходным этапом и достоверно увеличилась по сравнению с предыдущим этапом на 28,2%. В целом этап интубации трахеи

проходил на фоне выраженной гипертензивной реакции.

У больных данной группы на 1 минуте искусственной вентиляции легких (ИВЛ) через интубационную трубку АДд достоверно снизилось на 5,5%. ЧСС, АДс, АДср, АДп, РЭ, ПМО₂, ОПСС, РЛЖ УО, МОК, УИ, СИ имели тенденцию к снижению. В целом показатели гемодинамики имели тенденцию к нормализации по сравнению с предыдущим этапом.

ИВЛ через интубационную трубку в течение 5 минут сопровождалось возвращением изучаемых показателей к исходным величинам.

Выводы.

1. В обычно применяемых дозах бриетал (1-1,5 мг\кг) вызывал снижение артериального давления, минутного и ударного объемов сердца примерно на одну треть.

2. Наибольшие изменения показателей ЦГД отмечали у всех больных во время интубации. Повышение показателей ЦГД на этом этапе объясняются рефлекторными сдвигами от раздражения гортани и трахеи ларингоскопом и интубационной трубкой на фоне поверхностного наркоза.

Литература

1. Дарбинян Т.М., Тверской А.Л., Натансон И.Г. Премедикация, наркоз и дыхание. - М.: Медицина, 1973. - 375 с.

2. Компьютерный анализ влияния различных вариантов вводного наркоза на центральную гемодинамику / А.А.Бунятян [и др.] // Вестник АМН СССР. - 1981. - №8. - С.33-40.

Е.В. Пимахина, В.Я. Орлов

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВВОДНОГО НАРКОЗА БРИЕТАЛОМ ПО АВТОРСКОЙ МЕТОДИКЕ

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии

Нами обработаны показатели, полученные при проведении наркозов 38 взрослым больным средний возраст $46,5 \pm 4,46$ года, средняя масса тела $77,2 \pm 4,12$ кг. Больным этой группы вводный наркоз проводили бриеталом по измененной методике.

На операционном столе после стандартной премедикации

атропином, промедолом и димедролом у больных ЧСС составила 106,2 мин⁻¹, АДс 142 ммрт ст, АДд 89,2 мм рт ст, Адср 111,3 мм рт. ст., АДп 52,8 мм рт ст, РЭ 14,8 Вт\л, ПМО2 14998,1 у. е., МОК 4,9 л\мин, УО 47,6 мл, РЛЖ 7,3 кгм\м2, ОПСС 2052,5 дин. с. сек-5. Исходные показатели гемодинамики свидетельствовали о напряжении сердечно-сосудистой системы в группе. Отмечены статистически значимых различий между параметрами ГД между группами: Адп, ПМО2, ОПСС.

После прекураризации внутривенно в течение 1 мин. вводили 1% раствор бриетала в изотоническом растворе натрия- хлорида в дозе $1,36 \pm 0,08$ мг\кг (1-1,5 мг/кг). У всех больных уровень анестезии был достаточный.

У больных 2 группы после введения бриетала изменения показателей кровообращения выражались в достоверном увеличении ЧСС на 10%, в достоверном уменьшении АДс на 22,7%, АДд на 19,7%, Адср на 21,2%, АДп на 27,8%, УО на 22,5%, МОК на 13,4%, РЛЖ на 32,1%, ПМО2 на 15,3%, РЭ на 21,5%, ОПСС на 13,4%. Статистически значимых различий между группами на данном этапе не отмечено. Угнетение гемодинамики выражено значительно вследствие прямой депрессии миокарда и выраженного угнетения сосудистого тонуса от вводимого барбитурата.

После введения дитилина показатели гемодинамики имели тенденцию к нормализации по сравнению с предыдущим этапом, что можно объяснить компенсаторными сдвигами после снижения на 2 этапе, как и у больных 1 группы.

Для предупреждения и уменьшения гипертензивной нагрузки во время интубации мы применили методику введения дополнительной дозы бриетала. После введения деполяризующего миорелаксанта, перед этапом интубации, вводили дополнительное количество бриетала в дозе 0,45 мг/кг, что на 70 кг массы тела составляет 32 мг. В зависимости от исходного состояния и массы тела больного дополнительную дозу можно изменять от 30 до 35 мг. При введении дополнительной дозы бриетала получено достоверное улучшение изучаемых показателей гемодинамики на этапе интубации у 2 группы больных: АДс достоверно ($P < 0,05$) увеличилось на 6,2% по сравнению с предыдущим этапом, АДд увеличилось на 8,5%, Адср увеличилось на 7,3%, АДп увеличи-

лось на 2,4%, РЭ на 7,2%, ПМО2 на 14,8%, ОПСС возрастало на 12,3%, РЛЖ имела тенденцию к увеличению. АДс, АДд, АДср, АДп, РЭ, РЛЖ, УО, МОК оставались достоверно ниже исходных величин. Между группами по параметрам АДс, АДд, АДср, АДп, ПМО2, РЛЖ, ОПСС, РЭ отмечены статистически значимые различия (при $p < 0,01$).

Наибольшие изменения показателей гемодинамики отмечены у больных с началом ИВЛ через интубационную трубку: АДс достоверно увеличилось на 23,7%, АДд достоверно увеличилось на 20,5%, АДср достоверно увеличилось на 22%, АДп достоверно увеличилось на 28,6%, РЭ достоверно увеличился на 22,2%, ПМО2 достоверно увеличилось на 22,8%, РЛЖ достоверно увеличилась на 17,1%, ОПСС достоверно увеличилось на 29,1%. ЧСС, УО, МОК, УИ, СИ практически не изменились. Показатели гемодинамики стали достоверно выше исходных величин и составили наибольший прирост за все этапы исследования. Отмечены статистически значимые различия у больных по параметрам АДд, АДср, ПМО2, РЭ.

ИВЛ через интубационную трубку в течение 5 минут сопровождалось возвращением изучаемых показателей к исходным величинам, как и у больных 1 группы.

Выводы.

1. Стандартная премедикация у наших больных не предупреждала напряжения функций кровообращения, развившихся в связи с эмоциональным возбуждением перед проведением анестезиологического пособия.

2. Предложенная методика проведения вводного наркоза способствует уменьшению гипертензивной реакции больного на интубацию трахеи и позволяет снизить риск вводного наркоза.

Литература.

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

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

Д.Р.Ракита, С.В.Фалетрова, В.В. Бирюков
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТИОТРОПИЯ БРОМИДА (СПИРИВЫ)
В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ
НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра факультетской терапии с курсами общей физиотерапии,
эндокринологии, гематологии, клинической фармакологии, про-
фессиональных болезней

Городская больница № 5, г.Рязань

Бронхиальная астма является важнейшей проблемой медицины. Это обусловлено широкой распространенностью заболевания, высокими показателями инвалидизации, смертности, сложностями в лечении пациентов. Неконтролируемая и частично контролируемая бронхиальная астма являются причиной значительных трудовых потерь, что ведет к росту экономического ущерба, наносимого обществу. Основной целью лечения бронхиальной астмы является достижение оптимального контроля заболевания. Лекарственные препараты далеко не всегда позволяют добиться стойкой ремиссии и предупредить прогрессирование патологического процесса, поэтому естественным является интерес к разработке и использованию новых моделей фармакотерапии бронхиальной астмы.

Традиционные схемы лечения бронхиальной астмы в зависимости от степени тяжести заболевания и уровня контроля включают в себя ингаляционные кортикостероиды (ИКС), β_2 -агонисты длительного действия, теофиллины замедленного действия, системные глюкокортикостероиды (ГКС).

Целью данной работы явилась оценка эффективности использования тиотропия бромида в комплексной терапии больных неконтролируемой бронхиальной астмой. Тиотропия бромид - антихолинергический препаратом продолжительного действия, избирательно ингибирующий M_1 и M_3 – холинорецепторы. В результате ингибирования M_3 – рецепторов, в дыхательных путях происходит расслабление гладкой мускулатуры.

В исследование было включено 25 пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой в возрасте от 45 до 65 лет, госпитализированных в пульмонологическое отделение МУЗ Горбольница №5. Главный критерий отбора больных – сердцебиение, усиление дыхательного дискомфорта на фоне лечения β_2 -агонистами короткого действия. Из исследования исключались больные, имеющие в анамнезе ХОБЛ, сопутствующие хронические заболевания в фазе обострения, больные, неспособные правильно выполнять дыхательный маневр при проведении спирографии.

Пролечено 23 женщины в возрасте от 45 до 65 лет и 2 мужчин в возрасте 53 и 54 лет. Давность заболевания от 1 до 5 лет имели 12 человек, от 5 до 10 лет – 7 человек, более 10 лет – 6 человек. Все пациенты в течение длительного времени в амбулаторных условиях получали терапию в следующем объеме: беклазон 250мкг 1-2 дозы 2-3 раза в день, бронхолитики короткого действия (беродуал Н, сальбутамол, вентолин) 1-2 дозы 4-8 раза в сутки. Дозы препаратов пациенты бесконтрольно меняли как в сторону повышения, так и в сторону понижения. Кроме этого больные периодически принимали мукорегуляторы, метилксантины. На фоне ингаляционной терапии бронхолитиками короткого действия беспокоило сердцебиение, усиление дыхательного дискомфорта.

На первом осмотре все больные жаловались на приступы удушья от 4 до 6 раз в сутки, эпизоды затруднения дыхания, ночные симптомы (приступы удушья, затруднение дыхания в предутренние часы, приступообразный кашель), одышку при умеренной физической нагрузке, приступообразный кашель в течение дня.

Оценка эффективности лечения проводилась по выраженности дневных и ночных симптомов (кашель, приступы удушья, одышка, чувство стеснения в груди), динамика показателей ФВД, оценка уровня диспноэ до и после лечения с помощью аналоговой шкалы Борга. Всем пациентам назначен пероральный курс преднизолона с 30 мг/сут. (6 таблеток) до полной отмены в течение 10 дней, бенакорт и атровент через небулайзер в течение 5 дней. Далее больные в течение 11 дней получали Беклазон в дозе от 750 до 1500мкг/сут., тиотропия бромид (спирива) 18мкг/сут. На 16 день отмечалось достоверное уменьшение выраженности всех симптомов заболевания: перестали беспокоить приступы

удушья, эпизоды затруднения дыхания возникали 1 раз в 2-3 дня, у 20 (80%) пациентов прекратился кашель, у 5 (20%) пациентов кашель стал редким, у всех пациентов прекратились ночные симптомы, произошло достоверное понижение уровня субъективного восприятия одышки: у 4 (16%) человек исчезла одышка, у 21 (84%) - уменьшение одышки (в 1,5-2 раза) (табл. 1).

Таблица 1

Динамика уровня субъективного восприятия одышки

| | Исходный уровень | Заключительный уровень |
|-----------------------|------------------|------------------------|
| Умеренная n=11 | 3 | 1 |
| Несколько тяжелая n=8 | 4 | 2 |
| Тяжелая n=5 | 5 | 3,6 |
| Очень тяжелая n=1 | 7 | 3 |

Наблюдался прирост показателей ФВД: у 4 (16%) пациентов ОФВ1 увеличился на 11%; у 7 (28%) пациентов – на 8%; у 6 (24%) пациентов – на 5%; у 4 (16%) – на 2%; у 4 (16%) – на 1%. У 4 пациентов в результате лечения удалось снизить дозу ИКС на 250 мкг/сут.

Отмечена хорошая переносимость терапии препаратом «Спирива». У одного пациента отмечалась незначительная сухость во рту, что не требовало отмены препарата.

Выводы:

1. Использование тиотропия бромида в комбинированной терапии больных неконтролируемой бронхиальной астмой, позволяет достигнуть контроля заболевания без применения β_2 -агонистов.
2. Препарат удобен в применении, хорошо переносится больными.

Е.Г. Чунтыжева, Д.Р. Ракита, В.А. Луняков

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ, РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ
МАШИНОСТРОЕНИЯ

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

Определение качества жизни позволяет учесть субъективную оценку человеком состояния своего здоровья в анализе объектив-

ных показателей и планировании лечебных мероприятий. Исследование качества жизни актуально в различных разделах пульмонологии, но особенно у больных с хроническими нарушениями бронхиальной проходимости. Эти заболевания сопровождаются нарушением толерантности к физической нагрузке, обусловленной длительной тканевой гипоксией. Нарушения у больных достаточно разнообразны: дефицит энергии, снижение жизнеспособности, ощущение беспокойства, возрастание зависимости от других людей, ряд других психологических и социальных проблем, включая утрату трудоспособности. Исследование проводилось среди работников промышленного предприятия, больных ХОБЛ. Мы оценивали качество жизни пациентов с ХОБЛ по вопроснику MOS SF-36, сравнивали показатели качества жизни в группах пациентов с ХОБЛ получавших терапию до и после лечения с использованием препаратов Эреспал и Спирива, а также в контрольной группе, пациенты которой лечения не получали.

При исследовании качества жизни пациентов, работающих во вредных цехах предприятия машиностроения города Рязани, мы получили сниженные показатели по всем параметрам по сравнению с популяционными данными, что неудивительно, так как ХОБЛ – это хроническое заболевание, к сожалению, склонное к прогрессированию, что не может не отражаться на всех сферах деятельности человека.

Выявлено, что значительно чаще всего у больных ХОБЛ страдают такие критерии как физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, то есть показатели качества жизни, характеризующие как физический, так и психо-социальный статус человека. Очевидно, что субъективная оценка своего здоровья у пациентов зависит от объективных показателей, что подтверждается наличием между ними корреляционных связей. Ролевые ограничения вследствие физических проблем возрастали с увеличением возраста больных, длительности заболевания, индекса курения.

Восприятие общего состояния здоровья ухудшалось с увеличением возраста, длительности ХОБЛ, снижением ОФВ₁ и ФЖЕЛ. Энергичность и жизнеспособность страдали с увеличением возраста пациентов, стажа работы в условиях вредности. Социальная

активность больных снижалась с увеличением возраста, стадии и длительности заболевания, стажа работы, длительности курения и снижения ФВД. Ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем нарастали с увеличением возраста пациентов, стадии заболевания, стажа работы и длительности курения. Снижение качества жизни по шкале психическое здоровье наблюдалось с увеличением длительности заболевания.

При оценке эффекта от лечения необходимо учитывать качество жизни больного. В ходе работы нами проведено динамическое исследование показателей качества жизни на фоне лечения. При анализе результатов установлено, что терапия препаратами Спирива и Эреспал значительно улучшает ряд параметров качества жизни пациентов, таких как физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, общее здоровье, жизнеспособность, социальная активность, что является отражением положительной динамики в клинической картине заболевания. У пациентов контрольной группы, отказавшихся от проведения терапии, в течение трех месяцев при повторном анкетировании не было выявлено улучшения по шкалам вопросника SF-36, кроме того, отмечено некоторое снижение показателей качества жизни, в частности при оценке общего физического здоровья и роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности.

Таким образом, качество жизни больных ХОБЛ можно поддерживать на высоком уровне при постоянном контроле состояния пациента и адекватной терапии.

В.А. Луняков, А.В. Соловьёва, Е.Г. Чунтыжева, Л.В. Бурцева
ОСТРАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ВЕЩЕСТВАМИ
РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

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

Вещества раздражающего действия могут быть причиной развития острых и хронических поражений органов дыхания у работников различных отраслей промышленности. Это хлор и его соединения (хлористый водород, соляная кислота, хлорпикрин,

хлороксид фосфора, трихлорид фосфора, фосген), соединения серы (сернистый газ, сероводород, диметилсульфат, сернистая кислота), соединения азота (аммиак, азотная кислота, оксиды азота, гидразин), соединения фтора (фторид водорода, плавиковая кислота и её соли), соединения хрома (хромовый ангидрид, оксид хрома, бихроматы калия и натрия, хромовые квасцы), карбонильные соединения металлов, растворимые соединения бериллия.

Несмотря на различное химическое строение и агрегатное состояние, эти вещества способны вызывать формирование сходных клинических симптомокомплексов: острого токсического ларингофаринготрахеита, острого токсического бронхита с диффузным поражением бронхов среднего и крупного калибра, острого токсического бронхиолита, острого токсического отёка лёгких и острой токсической пневмонии. Работа в условиях воздействия токсичных веществ раздражающего действия требует от работников предельной собранности, внимания и неукоснительного соблюдения правил техники безопасности.

Приведём клинический случай острой интоксикации веществами раздражающего действия.

9.06.2007 г. в 23 часа 30 минут монтажники ремонтно-аварийной бригады по на ЗАО «Рязанский нефтеперегонный комбинат» А., 23 лет и С., 41 года при устранении аварийной ситуации, работая без средств индивидуальной защиты, подверглись воздействию из негерметичного трубопровода смеси предельных и непредельных углеводородов с сероводородом, сернистым газом. Появились жалобы на кашель и першение в горле. Сотрудниками медсанчасти предприятия и бригадой скорой помощи пациентам введено 20 мл 40% глюкозы с 6 мл 5% аскорбиновой кислоты и 400 мл физиологического раствора. С момента отравления режим полного покоя не соблюдался.

Больные были доставлены в приёмное отделение в 3 часа 5 минут 10.06.2007 г. с жалобами на надсадный кашель, першение в горле, небольшую слабость, тошноту.

В легких больного А. выслушивалось везикулярное дыхание, хрипы отсутствовали. ЧДД=18-20 в мин. Тоны сердца были несколько ослаблены, ритм правильным. ЧСС=92 в мин, АД= 80/30 мм рт. ст. В анализах крови: лейкоцитов – $16,4 \cdot 10^9$ /л, эритроцитов – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин – 146 г/л. На ЭКГ: синусовый тип,

ось S-типа, суправентрикулярная экстрасистола. Состояние расценено как удовлетворительное.

У больного С. выслушивалось везикулярное дыхание, хрипы отсутствовали, ЧДД=18-20 В мин. Тоны сердца были правильны, ЧСС=92 в мин, АД= 90/60 мм рт.ст. В анализах: крови: лейкоцитов – $6,6 \cdot 10^9$ /л, эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин – 138 г/л. На ЭКГ: синусовый ритм, горизонтальное положение ЭОС, умеренные метаболические изменения миокарда. Состояние расценено как удовлетворительное.

Такая же картина была констатирована дежурным врачом отделения профпатологии, который проводил больным инфузионную терапию в объёме 1200 мл с введением 90 мг преднизолона, 10 мл 7,5% раствора КСІ. При осмотре в отделении в 8 часов больные жаловались на сухой кашель, першение в горле, слабость. При осмотре у обоих отмечался цианоз губ, при аускультации выслушивалось небольшое количество сухих рассеянных хрипов.

При обследовании в отделении у больного С.: лейкоцитов крови – $14,3 \cdot 10^9$ /л, ЭКГ без динамики. На рентгенограмме лёгких: с обеих сторон прозрачность всех лёгочных полей неоднородно снижена за счёт очаговоподобных теней, сливающихся между собой, корни бесструктурны, расширены, диафрагма и синусы очерчены, срединная тень в норме. Заключение: рентгенологическую картину можно расценивать как отёк лёгких. У больного А. в отделении: лейкоцитоз – $24,6 \cdot 10^9$ /л, ЭКГ без динамики, рентгенологическая картина идентична картине у больного С. Состояние больных было расценено как средней тяжести. Было решено, что у пострадавших имеет место «немая» форма токсического отёка лёгких.

Пациентам установлен диагноз: острое ингаляционное отравление смесью газов (сероводород, сернистый газ, смесь углеводородов), средней степени тяжести, острый токсический отёк лёгких, ДН II ст.

Больные наблюдались в течение 6 дней и им проводилось лечение: эуфиллин 2,4% 10 мл внутривенно струйно, преднизолон 120 мг внутривенно струйно, фуросемид 80 мг внутримышечно, панангин 20 мл, гентамицин 160 мг в день внутримышечно, хлористый кальций 10% 10 мл внутривенно. Первые 3 дня для пациентов был установлен постельный режим.

Больные выписаны без жалоб 15.06.2007 г. с нормальными показателями крови у обоих пациентов, с отсутствием признаков отёка лёгких при контрольном рентгенологическом исследовании. В лёгких у больного А. при контроле обнаружена норма и явлениями эмфиземы лёгких и диффузного пневмосклероза у больного С. (длительный стаж курения). Невнимательность рабочих и несоблюдение ими техники безопасности привели к острой интоксикации веществами раздражающего действия, а незнание тактики ведения подобных больных – к развитию токсического «немного» отёка лёгких. Своевременная рациональная терапия помогла избежать завершённой формы токсического отёка лёгких у пострадавших.

А.В.Соловьева, О.В.Дашкевич, Д.Р.Ракита

**ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ
СИНДРОМЕ**

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

Целью исследования было изучение качества жизни (КЖ) больных с метаболическим синдромом (МС).

Обследовано 100 женщин с МС в возрасте от 41 до 73 лет (средний возраст $57 \pm 0,6$ лет). МС диагностировался на основании критериев ВНОК (2008г.). Проводилось общеклиническое (измерение АД, ИМТ, окружности талии (ОТ)) обследование. Длительность артериальной гипертензии (АГ) составила $16,6 \pm 0,7$ лет. ИМТ пациенток составил $36,05 \pm 0,6$ кг/м², наличие абдоминального ожирения подтверждалось измерением ОТ ($111,7 \pm 1,35$ см). Лабораторные исследования включали определение липидного спектра, гликемии натощак, уровня мочевой кислоты, проведение орального глюкозо-толерантного теста. Нарушения углеводного обмена имели место у 60 больных (60%): у 32 пациенток сахарный диабет (СД) 2 типа (средняя длительность СД – $9,36 \pm 0,5$ лет), у 16 - нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и у 12 - нарушенная гликемия натощак (НГН). Всем больным проводилась ЭхоКГ с расчетом массы миокарда левого желудочка

(ММЛЖ) и индекса ММЛЖ (ИММЛЖ).

КЖ оценивалось с помощью опросника SF-36, показатели качества жизни больных сравнивались со средне-популяционными значениями. Показатели качества жизни больных МС в сравнении со средне-популяционными представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели КЖ больных с МС

| группа | ОЗ | ФА | РФ | РЭ | СА | Б | ЖС | ПЗ |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| МС | 40,6 ±1,5 | 37,1 ±1,9 | 7±1,9 | 23,4 ±1,9 | 44,01 ±1,4 | 32,1 ±1,9 | 32,05 ±1,4 | 45,7 ±1,6 |
| Средне-популяционные значения | 55,4 ±0,6 | 75,9 ±0,7 | 59,7 ±1,1 | 60,7 ±1,1 | 71,6 ±0,7 | 65,9 ±0,8 | 54,5 ±0,6 | 58,6 ±0,5 |

Как следует из таблицы, при МС отмечается снижение показателей КЖ по всем шкалам ($p < 0,001$), что особенно выражено по шкалам Ролевое функционирование, обусловленное физическим и эмоциональным состоянием (РФ и РЭ соответственно), по шкале Физической активности (ФА) и шкале Боли. Следует отметить, что 83 пациентки (83%) по результатам опросника продемонстрировали 0 баллов по шкале РФ, следовательно, у большинства больных МС в первую очередь физическое состояние ограничивает выполнение повседневной работы. Более низкие баллы КЖ по 6 шкале - интенсивность боли - при МС связаны, по-видимому, с болевым синдромом при полиостеоартрозе суставов нижних конечностей, имевшим место у большинства пациенток.

При анализе КЖ жизни пациенток в зависимости от наличия нарушений углеводного обмена выявлено, что при СД 2 типа, ассоциированном с МС достоверное снижение показателей КЖ в сравнении с пациентками с нормогликемией по следующим шкалам – ФА ($p < 0,001$), РЭ ($p < 0,05$) и Жизнеспособность ($p < 0,05$). У больных с СД 2 типа уровень КЖ жизни достоверно ниже по сравнению с лицами с впервые выявленной НГН по шкалам ФА ($p < 0,05$), РЭ ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ показал обратную связь уровня КЖ по шкале ФА с возрастом больных ($r = -0,3$), с ОТ ($r = -0,18$), с ММЛЖ

($r=-0,2$), уровня КЖ по шкале Жизнеспособность и ММЛЖ ($r=-0,24$), уровня КЖ по шкале Боли с длительностью СД типа 2 ($r=-0,31$). Увеличение степени гипертрофии миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) влияет на снижение КЖ по шкалам ФА ($r=-0,29$), РФ ($r=-0,26$), шкала Боли ($r=-0,34$), Жизнеспособность ($r=-0,24$).

Выводы.

1. Метаболический синдром ухудшает качество жизни, влияя в первую очередь на ограничение повседневной активности больных вследствие физического и эмоционального состояния.

2. Качество жизни снижается с развитием при метаболическом синдроме нарушений углеводного обмена, особенно СД типа 2.

3. Выявлено снижение качества жизни при метаболическом синдроме с нарастанием степени гипертрофия миокарда левого желудочка.

**А.А.Низов, Т.Е.Филатова, Э.И.Колдынская, Н.С.Журавлева,
Г.И.Гуркина**

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИЕТИЧЕСКОГО ПРОДУКТА
«ЛАМИЖЕЛЬ-ХРОМ» ДЛЯ КОРРЕКЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У
ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2**

**Кафедра поликлинической терапии
Городская больница № 6, г.Рязань**

В течение последних лет установлено, что в патогенезе сахарного диабета (СД) значительную роль играет дефицит эссенциального микроэлемента хрома. В связи с этим, есть основания полагать, что обогащенная хромом диета, способна привести к позитивным сдвигам в самочувствии и состоянии больных за счет улучшения углеводного и других видов обмена [1, 2]. Перспективным представляется использование в этих целях обогащенной хромом ламинарии. В России создан и сертифицирован такой диетический продукт, получивший название «Ламижель-хром».

Целью исследования явилась оценка влияния «Ламижель-хрома» на показатели углеводного обмена у пациентов с СД типа 2.

В исследовании вошли 42 пациента с СД типа 2, гипертонической болезнью (ГБ), избыточной массой тела в возрасте от 46 до 76 лет (длительность диабета от 1 до 20 лет, ГБ – от 6 месяцев до

30 лет). Из них 16 человек, составившие контрольную группу (КГ), получали только редуцированную диету и пероральные сахароснижающие препараты (ПССП). 26 пациентам опытной группы, дополнительно к диете и ПССП, назначался «Ламижель-хром» в течение 30 дней по 2 столовые ложки, содержащие 60 мкг хрома. Помимо общеклинического обследования, в начале и в конце наблюдения всем больным определялись объем талии (ОТ) и объем бедер (ОБ), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), проводился мониторинг АД. Состояние углеводного обмена оценивалось по уровню гликированного гемоглобина HbA1c, гликемии натощак и через 2 часа после еды. Все испытуемые участвовали в исследовании только после подписания Информированного согласия. Статистический анализ полученных результатов проводился с помощью непараметрических критериев различия Манна–Уитни–Уилкоксона. В работе использовался общепринятый формат представления данных: медиана (25-й процентиль; 75-й процентиль). Статистическая значимость данных подтверждалась при $p < 0.05$.

Пациенты обеих групп предъявляли жалобы на жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, повышенный аппетит, боли и онемение в ногах. В основной группе медиана возраста составила 62 (46; 76) года, длительности заболевания – 6,9 (5,6; 8,0) лет. Все больные имели избыточную массу тела или ожирение I–III степени, медиана ИМТ составила 30,8 (29,8; 32,9) кг/м². У 17 человек (65%) имелось повышенное АД. Медианы систолического и диастолического АД составили 142,0 (131,4; 145,9) и 83,9 (82,2; 85,9) мм.рт.ст. В группе контроля медиана возраста составила 60 (47; 75) лет, длительность диабета – 8,0 (5,5; 9,1) лет. У пациентов имелось ожирение I – III степени с медианой ИМТ 32,6 (31,2; 34,9) кг/м², 14 (88%) больных страдали гипертонической болезнью – медианы систолического и диастолического АД составили 146, 8 (143,5; 150,3) и 87,9 (88,1; 89,7) мм. рт.ст., соответственно. Приведенные данные свидетельствуют об однородности изучавшихся групп.

При исследовании состояния углеводного обмена в опытной и контрольной группах была установлена неудовлетворительная компенсация диабета. В опытной группе медианы тощаковой,

постпрандиальной гликемии и гликированного гемоглобина составили 9,4 (9,3; 9,6), 11,3 (12,2; 13,7) ммоль/л и 6,4 (6,5; 6,9) %, в контрольной – 9,0 (8,3; 9,9), 10,7 (9,6; 11,6) ммоль/л и 6,4 (6,1; 6,9) %, соответственно.

Через 30 дней наблюдения в основной группе клинически отмечена явная положительная динамика – жалобы на жажду, сухость во рту, зуд кожных покровов уменьшились у 4 человек (15%), а у 14 (54%) – полностью исчезли; у 5 больных (21%) нормализовался повышенный аппетит. В контрольной группе жажда исчезла или уменьшилась только у 4 больных (25%).

В конце периода наблюдения у пациентов обеих групп была отмечена тенденция к снижению веса, ИМТ, ОТ, ОБ и, особенно, АД, однако изменения большей выраженности имели место у пациентов, принимавших «Ламижель-хром». Так, в основной группе показатели веса тела, ИМТ, ОТ уменьшились на 1,3%, ОБ – на 0,8%, систолического АД – на 3,5% и диастолического АД – на 6,3%. В группе контроля вес снизился на 0,4%, ИМТ – на 0,6%, ОТ – на 0,4%, ОБ – на 0,6%, систолическое АД – на 3,1%, диастолическое АД – на 4,5%.

При анализе динамики показателей углеводного обмена в опытной группе установлено статистически значимое снижение тощаковой и постпрандиальной гликемии и незначительное снижение HbA_{1c} – на 25,2%, 21,4% и 4,8% соответственно. У пациентов КГ произошло снижение тощаковой и постпрандиальной гликемии только на 11,2 и 9,5% соответственно, но выявлен рост HbA_{1c} на 3,9%. Установленная нами тенденция в изменении HbA_{1c} в опытной группе свидетельствует о пользе применения продукта «Ламижель-хром» при СД 2 типа и перспективе продолжения исследований в этом направлении. В процессе наблюдения за больными каких-либо нежелательных явлений на прием продукта не отмечено.

Выводы.

1. Включение в диету пациентам с СД типа 2 продукта «Ламижель-хром», в комплексе с ПССП способствует улучшению показателей углеводного обмена.

2. У больных СД типа 2 на фоне редуцированной диеты и приема продукта «Ламижель-хром» выявлена тенденция к снижению веса тела, индекса массы тела, объема талии и исходно повышен-

ного артериального давления.

Литература.

1. Опыт применения биологически активной добавки к пище «Хром-спирулина» у больных СД 2 типа / В.А.Мещерякова [и др.] // Биологически активные добавки к пище и проблемы оптимизации питания: тезисы VI Международ. симпозиума. – Сочи, 2002. – С.164-165.

2. Физиологические и психологические методы в оценке влияния биологически активных добавок к пище на функциональное состояние организма человека / Н.С.Зилова [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2004. - Т.ХI, № 1-2. - С. 5-6.

О.В Дашкевич, А.А Низов, А.В.Соловьева, О.Ю.Пахомкина
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ
УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА
 Кафедра поликлинической терапии

Цель работы: изучить возрастно-половую характеристику, клинико-метаболические показатели и качество жизни больных метаболическим синдромом (МС) на городском врачебном участке, а также оценить эффективность применения метформина в комплексном лечении МС.

На врачебном городском участке численностью 1775 человек по критериям ВНОК (2007) выявлено 214 больных МС (142 женщины и 72 мужчины). Обследовано 50 пациентов - 36 женщин и 14 мужчин в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст $52,6 \pm 1,7$). Изучались общеклинические (АД, ОТ, ИМТ) и лабораторные показатели (ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицериды, базальный уровень глюкозы, постпрандиальная гликемия, АСТ, АЛТ, билирубин и его фракции). Качество жизни оценивалось с помощью опросника SF-36.

ИМТ пациентов составил $31,7 \pm 0,8$, окружность талии – $100,5 \pm 1,9$ см. У всех пациентов имелась артериальная гипертензия, длительность ее составила $9,6 \pm 0,9$ лет. Нарушения углеводного обмена диагностированы у 16 больных (32%): сахарный диабет типа 2 – у 7 (14%), нарушенная толерантность к глюкозе - у 5 (10%), гипергликемия натощак у 4 (8%). Отклонения в липидном спектре: повышенный уровень общего холестерина – у 41

(82%) больного, изолированное изменение ТГ- 2 (4%), ХС ЛПНП – 13 (26%), ХС ЛПВП – 17 (34%). %. В широком спектре ассоциированных заболеваний высока частота поражения органов желудочно-кишечного тракта (32 пациента, 64%); ГЭРБ и хронический гастрит выявлен у 32 (64%); хронический холецистит, жировой гепатоз и ЖКБ - у 28 (56%); хронический панкреатит – у 10 (20%); - язвенная болезнь 12пк - у 4 (8%) (табл. 1).

Таблица 1

Показатели качества жизни « SF-36» до начала лечения (М ± m)

| № | Показатель | Контрольная группа | Опытная группа |
|---|---|--------------------|----------------|
| 1 | Общее состояние здоровья (GH) | 49,4±4,9 | 53,5±3,9 |
| 2 | Физическое функционирование (PF) | 60,5±9,2 | 64,12±4,3 |
| 3 | Ролевое физическое функционирование (RP) | 40,0±11,3 | 54,41±9,8 |
| 4 | Ролевое эмоциональное функционирование (RE) | 59,6±12,6 | 62,71±9,6 |
| 5 | Социальное функционирование (SF) | 45,1±3,6 | 42,18±2,3 |
| 6 | Интенсивность боли (BP) | 43,2±5,9 | 52,2±5,9 |
| 7 | Жизнеспособность (VT) | 42,0±5,2 | 45,5±3,3 |
| 8 | Психическое здоровье (MH) | 57,2±5,3 | 63,76±3,5 |

Сравнение показателей качества жизни пациентов с метаболическим синдромом со среднепопуляционными значениями выявило снижение баллов по большинству шкал, более выраженное по шкале социальное функционирование; ролевое физическое и эмоциональное функционирование. В контрольной и опытной группе исходные показатели сопоставимы.

Использовался диапазон доз метформина от 1000 до 2000 мг/сутки в зависимости от исходного ИМТ, гликемического профиля, сопутствующей патологии. Субъективная переносимость метформина в этих дозах была хорошей. Пациенты отмечали улучшение общего самочувствия и уменьшение одышки при ходьбе. На протяжении исследования ни у одного пациента не

отмечено выраженных побочных реакций.

Под влиянием лечения качество жизни пациентов в опытной и контрольной группах в среднем улучшились. Отсутствие более значимых изменений объясняем коротким периодом наблюдения (табл. 2).

Таблица 2

Показатели качества жизни « SF-36» через 2 месяца (M ± m)

| № | Показатель | Контроль- ная группа | Опытная группа |
|---|---|-------------------------|-------------------|
| 1 | Общее состояние здоровья (GH) | 51,6±5,1 | 55,73±6,4 |
| 2 | Физическое функционирование (PF) | 61,7±5,2 | 66,29±4,4 |
| 3 | Ролевое физическое функционирование (RP) | 40,0±9,7 | 55,71±4,9 |
| 4 | Ролевое эмоциональное функционирование (RE) | 59,7±9,9 | 62,98±8,7 |
| 5 | Социальное функционирование (SF) | 47,4±4,7 | 48,46±3,1 |
| 6 | Интенсивность боли (BP) | 46,7±7,4 | 55,6±4,4 |
| 7 | Жизнеспособность (VT) | 42,8±9,6 | 43,9±6,7 |
| 8 | Психическое здоровье (MH) | 57,9±3,3 | 67,2±5,9 |

Под влиянием лечения получены значимые результаты относительно изменений показателей массы тела. Масса тела снизилась у пациентов контрольной группы в среднем только на 2,5 кг, тогда как в опытной – на 5 кг. При этом снижение веса достигнуто в 2 раза чаще у пациентов опытной группы по сравнению с контрольной.

Выводы:

1. На городском врачебном участке частота МС составила 12%. Среди больных МС преобладают женщины в возрасте свыше 35 лет (66%).

2. Гастроэнтерологическая патология выявлена у 64 % пациентов с МС.

3. Установлено отчетливое снижение качества жизни у больных МС.

4. Назначение в составе комплексной терапии метформина приводит к заметному улучшению состояния больных и снижению массы тела по сравнению с контрольной группой.

**А.А. Прилуцкий, В.Л. Добин, С.Г. Шамин, А.Н. Николаев,
Ю.А. Рубин, Е.П. Мирошина**

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ
СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИЙ В ТОРАКАЛЬНОМ
ОТДЕЛЕНИИ РОКПТД**

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Рязанский областной клинический противотуберкулёзный
диспансер

Хирургическая профилактика несостоятельности швов культи бронха после пневмонэктомий актуальна в связи с тем, что, во-первых, несостоятельность швов на современном уровне являет собой в большей степени биологическую, нежели техническую проблему, во-вторых, возрастает число высокотехнологичных и агрессивных вмешательств, таких как расширенные и комбинированные пневмонэктомии.

Лечение несостоятельности швов и бронхоплеврального свища с эмпиемой плевры также до сих пор являет собой наисложнейшую задачу: недостаточна эффективность повторных операций, высока летальность и частота рецидива бронхоплеврального свища, высок уровень хирургической агрессии при выполнении повторных операций. Это наносит больным тяжёлую физическую и психологическую травму.

В связи с этим разработан широкий арсенал технических решений, направленных на профилактическое укрепление культи бронха с помощью аутопластических материалов: лоскута плевры и жирового подвеса перикарда, лоскута перикарда, мышцы, большого сальника, свободного кожного лоскута, ксеноматериалов, алломатериалов [2].

В отделении торакальной хирургии РОКПТД применялась методика плевризации культи главного бронха медиастинальной плеврой. За последние 10 лет в отделении выполнено 70 пнев-

монэктомий. Из них 35 по поводу распространённого туберкулёза, 32 по поводу злокачественных новообразований лёгких, 2 по поводу абсцесса лёгкого и одна по поводу сочетания туберкулёза и рака лёгкого. В изученной группе у 39 больных было удалено левое лёгкое, у 31 – правое. Среди прооперированных было 11 женщин и 59 мужчин.

Недостаточность культи главного бронха возникла в 21 случае, что составило 30% от всех пневмонэктомий. Причём, при правосторонних пневмонэктомиях частота НК составила 48% (15 случаев после 31 операции), а при левосторонних – 15% (6 случаев после 39 операций). При онкологических процессах возникло 8 случаев НК, после 32 операций (25%), при туберкулёзе 13 случаев НК, после 35 операций (37%). Плевризация культи главного бронха была выполнена в 17 случаев из 70 (24%). К сожалению, применение данной методики не способствовало существенному снижению частоты бронхоплевральных свищей – 5 случаев из 17 (29%). Дальнейшее совершенствование оперативной техники, поиск новых способов ушивания культи бронха, внедрение современных методов укрытия линии шва, способствующих предупреждению возникновения первичной НКБ, является весьма актуальным.

Наиболее перспективным методом укрытия культи ГБ, по нашему мнению, является использование абсорбирующего раневого покрытия «Тахокомб». Его применение по данным исследователей позволяет резко снизить частоту возникновения первичной НКБ. Благоприятный результат объясняют данные гистологического исследования культи бронха, обработанной с применением «Тахокомба». В ранние сроки в препарате определяется круглоклеточная инфильтрация, соединительная ткань отсутствует. Видны только искусственные волокна и хрящ бронха затем начинается врастание соединительной ткани со стороны бронха. Следующим этапом происходит разрастание соединительной ткани со стороны хряща. Видны рыхлые соединительнотканые волокна, появляется начальный ангиоматоз. Следует отметить регулярность соединительнотканых волокон, растущих по каркасу. Уже на 7-8 сутки развивается грубоволокнистая соединительная ткань, вокруг извитых искусственных волокон, соединительная ткань формирует клубки из волокон. Происходит полноцен-

ный ангиоматоз, сосуды извиты в соответствии с расположением волокон искусственной ткани [1].

Приводим клинический пример: пациент П., 1967 года рождения, болен туберкулёзом с 2003 года, диагноз: ФКТ правого лёгкого. МБТ(+). 16.07.08 в отделении торакальной хирургии РОК-ПТД больному выполнена пневмонэктомия справа, культя правого главного бронха укрыта губкой «Тахокомб» 3,0x3,0 см. Послеоперационный период протекал без осложнений. Полость гемиторакса справа заполнилась. Пациент был выписан 6.10.08 на амбулаторное долечивание.

Результаты применения абсорбирующей губки «Тахокомб» у двух пациентов РОКПТД в 2008 году, которым выполнена пневмонэктомия по поводу туберкулёза с хорошими результатами (недостаточности культи не возникло), и простота использования, позволяют рекомендовать этот способ в дальнейшую клиническую практику.

Литература.

1. Оценка эффективности различных способов профилактики недостаточности культи главного бронха у больных раком лёгкого / А.В. Павлунин [и др.] // Сб. науч. тр. ГОУ ВПО НижГМА Росздрава. – Н.-Новгород, 2008. – С.115-119.

2. Хирургическая профилактика бронхоплевральных свищей после резекций лёгких и пневмонэктомий / Д.А. Чичеватов [и др.] // Вестник хирургии. – 2004. - № 5. – С.124-127.

**Д.Н.Оськин, В.Л.Добин, Л.В.Лавренова, Е.Л.Курасова,
В.Н.Чесалина**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ
ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ**
Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Рязанский областной клинический противотуберкулёзный
диспансер

Целью настоящего исследования было установление частоты хронических вирусных гепатитов В и С среди больных туберкулёзом, выявление возможных путей их трансмиссии, определение социальной характеристики этих больных, особенностей клинического течения у них туберкулёза.

После верификации диагноза туберкулеза всем больным, находившимся на лечении в РОКПТД в 2005-2008 гг., проводился сплошной иммунологический скрининг на наличие маркеров хронических вирусных гепатитов В и С среди 4916 больных туберкулезом. Для этого использовались отечественные иммуноферментные тест-системы «РекомбиБест анти-ВГС-стрип», «РекомбиБест анти-ВГС-подтверждающий тест», «Вектогеп В-НВs-антиген-стрип» производства ЗАО «Вектор Бест» (г. Новосибирск).

Частота вирусных гепатитов среди всех категорий больных туберкулезом соответствует 9-10%, возрастая до 14-15% среди пациентов с впервые выявленным туберкулезом.

Среди пациентов выявляли преимущественно гепатит С (более 80% случаев), доля пациентов с маркерами гепатита В была невелика (10-12% случаев), особо следует отметить достаточно низкую ко-инфицированность ВИЧ (1-5% случаев).

Наибольшее количество пациентов (более 50%) приходится на возраст 20-40 лет. Социальный состав заболевших туберкулезом и гепатитами более чем на 80% представлен малообеспеченной и социально незащищенной частью населения: безработными, инвалидами и пенсионерами. Количество рабочих и служащих среди них не велико (не превышает 25%).

Большинство инфицированных вирусами гепатитов (до 75,0%) – представляли побывавшие в заключении, наркоманы, алкоголики и бытовые пьяницы.

В основном гепатиты диагностировались у тех больных туберкулезом, которые побывали в заключении и подвергались хирургическим воздействиям до выявления у них туберкулеза. Наркоманы и лица, выполнившие татуаж, также представляют собой особые группы повышенного риска заражения гепатитом С.

Только 18-36% больных туберкулезом знали о том, что они больны хроническим гепатитом С. У остальных больных с ко-инфекцией гепатиты впервые были выявлены в стационаре диспансера. В большинстве случаев туберкулез у пациентов с гепатитом был выявлен впервые, менее чем у трети туберкулез был хроническим и достаточно редко были диагностированы посттуберкулезные изменения.

Среди пациентов с ко-инфекцией преобладал активный де-

структивный легочный туберкулез с бактериовыделением – инфильтративный, диссеминированный, фиброзно-кавернозный (суммарно 74-91%), сравнительно мало было случаев внелегочного туберкулеза (3-4%).

Выводы.

Необходимо отменить следующее заболеваемость хроническими вирусными гепатитами среди пациентов с туберкулезом крайне высока, при этом значительно преобладает хронический вирусный гепатит С. Ко-инфицированность ВИЧ среди обследованных пациентов мала.

Среди пациентов преобладают мужчины трудоспособного возраста 20-40 лет, но при этом социально дезадаптированные: злоупотребляющие алкоголем, наркотиками, побывавшие в заключении и безработные. У трети путями передачи инфекции являются внутривенное введение наркотиков, татуаж или пребывание в заключении.

Литература.

1. Галицкий Л.А. Вирусный гепатит В во фтизиатрической практике / Л.А. Галицкий, Б.В. Зарецкий, А.И. Лебединец // Большой Целевой Журнал о туберкулезе. – 1999. - №4. – С.10-12.
2. Fitzgerald G.R. Hepatitis-associated-antigen-positive hepatitis in a tuberculosis unit / G.R. Fitzgerald, H. Grimes, M. Reynolds // Gut. – 1975.-№16. - P.421-428.

Н.Ю.Натальская, И.А.Федотов, С.С.Якушин
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОПАТОЛОГИИ
ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
Кафедра госпитальной терапии
Кафедра психиатрии

Все мы живем в стареющем мире, причем тенденция к увеличению доли лиц пожилого и старческого возраста сохранится и в ближайшие десятилетия. В сложившихся условиях глобальной задачей является поддержание профессионального долголетия и удовлетворительного социального функционирования данной группы граждан, при первоочередном значении медицинских мероприятий. Однако, акцент внимания при лечении данной группы пациентов, зачастую, направлен исключительно на соматическую

составляющую здоровья, а психический же компонент остается неучтенным, хотя еще древние врачи указывали на «невозможность лечения тела, без исцеления духа». Причем при подготовке врачей основное внимание уделяется изучению психотических расстройств, которые для повседневной практики являются скорее «экзотикой», а психические расстройства невротического и пограничного уровней, вопросы психологии медицинского процесса нередко остаются за гранью познания, несмотря на их эссенциальную значимость.

Старость является логичным завершением жизненного цикла, когда гармоничная линия развития личности должна завершаться спокойным подведением итогов и чувством удовлетворения от полноценно прожитой жизни. Однако, безоблачная старость – это идеал, который в современных условиях практически недостижим.

Причиной этого является социальная фрустрация, которая проистекает из-за нестабильной экономической и политической обстановки в стране, которая отнимает у людей уверенность в завтрашнем дне. Усугубляет чувство фрустрации разрыв социальных связей (родственных, дружеских, профессиональных). Особенно тяжелой становится эта перемена для лиц, которые были социально активны в прошлом, для которых акцент жизненных приоритетов был перемещен в область профессиональных притязаний. В связи с соматическими недугами, невостребованностью и когнитивным снижением эти люди вынуждены вести скудный и однообразный образ жизни. Можно сказать, что «социальная смерть» для них намного опережает биологическую. Для преодоления этого кризиса они должны получать психотерапевтическую поддержку со стороны родственников, медицинских работников и социальных служб.

Одной из определяющих жизнь человека идей является мысль о неизбежности смерти и логически вытекающий из этого вопрос: «А зачем тогда вообще жить, если в конце ждет неминуемая смерть, конец существования?». Данный важный вопрос встает перед человеком сразу после первой встречи со смертью и осознания ее неизбежности, т.е. еще в детстве. От того, как человек решает для себя этот вопрос, зависит стратегия его поведения в течение жизни.

Установлено, что если личность не находит себе мотивов для существования, то становится саморазрушающей, аутоагрессивной. Чтобы избежать аутоагрессии, используются сублиматорные механизмы защиты, которые позволяют найти приоритеты, заставляющие жить и не верить в неизбежность смерти [1]. Так для детей и подростков особенно важным является вопрос сохранения биологической оболочки их личности – тела, т.к. они считают, что пока живо их тело, живы и они.

Для людей средних лет способ «не умереть» заключается в рождении и воспитании потомства, производстве интеллектуальных или физических объектов, которые переживут их («посадить дерево, родить сына и построить дом»). А у лиц пожилого и старческого возраста и эти механизмы уже не работают. Потому для них важным является чувство востребованности со стороны близких, общение с ровесниками, разделяющими их интересы. Очень часто именно в преклонном возрасте люди начинают задаваться вопросами о загробной жизни, потому что для них это способ не думать о приближающемся и неизбежном небытии. Когда и вера в загробную жизнь не имеет возможности для функционирования, возникают депрессивные, тревожные и ипохондрические расстройства, которые широко распространены в гериатрической практике. Зная психологические причины и механизмы развития данных состояний, становится возможным наметить тактику для грамотного общения с такими больными, с целью реабилитации необходимых жизненных установок.

Немалый вклад в «психический облик» пожилого пациента вносят и органические инволюционные заболевания головного мозга. До настоящего времени не установлена четкая грань между психическими изменениями, сопровождающими естественное старение, и проявлениями заболевания. Старение организма идет асинхронно, и психическая «старость» может не соответствовать соматической.

Установлено, что некоторая слабость, разбитость, снижение «жизненного потенциала», быстрая утомляемость – обязательные спутники старения. В то же время клиника всех органических заболеваний центральной нервной системы укладывается в триаду психоорганического синдрома (Вальтер-Бюэля), который включает в себя: 1) снижение памяти, 2) снижение интеллекта и 3) аф-

фективную лабильность (слабодушие). Основные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста - это деменции различного генеза с клиникой психоорганического синдрома.

Чтобы подарить людям возможность прожить закатный период жизни наиболее полноценно, не быть ни для кого обузой и достойно принять логичное завершение жизни, необходим комплексный подход к лечению, с обязательным вовлечением медицинских психологов и психотерапевтов.

Литература:

1. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М.: «Когито-Центр», 2004. – 116 с.

Т.А. Епишина, Е.А. Крылова, С.С. Казакова

**К ВОПРОСУ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
МУКОВИСЦИДОЗА**

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики

Муковисцидоз (энтеро-бронхо-панкреатическая диспория, врожденный семейный кистофиброз, хронический интерстициальный панкреатит и др.) – хроническое системное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования. Встречается относительно редко: 1 случай на 2000-2500 новорожденных.

В настоящее время расшифрована структура гена, ответственного за синтез белка, регулирующего транспорт электролитов (главным образом хлора) через мембрану клеток выстилающих выводные протоки экзокринных желез (поджелудочной железы, желез бронхиального дерева), что ведет к повышенной вязкости секрета и закупорке мелких выводных протоков с последующим развитием вокруг них фиброзной ткани (отсюда название кистофиброз). В результате резко нарушается внешняя секреция поджелудочной железы, что часто приводит к полной атрофии её железистой ткани. Закупорка бронхов сопровождается часто возникающими воспалительными изменениями, развитием ателектазов, бронхоэктазов, эмфиземы легких [1, 2, 3].

В настоящее время в Российском центре муковисцидоза на учете состоят 1760 больных. Существенное увеличение продолжительности жизни больных муковисцидозом за последние 20–30 лет в развитых странах ведет к взрослению популяции пациентов.

Это объясняется, с одной стороны, постоянным совершенствованием помощи этим больным, с другой — улучшением диагностики муковисцидоза среди больных с легкими проявлениями и атипичными формами болезни.

Нами проанализированы клинико-рентгенологические данные 11 больных муковисцидозом в возрасте от 11 месяцев до 25 лет. Среди них было 8 детей, преимущественно в возрасте 10-15 лет, 3 взрослых пациента (19-25 лет). В основном диагноз установлен в раннем детском возрасте: от нескольких месяцев до 1,5 лет после рождения ребенка.

Для заболевания характерен выраженный полиморфизм: все 11 пациентов относились к смешанной легочно-кишечной форме с преобладанием легочных явлений. Среднетяжелое течение отмечено у 8 больных, тяжелое и крайне тяжелое — у 3.

Смешанная форма является наиболее тяжелым проявлением муковисцидоза. В анамнезе, чаще с первых недель жизни, отмечаются повторные тяжелые бронхиты, пневмонии с затяжным течением, постоянный кашель с выделением вязкой мокроты, кишечные нарушения и расстройства питания. Нарушение бронхиальной проходимости является неотъемлемой частью бронхолегочных изменений: чередование мелких ателектазов с участками эмфиземы, микроабсцессов. Заболевание приобретает хронический прогрессирующий характер с развитием распространенного пневмофиброза.

Рентгенологическая картина при муковисцидозе характеризуется распространенностью и многообразием перибронхиальных, ателектатических, инфильтративных и склеротических изменений на фоне выраженной эмфиземы. Сочетание эмфиземы и резко усиленного и деформированного легочного рисунка при всех стадиях заболевания создает довольно типичную картину. Распространенный тип обструктивных нарушений приводит к выраженному нарушению внешнего дыхания и изменениям в малом круге кровообращения, в частности к деформациям грудной клетки, изменениям концевых фаланг пальцев рук по типу барабанных палочек, формированию легочного сердца.

Диагноз ставится на основании характерных клинико-рентгенологических данных и подтверждается потовым тестом — исследованием электролитного состава пота (стандартной мето-

дикой по Гибсону-Куку или современными аппаратными методами). Достоверным является содержание ионов хлора свыше 60 ммоль/л и натрия – свыше 70 ммоль/л.

Примером может служить следующее наблюдение.

М., 15 лет, поступил в РОДКБ с диагнозом: муковисцидоз, тяжелое течение, смешанная форма с преобладанием легочных изменений, обострение, ХНЗЛ, ДН I-II ст. Хроническое легочное сердце, диспанкреатизм.

Жалобы на мучительный кашель, особенно по утрам, одышку при физической нагрузке.

Грудная клетка бочкообразной формы, плечи приподняты. Частота дыхательных движений 20 в минуту, инспираторная одышка. Перкуторно в легких звук коробочный, дыхание жесткое, хрипы влажные.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки на фоне повышенной прозрачности легочной ткани, определяется усиление легочного рисунка с грубой его деформацией, масса очаговых теней, больше справа. Корни расширены, структура их смазана.

Диагноз подтвержден результатами потового теста. Родители здоровы. Постоянно получает креон и муколитики. Стационарное лечение 4-5 раз в год.

В заключение отметим, что прогноз до настоящего времени остается тяжелым. Летальность составляет – 50-60% и зависит от степени и характера легочных изменений. Отсюда, включение муковисцидоза в программу неонатального скрининга позволяет диагностировать заболевание вскоре после рождения и улучшает прогноз.

Литература:

1. Капранов Н.И., Рачинский С.В. Муковисцидоз. - М.: Медицина, 1995. - 187 с.

2. Иващенко Т.Э., Баранов В.С. Биохимические и молекулярно-генетические основы патогенеза муковисцидоза. - СПб.: Интермедика, 2002. – 154 с.

3. Ошибки диагностики муковисцидоза у детей / А.Ф.Неретина [и др.] // Сб. статей и тезисов XII конгресса по болезням органов дыхания. - М., 2002. - С. 20-24.

С.Н. Котляров

**АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ
ЛЕГКИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

Кафедра терапии ФПДО с курсом семейной медицины

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), несмотря на все принимаемые мировым медицинским сообществом меры, остается заболеванием с неуклонным ростом распространенности, тяжелым социальным и экономическим бременем.

Эпидемиология ХОБЛ неоднородна. Она варьирует в зависимости от климатических, социально-экономических, географических особенностей региона. Особенно актуальны проблемы связанные с ХОБЛ, для жителей сельской местности. Причиной служит не только более высокая распространенность заболевания, чем в городе, но и ряд социально-экономических факторов и труднодоступность квалифицированной медицинской помощи.

Хроническая обструктивная болезнь легких является неуклонно прогрессирующим заболеванием и характеризуется чередованием периодов ремиссии и обострения [GOLD, 2007]. Течение ХОБЛ у разных людей неодинаковое. Скорость прогрессирования зависит от многих факторов и прежде всего от продолжающегося воздействия патогенных частиц и газов. Для оценки эффективности лечения и прогноза представляется важным мониторинг заболевания. Оценивается динамика показателей функции внешнего дыхания, частота и тяжесть обострений, наличие и течение сопутствующих заболеваний.

В 2004-2005 гг. в Скопинском районе Рязанской области проведено эпидемиологическое исследование. Оно включало анкетирование лиц, обратившихся за медицинской помощью в выбранные лечебные учреждения в течение месяца и проживающих на территории населенных пунктов включенных в исследование при подворных обходах; клиническое обследование с проведением спирографии и экспертную оценку эффективности диагностики и лечения.

Анкетирование проводилось с использованием валидизированного опросника Всемирной Организации Здравоохранения. При

обращении на прием проведено анкетирование 1505 человек, а при подворном обходе - 2116 человек. Через три года, в 2008 году проведено повторное обследование 100 пациентов с ХОБЛ, включая анкетирование, исследование функции внешнего дыхания и оценку данных амбулаторных карт за истекший период.

Настоящая работа посвящена изложению результатов повторного обследования больных ХОБЛ.

Средний возраст обследованных составил $63,04 \pm 4,2$ года. Все указанные лица имеют факторы риска развития ХОБЛ в анамнезе: табакокурение (в среднем 47 пачек-лет), работа в условиях воздействия вредных производственных факторов (19%).

Результаты повторного исследования функции внешнего дыхания свидетельствуют о снижении значений $ОФВ_1$ за истекший период времени. Снижение варьирует в широких пределах в зависимости от стадии заболевания, частоты и тяжести обострений и составляет в среднем 342 мл за три года.

В лечении обследованных больных ХОБЛ преобладает нерегулярное применение короткодействующих β_2 – агонистов (11%) и теофиллинов (8%). М-Холинолитики (атровент) получают лишь 2% больных. Применение указанных препаратов имеет нерегулярный характер. Вообще не получает терапии 82% пациентов.

Ретроспективная оценка течения ХОБЛ показала, что 94% больных отметили наличие ежегодных обострений заболевания, соответствующих критериям N.R. Anthonisen и соавт. (1987 г.). Частота обострений ХОБЛ увеличивалась в весенний и осенний период и составляла в среднем от 1 до 8 и более в год. Количество обострений и их продолжительность увеличивается с усилением тяжести заболевания. В обследованной группе 90% больных ХОБЛ указали на то, что в период ухудшения течения заболевания, соответствующего по критериям N.R. Anthonisen и соавт. (1987 г.) обострению ХОБЛ, занимаются самолечением. С этой целью наиболее часто применяются муколитики (15%), НПВС (42%). Антибиотикотерапия обострений ХОБЛ проводится у 13% пациентов из числа обследованных. При этом наиболее часто используются амоксициллин и цефазолин.

Таким образом, за истекший период отмечается утяжеление течения ХОБЛ у большинства больных, усиление выраженности респираторных симптомов и, прежде всего одышки, увеличение

частоты и тяжести обострений.

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

О.В.Караганова, Пратик Анил Саксена

ТУРИЗМ И ИНФЕКЦИИ

Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии
и инфектологии ФПДО

Ежегодно около двухсот миллионов путешественников во всем мире пересекают границы, чтобы посетить новые страны. В условиях расширяющихся культурных связей особую актуальность приобретают знания национальных традиций и климато-географических особенностей наиболее часто посещаемых туристами регионов, а также распространенных в них заразных болезней. Ведь даже в самых райских уголках планеты нельзя считать себя защищенным от проблем со здоровьем, в частности от инфекционных заболеваний.

Так в странах Западной Европы - Австрия, Германия, Финляндия, Швеция - можно заразиться клещевым энцефалитом. Юго-западные штаты США грозят кокцидиоидозом и хантавирусным легочным синдромом. На Северо-Западе США, в Средней Атлантике, в юго-восточных провинциях Канады встречается болезнь Лайма. В долинах рек Миссисипи, Огайо и Сэнт-Лоренс возможно заражение гистоплазмозом. В странах Южной и Юго-Восточной Азии - Бангладеш, Индия, Шри-Ланка - путешественники могут столкнуться с малярией, бешенством, лептоспирозом и филяриозом. С геморрагической лихорадкой - на востоке Индии и в Шри-Ланке, а с японским энцефалитом - повсеместно, кроме горных районов. Наряду с этим, в Бангладеш, Индии, Непале и северной части Пакистана встречается висцеральный лейшманиоз. Кожный лейшманиоз - в Испании, в Афганистане, Пакистане и индийском штате Раджастхан. Тропическая лихорадка — в Бангладеш, Индии, Пакистане и Шри-Ланке.

Целью настоящей работы было изучение характера и причин

проблем со здоровьем у студентов РязГМУ при посещении других стран. Использовался метод анкетирования. Анкета включала вопросы, позволяющие получить представление, как студенты готовились к предстоящей поездке, с какими непредвиденными проблемами им пришлось столкнуться и как они разрешались.

Всего в анкетировании участвовали 100 студентов лечебного факультета. Среди них было 85 человек, приехавших на обучение из других стран: из Индии – 50, из стран Африки - 25, из Марокко, Туниса и Вьетнама – 10. А также было 15 русских студентов с опытом зарубежных поездок.

На вопрос, как студенты-медики готовятся к путешествию и берут ли они с собой лекарства для профилактики инфекций, половина опрошенных ответила, что никогда этого не делают. Остальные ограничивались парацетамолом, антибиотиками, лоперамидом, анальгетиками. Русские студенты пренебрегали медицинским страхованием, проведением вакцинации и приобретением репеллентов перед путешествием.

Во время пребывания в чужой стране основные проблемы здоровья у большинства студентов были связаны с диареей (78%). Диарея путешественников – обычное явление у туристов, связанное с изменениями климата, питьевой воды, непривычной пищей. В возникновении диареи путешественников первопричиной является бактериальная флора воды, в частности эшерихии, кампилобактер с развитием дисбиоза кишечника. Определенную роль играет ферментопатия желудочно-кишечного тракта, вызванная особенностями местной национальной кухни.

У студентов-иностранцев второе место среди проявлений нарушения самочувствия занимала лихорадка (30,6%). Наиболее вероятной ее причиной служили вирусные респираторные инфекции и климатические условия с более низкой температурой воздуха. Во всех случаях лихорадка сочеталась с катаральным синдромом верхних дыхательных путей. Других, более грозных, причин лихорадки мы не выявили. Но, согласно данным ВОЗ, причиной лихорадки путешественников при посещении эндемичных регионов является малярия - в 40% случаев.

Двое студентов из числа опрошенных во время поездки отмечали обострение хронических заболеваний - бронхиальной астмы и мигрени. В обоих случаях приступы были купированы препара-

тами, взятыми в поездку.

У одной из студенток во время путешествия по различным странам Африки возникла диарея с частотой стула 2-3 раза в день. По этому поводу каких-либо лекарственных препаратов она не принимала, потому что у нее их не было. За медицинской помощью также не обращалась, потому что не имела медицинской карты и медицинской страховки. На третий день болезни в кале появилась кровь, и развился коллапс. Это тяжелое состояние могло бы не развиться при своевременном обращении за медицинской помощью.

Вторая студентка-африканка во время пребывания в гостях в Индии отметила повышение температуры до 38°C. К врачу не обращалась, принимала парацетамол и продолжала активный отдых. Через неделю у нее развился приступ судорог. При обращении к врачу выявлена одна из тяжелых форм малярия - церебральная. Больную удалось спасти только благодаря интенсивной терапии.

Таким образом, зарубежная поездка может оказаться не только увлекательным приключением, но нередко обернуться серьезным испытанием. По рекомендациям ВОЗ, в путешествие необходимо взять: перевязочный материал, антибиотики от тропических инфекций, репелленты, регидратационный порошок, анальгетики, антигистаминные средства, термометр, контрацептивы, медицинскую страховку, медицинскую карту, номер телефона семейного врача.

С.Ю. Терентьев, Н.П. Ермошина, Н.В. Яковлева
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии
и инфектологии ФПДО

Кафедра общей психологии с курсом педагогики

Цель: изучение психологических особенностей больных истинной экземой.

Оценка психологического состояния пациентов проводилась с помощью экспресс варианта психодиагностического комплекса «Статус ПСИ», который включает 6 психодиагностических методик, имеющих валидизацию на территории России (тест Смишека; анкета жизненной удовлетворённости; тест САН (самочув-

ствие, активность, настроение); тест Смекала-Кучеры; тест ROI; методика Дембо-Рубинштейн).

Под нашим наблюдением находилось 30 больных истинной экземой в возрасте от 18 до 60 лет (15 мужчин и 15 женщин), из которых у 27 (90%) было обострение хронической экземы, у 2 (7%) – острая экзема, у 1 (3%) – вторичная экзематозная эритродермия. Ограниченный процесс с локализацией на предплечьях и кистях или на голенях и стопах отмечен у 62% пациентов, распространённый - с локализацией очагов на туловище, лице, конечностях – у 38%.

Давность заболевания до одного года констатирована у 23,3% пациентов (из них до шести недель – у 6,7%), от года до трёх лет – у 30%, от трёх до пяти лет – у 10%, от пяти до десяти лет – у 20%, от десяти до двадцати лет – у 16,7%. Больные поступили на лечение в стадии обострения процесса, которое сопровождалось папулезно-везикулёзными высыпаниями, эритемой, мокнутием, образованием серозных корочек, инфильтрацией очагов поражения.

Тест Смишека выявил наличие явных акцентуаций характера у 60% пациентов, страдающих экземой, а скрытых акцентуаций – у 100%. Среди типов акцентуаций преобладали эмотивный (лабильный), психастенический (педантичный) и дистимный. Полученные результаты говорят о пессимистической настроенности больных экземой относительно своего будущего, пассивности, необщительности, нерешительности, тревожности, склонности к самоанализу, а также повышенной эмоциональности и восприимчивости. Такие люди тонко чувствуют отношение к ним окружающих. Для них характерна склонность к психастеническим реакциям. Эти данные подтверждают факт отрицательного влияния экзематозного процесса на психоэмоциональную сферу пациентов. Неуверенность больных экземой при общении с другими людьми часто приводит к их социальной дезадаптации.

При анализе данных анкет жизненной удовлетворённости, последняя была снижена у 76% больных. Низкие показатели САН были диагностированы у 74% пациентов.

Тест Смекала-Кучеры показал у 50% обследованных направленность на собственную личность и у 50% - направленность на деловую активность, что говорит о сосредоточенности таких больных на себе и состоянии своей кожи с одной стороны, и о желании уйти от проблемы путём переключения своего внимания

на профессиональную деятельность – с другой. Для этих больных характерно напряжение защитных психологических механизмов вытеснения.

Тест РОІ выявил у 30% пациентов низкий уровень самоактуализации. Это подтверждает зависимость больных экземой от социальных норм и их потребность в одобрении и принятии. Анализ данных самооценки по методике Дембо-Рубинштейн показал её низкий уровень у 75% обследованных.

Выводы.

1. Изучение психологических особенностей больных экземой является важной составляющей обследования этих пациентов.

2. Результаты могут быть использованы при подборе терапии, так как для комплексного этиопатогенетического лечения необходима коррекция психологических расстройств у таких больных и их социальная реабилитация.

Е.Е.Жильцова, С.Ю.Жокина, Е.И.Тарасова

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ДЕКРЕТИРОВАННЫХ ГРУПП
НАСЕЛЕНИЯ И ИХ РОЛЬ В ВЫЯВЛЕНИИ ЗАРАЗНЫХ КОЖНЫХ И
ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

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

**Рязанский областной клинический кожно-венерологический
диспансер**

Значительный удельный вес заразных кожных заболеваний и заболеваний, преимущественно передающихся половым путем (ЗППП) в структуре патологии, с которой обращаются пациенты дерматовенерологических клиник, позволяет считать необходимыми и своевременными мероприятия по профилактике этих заболеваний. Выявление заразных кожных заболеваний и ЗППП при профилактических осмотрах немаловажный фактор предупреждения распространения инфекции.

За период с 2007 года и по настоящий момент наметилась тенденция к снижению количества пациентов с данными заболеваниями при увеличении общего потока лиц, обратившихся в отделение профилактических осмотров.

Общий уровень заболеваемости ЗППП по данным ГУ РОК-

КВД с 2007 по первый квартал 2009 года составляет ежегодно на 5 - 7 % ниже показателей предыдущего года, так же уровень заболеваемости ЗПППП в Рязанской области стабильно ниже, чем в целом по стране (в 1,2-2,5 раза).

Стабилизация заболеваемости ЗПППП в нашей области связана с успешной работой дерматовенерологической службы, ее базового учреждения – ГУ РОККВД, в структуру которого входит отделение профилактических осмотров, а так же районных подразделений. За 2008 год в отделение профосмотров обращались более 30 тысяч человек.

Осмотру подвергались, согласно приказа Минздрава СССР от 29 сентября 1989 г. № 555 «О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств» (с изменениями от 29 декабря 1989 г.; 31 мая, 7 декабря 1993 г.; 14 марта 1996 г.) следующие лица декретированных групп населения:

- работники предприятий пищевых отраслей промышленности;
- работники предприятий общественного питания;
- учащиеся техникумов, училищ, колледжей, ВУЗов;
- сотрудники учебно-воспитательных учреждений;
- работники детских дошкольных учреждений;
- работники детских и подростковых оздоровительных учреждений перед началом работы;
- работники лечебно-профилактических учреждений для взрослых;
- медицинские работники детских больниц, роддомов;
- работники парикмахерских хозяйств, бань, плавательных бассейнов, гостиниц;
- работники аптек и фармацевтического производства;
- работники автотранспорта;
- лица, устраивающиеся на работу.

Обследование включало: клинический осмотр, забор крови для постановки реакции Вассермана, обследование на носительство АТ к ВИЧ, гепатиту В, С, общий мазок, бактериологический посев на кишечные инфекции, ФЛГ - исследование.

За данный период отделением профосмотров ГУ РОККВД было выявлено больных сифилисом - 7 человек, трихомониазом – 60 человек, что соответственно составило 0,02 %, и 0,17 % от 34784 осмотренных.

Значительное количество составляют пациенты с выявленными воспалительными заболеваниями мочеполовых путей, бактериальным вагинозом и кандидозным вульвовагинитом, что соответственно составляет – 1772 (5%), 1888 (5,4%), 993 (2,9%). То есть более 10 % обследуемых направляется для дальнейшего углубленного обследования на ЗПППП (хламидиоз, уреаплазмоз и микоплазмоз), которые нередко скрываются под маской бактериального вагиноза, кандидоза и воспалительных процессов мочеполовых органов.

Наибольшее количество больных выявляется среди работников предприятий всех видов собственности общественного питания и торговли. Весомую долю заболеваемости дают учащиеся техникумов, ВУЗов и колледжей. Далее по выявляемости ЗПППП идут работники детских дошкольных учреждений, школ-интернатов, сотрудники школ, пионерских лагерей, работники домов отдыха, санаториев. Возрастная группа от 16 до 25 лет составляет более 60 % от числа выявленных больных, причем почти 90 % - женщины.

Среди заразных кожных заболеваний за рассматриваемый период было выявлено 4 случая чесотки. Так же имеют место различные кожные заболевания как острые, так и хронические (дерматиты, экзема, псориаз, витилиго, красный плоский лишай и др.), доля кожной патологии составляет 4,1%.

Таким образом, роль отделений профосмотров в выявлении ЗПППП очевидна и несомненна, особенно в условиях довольно сложной эпидемиологической ситуации. Большое значение имеет выявление ЗПППП у всех категорий обследуемых лиц, а особенно у работающих с детьми.

Е.Е.Жильцова, С.Ю.Жокина, Е.И.Тарасова

**РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН В
ВЫЯВЛЕНИИ ЗАРАЗНЫХ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

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

**Рязанский областной клинический кожно-венерологический
диспансер**

Профилактические осмотры иностранных граждан в отделении профилактических осмотров ГУ РОККВД г. Рязани проводятся

на основании Федерального закона от 25.07.2002 г. № 115 – ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», в соответствии с Постановлениями правительства РФ от 02.04.2003 г. № 188 «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации» и от 15.11.2006 г. № 681 «О порядке выдачи разрешительных документов для осуществления иностранными гражданами временной трудовой деятельности в Российской Федерации».

Отделение профилактических осмотров проводит обследование иностранных граждан из Армении, Азербайджана, Молдовы, Узбекистана, Украины, Вьетнама, Китая, Афганистана, Грузии и других стран ближнего и дальнего зарубежья с выдачей соответствующих документов об отсутствии инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Учитывая специфику нозологических форм дерматологических заболеваний в бывших союзных республиках, особое внимание врачам на приеме необходимо уделять таким кожным заболеваниям и часто встречающимся венерическим болезням, как чесотка, отрубевидный лишай, сифилис и др.

За 2008 год и первый квартал 2009 года в отделении профосмотров было обследовано 28312 мигрантов.

Обследование включало: клинический осмотр, забор крови для постановки реакции Вассермана, обследование на носительство АТ к ВИЧ, гепатиту В, С, общий мазок, бактериологический посев на кишечные инфекции, ФЛГ - исследование.

За данный период отделением было выявлено больных, с заболеваниями передающимися половым путем - 146 человек, ВИЧ – инфицированных – 38 человек от общего числа осмотренных.

Так же выявляются больные чесоткой, отрубевидным лишаем и некоторыми незаразными кожными заболеваниями, среди которых преобладают псориаз и витилиго.

Таким образом, роль отделений профосмотров в выявлении инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих у мигрантов очевидна и несомненна, особенно в

условиях большого потока иностранных лиц в нашу область.

М.В. Жучков

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

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

Кератоакантома является весьма распространенным доброкачественным новообразованием кожи, растущим из элементов сально-волосяного фолликула. Гендерные различия в заболеваемости, очевидны во всех возрастных группах и характеризуются значительным преобладанием мужчин в общей популяции пациентов с данной патологией (Schwartz R., 2000). Этиопатогенез кератоакантомы является в настоящее время предметом ожесточенных дискуссий среди дерматологов и онкологов. На протяжении последних пятидесяти лет большое количество предполагаемых факторов риска этого заболевания «рождались» в научно-исследовательских лабораториях и «умирали» в ходе крупных проспективных исследований. К таким факторам можно отнести инфицирование ВПЧ, инсоляция, курение, мутации гена p53, химические канцерогены (Nicolis G., 2001). Не смотря на то, что кератоакантома имеет весьма специфическую клиническую картину, на ранних стадиях формирования солидного очага, она неотличима от плоскоклеточной карциномы ни гистологически, ни клинически (Hendris D., 2003).

Кератоакантома, являясь доброкачественной неоплазией со стадийным течением способна у абсолютного большинства больных регрессировать самостоятельно, оставляя после себя звездчатый рубец. Именно поэтому, не смотря на саморазрешающийся характер данного дерматоза, абсолютное большинство дерматоонкологов признают необходимость активной терапии данного состояния. Безусловно, доброкачественный характер течения данного заболевания породил в литературе огромное количество бесполезных лечебных подходов, таких как ароматерапия, витамины и гомеопатия. Но, к счастью, в настоящее время существует определенный набор терапевтических модальностей преимущества, которых перед плацебо, были продемонстрированы в круп-

ных клинических трайлах.

Эффективными местными терапевтическими мероприятиями в случае одиночных очагов кератоакантомы являются интратуморальные инъекции триамцинолона ацетонида, блеомицина, 5-фторурацила и метотрексата (McNairy D., 1998). Последний в случае распространенных вариантов заболевания, таких как синдром Гржибовского, Фергюсона-Смита и кератоакантома Виттена-Зака, может с успехом применяться системно (Street M., 2005). Хотя справедливости ради, стоит отметить, что в данном случае более мощную доказательную базу имеют ароматические ретиноиды для перорального использования и, прежде всего изотретиноин (White J., 2006). Терапия 5-фторурацилом на основе 5%-го крема не уступает по эффективности внутриочаговым инъекциям, поэтому может быть альтернативой для пациентов, не переносящих местные анестетики (Hollo P., 2002). Циклофосфамид для приема внутрь является препаратом выбора в случаях рефрактерной к метотрексату, изотретиноину и ацитретину эруптивной кератоакантомы Гржибовского (Hollo P., 2004).

Применение в данном случае радиохирургических технологий с предварительным кюретажем элементов сыпи или без него, анализировались в ходе нескольких нерандомизированных исследований, в которых были получены удовлетворительные результаты. Хирургическая эксцизия очагов у большинства больных дает приемлемые с косметической точки зрения результаты, но все они, несмотря на выбор исследователями различных математических моделей анализа своих данных, зависят от мастерства хирурга (Losada A., 2005). Микрографическая хирургия по методике Мохса имеет доказательную базу у пациентов с рецидивирующими кератоакантомами, в архивответственных с косметической точки зрения локализациях, например нос. В этой же клинической ситуации следует применять и аргоновый лазер.

Использование внутриочаговых инъекции интерферона-альфа еженедельно на протяжении 6-12 недель в одном проспективном наблюдении давало весьма удовлетворительные результаты, но небольшая величина выборки пациентов препятствует широкому внедрению данной методологии (Somlai B., 2003). Одной из наиболее молодых и безопасных методик в терапии солитарных кератоакантом является фотодинамическая терапия с местным

применением аминокислоты. Первый опыт применения этого вида фототерапии был опубликован еще в 1999 году группой британских ученых под руководством A. Tanew. С этого времени местная фотодинамическая терапия приобрела серьезную теоретическую научную базу, подтверждающую эффективность синглетных фотонов света высвобождаемых фотосенсибилизаторами, в борьбе с данной кожной неоплазией. Несмотря на это крупных рандомизированных исследований и систематических обзоров, посвященных эффективности фотодинамической терапии у пациентов с кератоакантомой опубликовано не было. Таким образом, стоит отметить, что с одной стороны местная фотодинамическая терапия дает косметически приемлемые результаты (эфлоресценции разрешаются без рубцевания), но с другой стороны сроки терапии необходимые для разрешения кожных очагов в некоторых работах примерно сопоставим со сроками самостоятельной регрессии заболевания. Этот факт пока не дает возможности фотодинамической терапии с местным применением аминокислоты стать «рутинной» методикой в лечении данной нозологии (Radakovic-Fisan S., 2008).

Таким образом, с позиции медицины основанной на доказательствах врачи дерматологи и дерматоонкологи имеют в своем арсенале ограниченный, но по-настоящему эффективный набор терапевтических и хирургических модальностей позволяющих при различных клинических формах кератоакантомы в максимально короткие сроки добиться косметически приемлемых результатов.

М.В.Жучков, Н.П.Ермошина

**ДЕРМАТОФИТИЙНАЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ**
Кафедра инфекционных болезней с курсами дерматовенерологии
и инфектологии ФПДО

До настоящего времени, вопросы микогенной сенсibilизации у пациентов бронхиальной астмой сводились к изучению влияния лишь отдельных аско- и зигомицетов, а так же представителей рода *Candida* и некоторых других дрожжеподобных и дрожжевых грибов, на клинические и иммунологические показатели у боль-

ных с данной респираторной патологией. В то время как аллергия к грибам дерматомицетам оставалась за гранью научно-исследовательской работы (Черняк Б.А., 2004). В последние десять лет в периодической литературе было опубликовано весьма ограниченное число исследований посвященных этой весьма актуальной проблеме. Актуальность последней, определяется главным образом значительными показателями распространенности дерматофитии кожи и ее придатков с одной стороны (Сергеев Ю.В., 2006) и персистирующей бронхиальной астмы с другой (Чучалин А.Г., 2008). Несмотря на то, что дерматофитийная аллергия считается относительно «молодой» областью медицинских знаний (Dahl M.V., 2000), первые упоминания о возможности влияния грибковой патологии стопы на состояние пациентов страдающих бронхиальной астмой относятся еще к 1930 году. Именно тогда, в одном из номеров журнала американской медицинской ассоциации (JAMA, Vol. 95., p. 1504-1508), появилась статья двух известных дерматологов Вайса и Сульцбергера под названием «Urticaria and hay fever due Trichophyton». В ней впервые, обсуждалась сама возможность формирования различного рода иммунных реакций в организме пациента бронхиальной астмой в ответ на хроническую трихофитийную инвазию. И уже в начале 90-х годов прошлого века стало ясно, что гипотеза Мариона Балдура Сульцбергера оказалась «пророческой». Одно за другим стали публиковаться результаты исследований, подтверждающие роль микогенной аллергии к *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum* и другим дерматофитам у пациентов с бронхиальной астмой (Pollart S., 1990; Davies R., 1998; Gumowski P., 2003; и т.д.). В 1999 году был даже описан случай «полного исчезновения симптомов бронхиальной астмы» после успешной терапии онихомикоза у пожилого коморбидного пациента страдавшего персистирующей астмой и гипертрофической формой онихомикоза стоп (Elewski B., 1999). В данной клинической ситуации вряд ли можно согласиться с автором исследования, и признать термин «выздоровление от астмы» правомерным. Вероятно, речь идет от длительной клинической ремиссии респираторного заболевания. Но, тем не менее, результаты такого наблюдения позволяют говорить о существенной роли грибковой патологии стопы в патогенезе бронхиальной астмы.

Так или иначе, в настоящее время среди исследований, посвященных данной проблеме образовался некоторый дисбаланс между достаточно большим количеством публикаций рассматривающих иммунологические аспекты взаимоотношения астмы и грибковой патологии стопы и весьма ограниченным арсеналом работ анализирующих клинические стороны этой проблемы.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение показателей контроля симптомов бронхиальной астмой у больных с различной этиологией онихомикоза стоп имеющих определенный уровень микогенной сенсibilизации.

Нами было обследовано 42 коморбидных больных страдающих бронхиальной астмой и онихомикозом и 15 пациентов бронхиальной астмой. Диагноз онихомикоза ставился на основании клинической картины поражения и лабораторного обнаружения элементов гриба в материале ногтевых пластин. Всем больным проводилось культуральное исследование с посевом материала на среду Сабуро с анализом роста колоний и идентификацией возбудителя до вида. Оценка показателя контроля симптомов производилась с помощью опросника АСТ (Asthma Control Test).

Все больные имели отсутствие контроля симптомов астмы по АСТ, но различия в показателях контроля между группами с наличием или отсутствием грибковой патологии ногтей были весьма существенными (среднее значение АСТ 8,6 и 16,1 баллов соответственно). Этиологический спектр возбудителей онихомикоза у больных астмой был следующим: *Tr.rubrum* (n=29) 69,04%, *Tr.interdigitale* (n=3) 7,14%, а у 10 больных материал ногтевых пластин роста колоний не дал. Контроль симптомов астмы в этих трех группах больных по АСТ составлял 8,9; 7,6 и 7,1 баллов соответственно (средние значения). В подгруппе больных (n=24) с гипертрофическим типом поражения ногтей (по А.М.Ариевичу, 1967) показатели контроля симптомов астмы были следующие: *Tr.rubrum*-ассоциированный онихомикоз среднее значение по АСТ 8,2 балла, *Tr.interdigitale*-ассоциированный 7,5, а у больных с неизвестной этиологией 6,8 балла. Соответствующие средние значения АСТ в подгруппах больных с нормотрофическим и онихолитическими типами составляли: 8,8; 7,8; 8,6 и 8,9; 8,1; 7,9 баллов соответственно. Таким образом, показатели контроля симптомов астмы значительно ниже у коморбидных больных с

сопутствующим онихомикозом, что связано с определенной степенью микогенной сенсебилизации. Больные руброфитией ногтей имеют более высокие показатели контроля, чем больные с аналогичным типом поражения, но с *Tr.interdigitale*-онихомикозом. У большинства самых тяжелых больных бронхиальной астмой этиологию онихомикоза выявить не удалось. Этот факт можно объяснить вероятной дрожжевой или плесневой этиологией, то есть персистированием у них трудно культивируемых возбудителей с высоким потенциалом к микогенной сенсебилизации.

Н.С. Гладкова, Л.П. Клемина
СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И КИШЕЧНАЯ
ПРОНИЦАЕМОСТЬ

Кафедра поликлинической терапии
Рязанская областная клиническая больница

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является одним из самых распространенных заболеваний и относится к так называемым функциональным нарушениям [1]. Однако есть достаточно убедительные свидетельства структурных изменений со стороны слизистой оболочки кишечника, приводящих к его повышенной макромолекулярной проницаемости [2].

Цель работы – изучить макромолекулярную проницаемость к овальбумину у пациентов с различными вариантами СРК.

В исследовании участвовали 26 пациентов с СРК в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 33,9 лет), из них 5 мужчин и 21 женщина. Диагноз устанавливали в соответствии с общепринятыми в мировой практике Римскими критериями III.

Пациентов разделили на 3 группы в зависимости от ведущего синдрома. 1 группа: с преобладанием запора – 13 человек (средний возраст $37 \pm 3,3$, средняя длительность заболевания $11,3 \pm 1,4$); 2 группа: с преобладанием диареи – 5 человек (средний возраст $40,4 \pm 6,1$, средняя длительность заболевания $12 \pm 3,9$); 3 группа: с преобладанием болевого синдрома – 8 человек (средний возраст $46,5 \pm 2,9$, средняя длительность заболевания $10,4 \pm 1,0$). Мы также оценили влияние аллергических проявлений и кишечного дисбиоза на макромолекулярную проницаемость кишечной стенки.

Проницаемость кишечного барьера оценивалась по наличию в

крови больных нерасщепленного овальбумина после пероральной нагрузки 3 сырыми яйцами. Определение овальбумина методом двухвалентного твердофазного анализа («Sandwich-ELISA») по Stuart et al. (1989) выполнялось в Лаборатории физиологии и биохимии пищеварения Института Питания РАМН Ведущим научным сотрудником И.В.Гмошинским. Кишечная проницаемость считается не нарушенной при содержании овальбумина в крови в количестве до 5,0 нг/мл.

У 14 из 26 (53,8%) пациентов с СРК выявлена повышенная кишечная проницаемость к овальбумину. Наиболее характерно это оказалось для больных СРК с преобладанием болевого синдрома (частота выявления повышенной проницаемости - 62,5% при среднем содержании овальбумина в крови $17,1 \pm 7,7$ нг/мл). Менее часто нарушенная проницаемость имела место в группе больных СРК с преобладанием диареи – 40 % (при среднем содержании овальбумина в крови $7,6 \pm 1,4$ нг/мл).

По нашим данным, повышенная кишечная проницаемость достаточно постоянно встречается у пациентов в возрасте от 41 до 50 лет (у 7 из 8 человек). Кроме того, установлено, что нарушение кишечного барьера наблюдается в 2 раза чаще у страдающих СРК, ассоциированным с фекальным дисбиозом 2 и 3 ст. (в 64% случаев). Мы не выявили влияния длительности заболевания на кишечную проницаемость. У 8 из 26 (30,7%) человек обнаружено сочетание макромолекулярной проницаемости с теми или иными аллергическими проявлениями, однако истинная IgE-зависимая аллергия (общий Ig E > 130М/Е) была установлена лишь у 3 чел.(11,5%).

Выводы.

Повышенная макромолекулярная проницаемость встречается у 1/2 пациентов СРК несколько чаще в группе с преобладанием болевого синдрома, у лиц в возрасте от 41 до 50 лет и при наличии дисбиоза 2 и 3ст. Взаимосвязи повышенной кишечной проницаемости с длительностью заболевания СРК и наличием гиперсенситивизации не обнаружено.

Литература.

1. Маев И.В. Синдром раздраженного кишечника: учебное пособие / И.В.Маев, С.В.Черемушкин. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2004. – 72 с.

2. Abnormal intestinal permeability in irritable bowel syndrome patients / V. Pilipenko [et all.] // Abstract 16th United European gastroenterology week (18-22 October 2008). – Vienna, 2008. – P.1379.

Н.С. Гладкова, А.А. Низов

**ВЛИЯНИЕ ПРОБИОТИКОВ НА ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

Рязанская областная клиническая больница

Кафедра поликлинической терапии

В последние годы все больше внимание уделяется вопросу взаимосвязи синдромов раздраженного кишечника (СРК) и избыточного бактериального роста.

Одним из перспективных направлений в лечении СРК считается использование пробиотиков. По данным большинства исследователей, основные эффекты последних при СРК связаны с коррекцией микрoэкологических нарушений кишечника, обеспечивающих нормализацию перистальтики, висцеральной чувствительности и/или образования в нем газов.

Целью данного исследования явилось изучение влияния пробиотиков на основные клинические симптомы, динамику фекальной микрофлоры и качество жизни больных синдромом раздраженного кишечника.

В исследовании приняли участие 38 амбулаторных пациентов с синдромом раздраженного кишечника в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст $37,6 \pm 2,8$ года), среди которых преобладали женщины. Диагноз подтвержден в соответствии с общепринятыми в мировой практике Римскими критериями III. Пациенты были разделены в зависимости от ведущего синдрома. В опытной группе наблюдалось 23 чел., у 13 из них в клинике преобладали запоры, у 6 – метеоризм, у 4 – диарея. Контрольную группу составили 15 пациентов со следующим распределением синдромов: у 8 преобладал запор, у 5 – метеоризм, у 2-х – диарея. У всех пациентов обеих групп изначально имел место фекальный дисбиоз, причем у 39% он был ассоциированный, т.е. высевалась условно-патогенная флора. В 100% зарегистрирован дефицит симбионтов кишечной микрофлоры (бифидо- или лактобактерий).

В обеих группах больные получали диету в зависимости от ве-

дущих клинических синдромов, селективные спазмолитики, ферментные препараты, средства, уменьшающие газообразование в кишечнике. Пациентам опытной группы дополнительно рекомендован пробиотик, в виде комбинированного продукта «Бифиформ комплекс», включающего в себя в достаточно большом количестве бифидо- и лактобактерии, а также инулин. «Бифиформ комплекс» назначался по 1 таблетке 2 раза в день во время приема пищи, курсом 2 недели. Антибиотики и бактериальные препараты не применялись.

Показатели качества жизни (КЖ) определяли при помощи русифицированной версии опросника SF-36.

У больных СРК на фоне проводимой терапии в обеих группах наблюдалась позитивная динамика клинических проявлений, однако в опытной группе она была более выражена. Так, боль в животе в опытной группе исчезла более чем у 40% больных и у такого же числа уменьшилась; лишь у 1 чел. (4,3%) она не претерпела существенной динамики. В контрольной группе боль сохранилась более чем у половины пациентов (8 чел., 53,3%), хотя и стала менее выраженной; только у 3-х чел. (20%) - исчезла, а у одного (6,7%) осталась прежней интенсивности.

Выявлена положительная динамика в проявлении метеоризма. Так, в опытной группе 30% пациентов отметили его исчезновение, тогда как в контрольной лишь 7%. Значительного влияния на такой симптом, как урчание в животе «Бифиформ комплекс» не оказал; уменьшение и отсутствие его в обеих группах было практически одинаковым. Позитивную динамику характера стула отметили все пациенты опытной группы, а у половины из них стул нормализовался. В контроле восстановление стула наблюдалось только у 13% (2 чел.), а у 6,7% (1 чел.) динамики не отмечалось. Улучшение общего самочувствия почувствовали все пациенты, но в опытной группе 15 человек (65,2%) охарактеризовали его как отличное, тогда как в контрольной таких больных было лишь 6 (40%) .

После лечения в контрольной группе наблюдалось незначительное улучшение микробного пейзажа – только у 10% больных произошла его нормализация, а у 6% уменьшилось содержание патогенной микрофлоры. В опытной группе, получающих дополнительно пробиотик установлена отчетливая тенденция к улучшению микробного пейзажа кишечника. Она проявлялась, прежде всего,

нормализацией содержания защитной флоры (бифидо- и лактобактерий, кишечной палочки) почти у 70% пациентов, либо повышением ее содержания в случаях первоначального низкого уровня (у 13%). У 83,3% пациентов исчезла условно-патогенная микрофлора (стафилококк, гемолитическая *E. coli*, клебсиеллы и др.).

Качество жизни до лечения в опытной группе было снижено по всем показателям, причем максимальный параметр достигал лишь 57,8%. Проведение терапии, включающей в себя «Бифиформ комплекс», привело к росту всех показателей качества жизни, особенно ролевого функционирования, обусловленных физическим состоянием (RP) и эмоциональным состоянием (RE).

Выводы. На основании проведенного исследования установлено положительное влияние пробиотиков («Бифиформ комплекс») на основные клинические проявления у больных СРК:

- отчетливое улучшение самочувствия больных в виде уменьшения клинических симптомов (боль, метеоризм, вздутие живота, нормализация кратности стула);
- улучшение или нормализация микробного пейзажа фекалий;
- повышение качества жизни больных по всем показателям опросника SF-36.

М.А. Миронова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХВП

Кафедра хирургической стоматологии

Заболевания челюстно-лицевой области воспалительного характера составляют значительную часть от всех стоматологических заболеваний. Наличие местного очага воспаления в челюстно-лицевой области сопровождается интоксикацией всего организма. Кроме того, применение антибиотиков не всегда оказывается благоприятным для пациента, повышается риск аллергии организма [4]. Пациенты при обострении ХВП испытывают боль, кроме того, вследствие выраженного отека мягких тканей лица отмечается косметический дефект, поэтому важной проблемой остается быстрое купирование симптомов заболевания. При стоматологических заболеваниях, сопровождающихся воспалением, отеком и болевым синдромом, выявлена высокая эффек-

тивность гирудотерапии [2, 3].

Применению гирудотерапии при обострении ХВП в литературе посвящены отдельные публикации, в которых на основе только клинических данных показано противовоспалительное, противовоспалительное, иммуномодулирующее и противоотечное действие.

На кафедре пропедевтики стоматологических заболеваний МГМСУ, НИИ морфологии человека РАМН было проведено клиническое обследование и лечение 49 больных с обострением ХВП (19 мужчин, 30 женщин) в возрасте от 20 до 45 лет. Больные были разделены на 2 группы: основную (25 пациентов), в комплексной терапии которой применяли гирудотерапию наряду с общепринятым эндодонтическим лечением, группа сравнения (24 пациента), которым проводилось общепринятое эндодонтическое лечение, сочетающееся с пероральным применением антибактериальных и гипосенсибилизирующих препаратов.

Гирудотерапию проводили аспирационным методом (до полного кровенасыщения) [3]. Медицинскую пиявку апплицировали на слизистую оболочку альвеолярного отростка в области проекции верхушки корня причинного зуба. Гирудотерапию выполняли в 3 посещения: 1-е в первый день, 2-е на 3-5 день, 3-е на 7-10 день.

Выраженность болевого симптома и боль при перкуссии у больных с гирудотерапией уменьшались к 3-5 дню лечения и практически исчезали на 7-10 день, в то время как при эндодонтическом лечении без гирудотерапии болевые ощущения сохранялись на 7-10 день.

Коллатеральный отек, отек и гиперемия слизистой оболочки в области причинного зуба уменьшались к 3-5 дню и полностью исчезали к 7-10 дню. При лечении обострения ХВП без применения МП эти симптомы сохранялись к 7-10 дню.

Выраженный клинический противовоспалительный эффект гирудотерапии подтверждается исследованиями цитологических показаний смешанной слюны. Показатели цитоза смешанной слюны и абсолютное содержание в ней нейтрофилов в группе больных с обострением ХВП с использованием МП на 3-5 и 7-10 дни были ниже, чем у пациентов с общепринятым эндодонтическим лечением [1, 4].

Таким образом, вещества слюны пиявки, взаимодействуя друг с другом, а также с тканями человека оказывают на организм боль-

ного многостороннее и многообразное, но весьма благоприятное лечебное действие. После применения гирудотерапии улучшается общее состояние, снижается температура, быстрее исчезает отек, снимаются боли, уменьшаются воспалительные явления, улучшается крово- и лимфоток слизистой оболочки полости рта.

Литература.

1. Денискина Е.В., Пожарицкая М.М., Макарова О.В. // Российский стоматологический журнал. – 20025. - № 6. - С. 27-30.
2. Винокурова В.Д. // Сб. науч. ст. по материалам науч. конф. Ассоциации гирудологов 1992-1997. – М., 1998. – Кн.1. – С.41.
3. Гилева О., Антипина Н., Кислых Ф. и др. // Проблемы биотерапии: сб. тез. и ст. – М., 1998 – С. 16-17.
4. Савинов В.А. // Медицинская сестра. – 2000. - № 4. – С.9-11.

Л.А.Котова, К.С.Котов

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АПИПРЕПАРАТОВ НА СКОРОСТЬ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПРОТЕЗНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИ-АДАПТАЦИОННЫХ СТОМАТИТОВ

Кафедра фармакологии с курсом фармакотерапии ФПДО
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

В настоящее время частота применения частичных и полных съёмных протезов у пациентов, обратившихся за ортопедической стоматологической помощью на кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ составляет $53,64 \pm 1,25\%$ от всего количества изготовленных врачами-стоматологами-ортопедами зубных протезов.

В периоде адаптации пациентов к частичным и полным съёмным протезам в $93,85 \pm 1,73\%$ случаев (Щербакова А.С., 2005), отмечается возникновение травматических стоматитов, вызванных несоответствием микрорельефа края протезов микрорельефу слизистой оболочки границы протезного ложа. Данные стоматиты доставляют пациенту массу неприятных ощущений, однако, после известного количества коррекций протеза проходят. Число коррекций, каждая из которых отнимает у стоматолога-ортопеда более 15 минут рабочего времени, может составлять от одной до семи, в среднем на каждого пациента, адаптирующегося к ношению съёмных протезов, приходится по 3 – 5 коррекций (Загор-

ский В.Н., 2008).

Ведущим симптомом адаптационно-травматического стоматита являются болезненные ощущения, вплоть до очень интенсивных, а также декубитальные эрозии и язвы слизистой оболочки протезного ложа. Целью нашего исследования была оценка влияния мази «Пропоцеум» на заживление декубитальных язв у пациентов со съёмными протезами. Задачами исследования явились: оценка ранозаживляющих свойств мази «Пропоцеум»; оценка обезболивающих свойств мази «Пропоцеум».

Нами проводилась качественная оценка заживления адаптационно-травматических протезных стоматитов ежедневно в течение 15 дней со дня наложения съёмных протезов у 40 пациентов, разделенных на основную (20 человек) и контрольную (20 человек) группы. У пациентов контрольной группы проводился ежедневный контроль состояния протезного ложа и коррекции съёмных протезов по необходимости. У пациентов основной группы помимо коррекций, проводилось нанесение на выявленные декубитальные поражения слизистой оболочки протезного ложа мази «Пропоцеум».

Оценка состояния протезного ложа и скорости заживления декубитальных поражений у пациентов основной и контрольной групп проводилась визуально, при ежедневных осмотрах. При этом было выявлено, что у пациентов контрольной группы декубитальные поражения слизистой оболочки протезного ложа заживали на 2-3 день после коррекции границ базиса протеза, у пациентов основной группы, наносящих мазь «Пропоцеум» на декубитальные поражения слизистой оболочки протезного ложа, они заживали на следующий день после коррекции. Помимо этого, при пользовании съёмными протезами после коррекции у пациентов контрольной группы болезненные ощущения сохранялись до момента заживления декубитальных элементов, а у пациентов основной группы стихали уже к вечеру того же дня. Исходя из статистической обработки полученных качественных данных, можно с уверенностью говорить о наличии статистически достоверной разницы между результатами исследования, полученными в основной и контрольной группах.

Выводы.

1. Ранозаживляющая эффективность мази «Пропоцеум» при

декубитальных поражениях слизистой оболочки протезного ложа по отношению к пациентам контрольной группы составила $62,13 \pm 1,25\%$.

2. Обезболивающий эффект мази «Пропоцеум» при декубитальных поражениях слизистой оболочки протезного ложа по отношению к пациентам контрольной группы составил $51,67 \pm 2,12\%$.

Полученные результаты позволяют рекомендовать апимазь «Пропоцеум» для облегчения процесса адаптации к съёмным протезам у пациентов, снижения болезненных ощущений и ускорения срока заживления декубитальных поражений.

К.С.Котов

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ШТАМПОВАННЫХ КРОНОК ИЗ СЕРЕБРЯНО-ПАЛЛАДИЕВОГО СПЛАВА

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

В клинику кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ обратилась пациентка Ф., предъявляющая жалобы на металлический привкус во рту, чувство жжения в месте соприкосновения протезов с десной, покраснение слизистой оболочки губ и щёк, контактирующих с протезами. При опросе пациентки было выявлено, что протезы в виде искусственных коронок из серебряно-палладиевого сплава были ей изготовлены год назад, для замены вызывавших еще более сильные ощущения жжения штампованно-паяных мостовидных протезов из нержавеющей стали. При осмотре у пациентки выявлено отсутствие 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 34, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 46, 47, 48 зубов; 11, 12, 17, 21, 27 покрыты штампованными коронками серебристо-желтоватого оттенка; маргинальная десна в области вышеозначенных коронок гиперемирована, умеренно отечна, также гиперемия и умеренная отечность отмечена на слизистой оболочке щёк и верхней губы в месте соприкосновения с протезами. Коронки не спаяны между собой, края коронок доходят до десны. На ортопантограмме от 29.05.2009 11, 12, 21, 17, 27 денервированы, в периапикальных тканях патологических изменений нет, в области сохранившихся зубов отмечена горизонтальная резорбция костной ткани альвеолярного на треть высоты ме-

жальвеолярных перегородок, в области ВНЧС отмечается умеренный симметричный дистальный сдвиг головок. Измерение разницы потенциалов между имеющимися в полости рта коронками и между коронками и языком показало незначительное превышение допустимых норм, составив $127,5 \pm 2,37$ милливольт. Лабораторное исследование микрофлоры полости рта на грибы рода *Candida Albicans et Tropicalis*, дало отрицательный результат, позволив исключить симптоматическое проявление кандидоза. Общий анализ крови пациентки без отклонений от физиологических нормативных значений. Анализ содержания ионов калия, натрия, кальция, магния, железа, хлоридов и фосфатов в ротовой жидкости не выявил диагностически значимых изменений концентрации данных ионов в ротовой жидкости. Проведенная рН-метрия ротовой жидкости свидетельствует о закислении до значений рН $6,86 \pm 0,59$. Обследование пациентки у гастроэнтеролога, включившее в себя проведение ультразвукового обследования органов брюшной полости и фиброгастродуоденоскопию, не выявило сколь-нибудь значительных изменений в желудочно-кишечном тракте пациентки.

На основании жалоб, данных клинического и дополнительных обследований, пациентке был поставлен диагноз: непереносимость серебряно-палладиевого сплава неизвестной этиологии. Запланировано: алерголо-иммунологическое тестирование пациентки к алюмооксидной керамике «Empress 2» и нейлоновому базисному материалу «Valplast». В случае если в процессе тестирования не будет выявлена повышенная чувствительность к вышеуказанным материалам, планируется провести несъемное протезирование безметалловой керамикой «Empress 2» и съемное – частичными съемными протезами 8/9 на верхнюю и нижнюю челюсть с нейлоновым базисом и фарфоровыми искусственными зубами.

Таким образом, серебряно-палладиевый сплав, созданный для протезирования пациентов, страдающих непереносимостью каких-либо иных протезных материалов, в данном случае также привел к возникновению непереносимости. Данные Гожей А.Г. (1989), Козина и Джирикова (1999, 2004) о наличии непереносимости к серебряно-палладиевым сплавам в $3,25 \pm 0,14\%$ случаев, подтверждаются, что заставляет врачей-стоматологов-ортопедов выбирать иную тактику при лечении и повторном протезировании

пациентов с непереносимостью к материалам зубных протезов.

Л.Б.Филимонова, М.Н.Пешкова

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ АППАРАТОВ С ПЬЕЗОЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Кафедра хирургической стоматологии

Традиционные хирургические методы сопровождаются повышенной травмой мягких и твердых тканей в связи, с чем использование альтернативных подходов к решению этой проблемы. Ультразвуковые хирургические инструменты - скальпели, лезвия, пилы и пучковые концентраторы ультразвуковой энергии - давно нашли свое применение в стоматологии. Имеется три основных типа электромеханических инструментов для работы на тканях пародонта и челюстных костях:

- низкочастотные аппараты;
- магнитострикторные аппараты;
- пьезоэлектрические аппараты.

Согласно имеющимся данным, все эти аппараты обладают щадящим воздействием, как на ткани зуба, так и на костную ткань. Пьезоэлектрические аппараты относятся к аппаратам последнего поколения, у которых принцип воспроизведения колебаний основан на растяжении кристаллов в поле переменного электрического тока. Преимущества этих приборов очевидны: точная вибрация в строго заданных направлениях; сохранность костного материала (микроразрез в диапазоне 60- 200мкм); максимальная точность и безопасность во время операции; высокая частота вибраций с постоянным охлаждением; контролируемость мощности и интенсивности потока изотонического раствора; для препарирования твердых и мягких тканей используется один наконечник. Оптимальный разрез твердых тканей, при этом мягкие ткани не повреждаются – избирательный разрез; нет температурных изменений, малая потеря крови во время хирургии. Пьезоэлектрические аппараты не генерируют большого количества тепла, и тем самым оказывают наименее повреждающее действие на ткани зуба и окружающую костную ткань. В научной литературе отмечен антимикробный эффект, возникающий за счет разрыва оболочек клеток микроорганизмов. Колебания, возникающие в тканях,

подвергшихся воздействию ультразвука, приводят к изменению функционального состояния клеток: повышается проницаемость мембран, усиливаются процессы диффузии и осмоса, изменяется кислотно-щелочное равновесие. Кроме того, под влиянием ультразвука повышается поглощение кислорода тканями, улучшаются окислительно-восстановительные процессы, увеличивается продукция АТФ. Ацидоз сменяется алкалозом, чем объясняется обезболивающий эффект после работы. Одним из аспектов наиболее оптимального восстановления костной ткани, при операциях на челюстных костях, является малая травматичность и инвазивность. Пьезоэлектрические операции в наибольшей степени отвечают данным требованиям.

Показаниями к применению пьезоэлектрических аппаратов являются: остеотомия, костная пластика, забор аутогенной кости для восстановительной хирургии, расщепление альвеолярного гребня, синус-лифтинг, удаление зубов, резекция верхушки корня, цистэктомия, забор цилиндрических костных блоков, костная дистракция, транспозиция нерва, поднятие синус-лифтинг, дистракционный остеогенез, извлечение пломбировочного материала из нижнечелюстного канала, пластика альвеолярного отростка и других амбулаторных операциях.

Главной задачей при получении костного трансплантата заключается в сохранении максимально возможного количества жизнеспособных остеобластов. А так же, сохранение стерильности с момента отделения трансплантата из донорского участка и до его фиксации в принимающем ложе. Использование пьезоэлектрических аппаратов позволяет бережно относиться к получаемому трансплантату за счет щадящего воздействия. Указанный прибор позволяет производить распилы кости без повреждения мягких тканей, с охранением большого количества жизнеспособных клеток. Следует отметить, что аппарат удобен в использовании, позволяет в трудных клинических случаях с наименьшей травмой различных анатомических образований проводить высоко технологичные операции. Сохранение жизнеспособности клеток трансплантата позволяет достичь желаемого результата, бактерицидное воздействие, снизить возможные послеоперационные осложнения. Пьезоэлектрические аппараты открывает качественно новый подход в проведении операций в че-

люстно-лицевой области.

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ОБЕСПЕЧИ-
ВАЮЩИХ СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ДЕТЕЙ,
ПОДРОСТКОВ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

**Т.Г. Ткаченко, Е.Е. Шатская, А.В. Дмитриев, Р.А. Гудков,
В.И. Петрова**

**ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ У ДЕТЕЙ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии

Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) – заболевание, обусловленное иммунным конфликтом из-за несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам. Стабильность заболеваемости связана с сохраняющимся разнообразием сочетаний групп крови и резус-факторов при заключении браков. Существует более 250 антигенов эритроцитов (ABO, Rh, Kell, Duffy, MNS, Vel и других). Известно, что среди населения 85 имеют Rh-фактор% (из них 45% гомозиготные носители) и относятся к «резус-положительным», около 15% к «резус-отрицательным». Людей с I (0) группой крови составляют 35%; со II (A) - 35%; с III (B) - 20%; с IV (AB) - 10%. По данным литературы частота встречаемости ГБН по резус-фактору 1 на 250 родов, ГБН по группе крови - 1 на 160 родов

Заболевание наблюдается у плодов и детей с момента рождения или выявляется в первые часы и дни жизни ребенка. Различают 3 формы болезни: отёчная (асцит, гидроперикард, гепатоспленомегалия, анемия, гипопропротеинемия), анемическая (вялость, бледность, тахикардия, систолический шум на верхушке сердца, анемия), желтушная (желтуха, бледность, гепатоспленомегалия, анемия, гипербилирубинемия). В структуре заболеваемости новорождённых ГБН занимает 7 место (2,17%). Общая летальность при ГБН составляет 0,65%, среди недоношенных -3,95%. Тяжелые формы ГБН сопровождаются билирубиновым поражением головного мозга, внутрипеченочным холестаазом, могут приводить к инвалидизации. У 4,9% детей перенесших ГБН регистрируется отставание в физическом и нервно-психическом развитии.

Возможна антенатальная и постнатальная диагностика ГБН.

В лечении используются: фототерапия (уменьшение концентрации неконъюгированного билирубина в сыворотке крови); заменное переливание крови; внутривенное введение стандартных иммуноглобулинов, инфузионная терапия. Фенобарбитал в настоящее время не используется.

Цель исследования: изучить распространенность ГБН и ее структуру в Рязанской области, динамику заболеваемости за 10 лет (1997-2008), оценить эффективность профилактических и лечебных мероприятий. Дизайн исследования: анализ годовых отчетов родильных домов г. Рязани и области за 10 лет и ретроспективное изучение 238 истории болезни за этот период.

Результаты: Установлено, что до 2002 года ГБН по резус-фактору в 25% развивалась после искусственных прерываний беременности, в 19% - после гемотрансфузий и лишь в 56% после повторных родов. За период с 2002 по 2008 гг. значительно снизилось (до 8,5%) количество случаев ГБН после искусственных прерываний беременности и гемотрансфузий (до 4,5%). Данный факт указывает на повышение знаний и настороженности акушеров в отношении профилактических мероприятий по предотвращению резус-конфликта. Сохранение первой беременности у резус-негативных женщин, можно определить, как приоритетное направление в профилактике ГБН.

По нашим данным конфликт при групповой несовместимости чаще встречается при сочетаниях: у матери I (0) – у ребенка II (A) группы крови – в 68 % случаев, в 30,5 % - III (B) у ребенка, в 1% - у матери II (A), у ребенка IV (AB), 0,5 % III (B) - у матери, IV (AB) - у ребенка. В последние 5 лет отмечается увеличение частоты ГБН по системе ABO, что вероятно связано с улучшением диагностики и врачебной настороженностью. Однако, при сборе анамнеза, отмечено, что информированность женщин о природе иммунологического конфликта при резус- и групповой несовместимости, крайне низкая. Так о возможности реализации ГБН по ABO, вероятности развития заболевания при первой беременности, осведомлена лишь каждая пятая беременная.

При исследовании эффективности профилактических мероприятий, обращало внимание, что до 1999 г, при риске резус-сенсibilизации, анти-D-Ig, вводился более чем в половине

наблюдений, что вероятно было обусловлено доступностью иммуноглобулина отечественного производства. В 2000-2006 гг. охват декретированной группы был низким и составил в $4,6 \pm 2,4\%$. В дальнейшем отмечалось постепенное увеличение частоты введения анти-D-Ig до 39% в 2007 г. Недостаточно активно проводится профилактика у повторно беременных и повторно родивших женщин. Так при повторной беременности и первых родах, (Rh- мама, Rh+ ребенок) иммуноглобулин введен в 33% (в 1997 - в 87%) случаев. При повторной беременности и повторных родах (Rh- мама, Rh+ ребенок) профилактика осуществлялась лишь в 14% (в 1997 - в 27%) наблюдений. Это, вероятно, является отражением социальной установки на малодетность.

Анализ лечебных мероприятий выявил неоправданно высокую частоту проведения операции заменного переливание крови (ЗПК) и устойчивую тенденцию к её нарастанию. Так за период 1997-2002 гг. поведено 66 операций. С 2003 по 2008 гг. оперативное лечение осуществлялось в 104 случаях. Эти данные соотносятся с низкой активностью профилактических мероприятий. Введение внутривенного иммуноглобулина детям с гемолитической болезнью новорожденных не проводилось. За последние 10 лет ГБН, как причина смерти установлена у 7 детей.

Выводы.

1. Специфическая профилактика ГБН по Rh-фактору низкая и не превышает 40%.
2. Женщины недостаточно информированы о своей и мужа группе крови и Rh-факторе.
3. Отмечен рост ГБН по системе АВО.
4. По причине недостаточной профилактики в лечении широко используются заменное переливание крови. Введение Ig G не применяется.

Р.А.Гудков, Т.Г.Ткаченко, Е.Е.Шатская, В.И.Петрова,

А.В.Дмитриев

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЕВИСКОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ
СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии

Суспензия Гевискон (Reckitt Benckiser Healthcare, Великобритания)

ния) – многокомпонентный препарат. Основное действующее вещество – альгинат натрия, взаимодействующий в желудке с соляной кислотой с образованием альгиновой кислоты, вместе с карбонатом кальция и гидрокарбонатом натрия формируют гелеобразный пенистый комплекс соединений. Показанием к назначению Гевискона служит гастроэзофагальный рефлюкс, основной механизм действия препарата – создание механического барьера на поверхности желудочного содержимого. Являясь антацидным препаратом, Гевискон существенно не изменяет pH желудочного содержимого. Важнейшим эффектом препарата является протективное действие на слизистую пищевода, желудка и кишечника.

Альгинаты не изменяют водно-солевой баланс, не поглощают в кишечнике сероводород, необходимый для перистальтики, не претерпевают метаболических превращений, не токсичны, не обладает аллергизирующим, эмбриотоксическим и мутагенным действием, выводятся из организма в течение 24-48 ч., могут использоваться в лечебных и профилактических целях в течение длительного времени.

Альгиновая кислота и её производные, являясь основным компонентом препарата Гевискон, обладают широким спектром терапевтических эффектов, выходящих за рамки антирефлюксного действия. Альгинаты являются мощными сорбентами, что позволяет использовать их в терапии различных эндогенных и экзогенных интоксикаций. Вместе с тем, не происходит снижение кишечной адсорбции эссенциальных микроэлементов и витаминов. Альгинаты имеют многогранное действие при нарушениях пищеварительного тракта у детей: уменьшают болевой синдром, метеоризм, нормализуют перистальтику, способствуют коррекции стула и кишечного микробиоценоза, стимулируют секрецию гидрокарбонатов, увеличивают синтез гликопротеинов желудочной слизи, предохраняют эпителий от ulcerогенных факторов, связывают изолецитин и жёлчные кислоты, могут использоваться при билиарных дисфункциях и холестазае. Эффект альгинатов при кишечных инфекциях обусловлен сорбцией бактериальных токсинов, действием на перистальтику и газообразование.

Гемостатические свойства препаратов альгиновой кислоты позволяют рекомендовать их назначение при язвенно-эрозивных поражениях желудка и кишечника, в частности при язвенной бо-

лезни, при НПВС-гастроэнтеропатии, желудочно-кишечных проявлениях коагулопатий. Имеются публикации, свидетельствующие об эффективности применения альгинатов при аллергических и аутоиммунных заболеваниях. При этом используется в основном сорбирующее свойство препаратов, сообщается об уменьшении нежелательных эффектов терапии глюкокортикостероидами и цитостатиками.

Мы использовали Гевискон в комплексе лечения 98 детей, имеющих гастроэзофагальный и дуоденогастроэзофагальный рефлюксы в сочетании с другими заболеваниями. Все дети находились на стационарном лечении в областной детской клинической больнице. Возраст детей от 6 до 15 лет, семеро детей - в возрасте от 4 до 6 лет получали препарат при наличии информированного согласия родителей по поводу тяжёлого гастроэзофагального рефлюкса, в частности эрозивного эзофагита.

Все дети прошли комплексное лабораторно-инструментальное исследование соответствующее основному и сопутствующим заболеваниям, включающее эзофагогастродуоденоскопию с биопсийным исследованием, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. В результате обследования выявлялись различные по распространённости и тяжести нарушения: эзофагит, гастрит, дуоденит, язвы и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки. В 54% случаев при морфологическом исследовании слизистой выявлен *H. pylori*.

Проводилась терапия основного и сопутствующих заболеваний, включающая ингибиторы протонной помпы, антациды, висмута трикалия дицитрат, домперидон, антибактериальные препараты в схеме эрадикации *H. pylori* (амоксциллин, метронидазол, кларитромицин), а также Гевискон. Препарат назначался в дозе 5-15 мл на приём, время приёма определялось индивидуально, преимущественно через 30-60 минут после еды и на ночь, 3-5 раз в день. Длительность приёма препарата составила 7-21 день, в части случаев Гевискон назначался повторными курсами.

У 12 детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки включение в комплекс лечения Гевискона на фоне эрадикационной терапии и по её окончании способствовало полному купированию изжоги и боли на первые – вторые сутки от начала лечения, минимизации таких побочных эффектов лечения как диспепсия, диарея.

Гевискон назначался по 10-15 мл через 30-60 минут после приёма пищи и перед сном, в некоторых случаях - натощак. Длительность приёма препарата составляла 10-14 дней. У 7 детей данной группы имелся рефлюкс-эзофагит I-II степени.

14 детей с хроническим гастродуоденитом, не имеющие показаний к проведению эрадикационной терапии, имевшие клинику неязвенной диспепсии, получали Гевискон по 10 мл через 30-60 минут после еды и перед сном на протяжении 14 дней. Дети также получали физиопроцедуры, в части случаев – седативные средства. Эффект заключался в снижении или купировании болевого и диспептических симптомов на 2-3 сутки лечения у всех больных.

В группе детей с гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (всего 36 детей) мы провели анкетирование с целью сравнения действия Гевискона и других антацидов. В контрольной группе использовались Альмагель и Фосфалюгель. Результат исследования демонстрирует значительное преимущество Гевискона: 29 из 36 детей, ранее принимавших другие антациды отдали предпочтение Гевискону.

Гевискон был назначен 18 детям, ранее получавшим неэффективное или недостаточно эффективное лечение с диагнозом синдром раздражённой кишки с запорами и функциональными запорами. У шестерых детей данной группы имелась болевая реакция при дефекации, у троих – анальные трещины. В терапевтический комплекс входили препараты лактулозы, макрогола, дюспаталин, бускопан, биопрепараты, физиопроцедуры. У 12 детей данной группы был отмечен существенный прогресс. В комплекс лечения детей с анальной симптоматикой включалось параллельное с Гевисконом использование альгинатола в свечах.

Гевискон вместе с омепразолом был использован нами 6 больным с НПВС-гастро и энтеропатией, имевшим геморрагические в антральном отделе или луковице двенадцатиперстной кишки проявления при эндоскопии. Обоснованием такой терапии является гемостатическое действие альгинатов. Во всех случаях наблюдалась быстрая хорошая динамика.

В трёх случаях Гевискон был использован у детей с ДЦП, имеющих недостаточность кардии, бульбарные расстройства и повторные рвоты. Эндоскопически выявлялся эрозивный или катаральный эзофагит, недостаточность кардии. Ранее эти дети длительно и

без эффекта получали терапию смесями с загустителями, домперидоном или церукалом, антацидами, омепразолом. Включение в лечение периодических курсов Гевискона привело к значительному урежению рвоты, улучшению нутритивного статуса, улучшению эндоскопической картины и позволило снизить частоту и длительность назначения омепразола.

Гевискон назначался четверым детям с почечной недостаточностью в преддиализной и диализной стадиях, имевшим гастродуоденит, эзофагит и рвоту. Отмечено значительное урежение рвоты, улучшение нутритивного статуса, стула.

Продемонстрированные наблюдения показывают реализацию комплексного действия альгината натрия, входящего в состав Гевискона, которое выходит за рамки антирефлюксного и антацидного эффектов. Использование Гевискона у детей может быть рекомендовано при широком спектре патологических состояний и, особенно, при сочетанной патологии.

Применение препарата при сочетанной патологии должно проводиться в комплексе терапевтического воздействия и основываться на анализе индивидуальных особенностей случая. Существует возрастное ограничение использования препарата Гевискон – с 6 лет, хотя нет данных о каких-либо свойствах препарата или отдельных его составляющих потенциально вредных для детей более раннего возраста, мы не столкнулись с побочными действиями.

В.Н.Шатский, Л.Н.Клипова

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА
У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА**

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии
Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой

Острый аппендицит - самое частое хирургическое заболевание у детей, требующее экстренного оперативного лечения. При несвоевременной диагностике и запоздалом хирургическом вмешательстве развиваются тяжелые осложнения и, прежде всего, перитонит. Как правило, несвоевременная госпитализация более чем в половине наблюдений связана с поздней обращаемостью за медицинской помощью. При этом родители либо не придают значения жалобам ребенка, либо самостоятельно пытаются его лечить. Во-

преки распространенному мнению, что острый аппендицит редко встречается у пациентов дошкольного возраста, а у детей младшего дошкольного возраста, практически не выявляется, до 7% оперированных детей составляют больные первых 3 лет жизни.

Тяжесть течения острого аппендицита у детей во многом определяется анатомо-физиологическими особенностями организма ребенка, прежде всего, быстротой течения деструктивного процесса в червеобразном отростке, ограниченными возможностями локализации местного очага воспаления и вследствие этого развитием катастрофы в брюшной полости. Деструкция червеобразного отростка может возникнуть уже через несколько часов от начала заболевания и привести к разлитому гнойному перитониту.

Сложности диагностики острого аппендицита у детей раннего возраста объясняются тем, что клинические проявления данной хирургической патологии могут встречаться не только при остром аппендиците, но и при целом ряде других заболеваний (кишечная инфекция, ОРВИ, воспаление легких), что значительно затрудняет диагностику.

В самом начале развития острого аппендицита у детей младшей возрастной группы преобладают выраженные нарушения общего состояния: появляется вялость, нарушаются сон и аппетит. Боль в животе у детей до года проявляется беспокойством, дети 2-3 лет жалуются на боли в области пупка или по всему животу без четкой локализации. Боли носят постоянный характер. Более чем в 90% наблюдений, при остром аппендиците у детей до 3 лет бывает выражена температурная реакция (38-39°C). Довольно постоянным симптомом является многократная рвота. Стул обычно оформлен, но достаточно часто наблюдается диарея. Учитывая, что названные выше клинические проявления острого аппендицита (боль в животе, гипертермия, рвота, жидкий стул, нарушения общего состояния) могут быть и при других заболеваниях, для постановки правильного диагноза необходимо динамическое наблюдение, объективное обследование больного с использованием дополнительных методов. Всё это возможно только в условиях стационара. Госпитализировать ребенка при подозрении на острый аппендицит необходимо в детское хирургическое отделение, но при преобладании клинических симптомов кишечной инфекции ребенок госпитализируется в инфекционное отделение,

где осуществляется дальнейшее динамическое наблюдение и обследование ребенка.

За период с 2004 по 2008 годы в приемный покой областной детской клинической больницы г. Рязани обратились с жалобами на боли в животе 548 детей младшего дошкольного возраста. Из особенностей объективного обследования можно отметить крайне негативную реакцию ребёнка данного возраста на осмотр: дети плачут, отталкивают руки хирурга. Однако при внимательном и неоднократном осмотре, выявляется, что крик ребёнка значительно усиливается при пальпации правой подвздошной области, в то время как при пальпации других частей живота он остаётся монотонным. Самый ценный и постоянный симптом - защитное напряжение мышц передней брюшной стенки - у детей данной возрастной группы уловить чрезвычайно сложно вследствие их беспокойства при осмотре. В, особенно сложных диагностических случаях обследование ребёнка проводится под наркозом.

Грамотно проводимая дифференциальная диагностика, скрупулезно собранный анамнез, тщательным образом проводимые объективные обследования позволили исключить острую хирургическую патологию на уровне приемного покоя, у значительного количества пациентов. В детское хирургическое отделение были госпитализированы 83 ребенка с подозрением на острый аппендицит в возрасте до 3 лет. Оперированы 27 детей. В 16 случаях диагностирован деструктивный аппендицит, осложненный перитонитом. Проведённое в экстренном порядке оперативное лечение, отработанная схема ведения пациентов, включающая предоперационную подготовку и выхаживание пациентов в отделении реанимации, позволило избежать послеоперационных осложнений.

Отмечается тенденция к уменьшению количества оперированных детей с деструктивными формами острого аппендицита. Так в 2004-2006гг у 16 пациентов диагностирован перитонит аппендикулярного генеза. За период с 2007 по 2008 год, осложнённых форм заболевания выявлено не было, в возрасте до 3 лет оперативному вмешательству подверглись лишь 3 детей по поводу неосложненного аппендицита.

Таким образом, у детей младше 3 лет проявления острого аппендицита своеобразны и диагностика его чрезвычайно затруд-

нена, что приводит к поздней обращаемости и высокой частоте осложненных форм. Осмотр маленьких пациентов в первые сутки заболевания, специалистом – детским хирургом позволяет, как исключить острую хирургическую патологию и избежать неоправданного оперативного вмешательства, так и своевременно диагностировать острый аппендицит.

**Н.А.Аникеева, Л.П.Гребова, М.Н.Иешкина, В.С.Давыдкина,
С.К.Левушкин**

**ОСОБЕННОСТИ ГИПОФИЗАРНО-ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ
И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ИСХОДЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ
НЕЙРОИНФЕКЦИИ И МЕНИНГОКОККЕМИЮ**

**Кафедра педиатрии и детских инфекций ФПДО
Городская клиническая больница № 11, г.Рязань**

Целью исследования явилось изучение состояния гипофизарно-тиреоидной системы и характера неврологических исходов у детей, перенесших нейроинфекции или менингококкемию.

Работа проводилась на базе МУЗ ГКБ № 11 в детском отделении реанимации и интенсивной терапии. Обследовано 28 детей в возрасте от 1 года до 16 лет, из них с серозным менингитом – 12 детей, гнойным менингитом и менингоэнцефалитом – 12 детей, менингококкемию – 1 ребенок, энцефалит – 3 ребенка. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей сопоставимых по поло-возрастным показателям с детьми основной группы.

В комплекс исследования входило общее клиническое обследование больных с оценкой неврологического статуса, УЗИ щитовидной железы, определение уровней тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т₄св.) и антител к тиреоидной пероксидазе (ЛТ-ТПО). Для выявления факторов, влияющих на формирование минимальной тиреоидной дисфункции или субклинического гипотиреоза у детей, перенесших нейроинфекции, был использован метод анализа таблиц сопряженности с расчетом классического критерия χ^2 по Пирсону, Фи-коэффициента и точного критерия Фишера.

Выявлено, что те или иные неврологические последствия заболевания наблюдались у 82% пациентов в виде церебροастенического, неврозоподобного, гипертензионного, гипоталамического

синдромов, очагового поражения ЦНС.

Цереброастенический синдром характеризовался головными болями на фоне переутомления, нарушениями сна, поведенческими и эмоционально-волевыми нарушениями. У 3 детей подобная симптоматика появлялась уже на 2-3 неделе заболевания, а у 13 – в более отдаленные сроки на фоне психического и физического утомления. Чаще наблюдались такие проявления цереброастении как повышенная эмоциональная лабильность (11), быстрая утомляемость (7), ослабление внимания и памяти (5), повышенная возбудимость (3), двигательная расторможенность (4), агрессия (6), замкнутость (2).

Неврозоподобные состояния у детей 4-7 лет характеризовались появлением навязчивых движений (2), нарушениями сна (6), ночными страхами (5), сноговорением (1). В пубертатном периоде в 3 случаях диагностировались неврастенические расстройства.

Гипертензионный синдром выявлен у 4 детей. Он характеризовался появлением головной боли различной интенсивности, не связанной с физической нагрузкой и переутомлением, нередко сопровождающейся рвотой. У этих детей выявлены характерные изменения глазного дна в виде сужения артерий и полнокротия или расширения вен. Гипоталамический синдром в виде ожирения, синдрома нарушенной терморегуляции, вегетативных расстройств симпатической, парасимпатической или смешанной направленности выявлен у 3 человек. В 6 случаях, преимущественно у реконвалесцентов менингоэнцефалитов и энцефалитов выявлены очаговые нарушения ЦНС: центральные парезы, поражение отдельных черепных нервов. У 3 детей, перенесших энцефалит, развился эпилептический синдром в виде генерализованных судорог.

Со стороны гипофизарно-тиреоидной системы, отмечены следующие особенности. Уровень ТТГ составил 2,15 [1,5; 2,6] мкМГУмл, что достоверно не отличалось от показателя контрольной группы. Уровень Т4св составил 16,0 [13,6; 18,5] пмоль/л, различия с контрольной группой - недостоверны.

Почти у половины обследованных детей (13 человек) уровень ТТГ превышал 2,0 мкМП/мл, что было расценено как минимальная тиреоидная дисфункция (МТД). В 2 случаях уровень ТТГ превышал 4,0 мкМГ/мл при нормальных значениях Т4св, что было расценено как субклинический гипотиреоз (СГ).

Со стороны антитиреоидного иммунитета повышенный уровень АТ-ТНО выявлен лишь у 2 детей, что не позволяет сделать достоверное заключение о наличии или отсутствии аутоиммунного повреждения щитовидной железы вследствие перенесенной инфекции. Изменения ЭХО-структуры в виде крупнозернистого строения или диффузного снижения эхогенности выявлены у 5 детей. Увеличение щитовидной железы (пальпаторно или по данным УЗИ) определялось у 8 человек.

По уровню ТТГ пациенты были разделены на 2 подгруппы: 1) - дети с МТД или СГ (15 человек), 2) - дети без МТД (11 человек). Выявлены статистически значимые различия между группами по частоте встречаемости следующих признаков: тяжелое или крайне тяжелое течение заболевания (Фи-коэффициент, $p=0,05$), увеличение объема щитовидной железы (Фи-коэффициент, $p=0,05$), характер течения заболевания (Фи-коэффициент, $p=0,05$).

Таким образом, у детей, перенесших нейроинфекции вирусной или бактериальной этиологии в первые 3-6 месяцев после болезни в 82% случаев выявлялись неврологические нарушения в виде цереброастенического, неврозоподобного, гипертензионного, гипоталамического синдромов, очагового поражения ЦНС. Со стороны гипофизарно-тиреоидной системы у 50% детей выявляется минимальная тиреоидная дисфункция, у 8% - субклинический гипотиреоз. Достоверного подтверждения аутоиммунного повреждения щитовидной железы вследствие перенесенной инфекции не получено.

К факторам риска формирования МТД и СГ можно отнести тяжелое или крайнетяжелое течение заболевания, затяжной характер перенесенной инфекции, низкие уровни ТТГ и ТЗсв в остром периоде заболевания. Эти дети нуждаются в дальнейшем наблюдении у эндокринолога с целью предотвращения формирования тиреоидной патологии.

В.Г. Чикин, В.В. Пчелинцев, Л.В. Цыганкова, Е.М. Приступа
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ
ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства
и гинекологии ФПДО

Вопросы клиники, диагностики и лечения полипов эндометрия – одна из наиболее актуальных проблем акушерства и гинекологии в связи с тем, что данная патология встречается достаточно часто, а также является фоновым или предраковым процессом.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры эндометрия при полипах и целесообразности назначаемого лечения.

Проведен анализ 96 историй болезни женщин с полипами эндометрия. Всем пациенткам были выполнены полипэктомия и диагностическое выскабливание матки. Возраст больных колебался от 19 до 75 лет, 30 (31,3%) из них находились в репродуктивном периоде, 39 (40,6%) – в пременопаузальном, 27 (28,1%) пациенток – в постменопаузе.

Пациенток с превышением массы тела было выявлено более половины, а в постменопаузе частота встречаемости увеличенного ИМТ была в 2,5 раза выше, чем в репродуктивном.

В предоперационном периоде УЗИ органов малого таза было проведено 76-ти пациенткам (79,2%) из 96-ти. Гиперпластический процесс эндометрия выявлен у 20 и полип эндометрия – у 50 женщин. Таким образом, у каждой 13 пациентки данным методом исследования патология эндометрия не выявлялась.

Диагностическое выскабливание матки под контролем гистероскопии осуществлялось 61 женщине (63,5%), в том числе всем пациенткам, у которых был зарегистрирован полип эндометрия при УЗИ. Во всех остальных случаях гистероскопия не проводилась в основном вследствие неотложности состояния.

При гистологическом исследовании морфологическая структура полипов и соскобов эндометрия представлена следующим образом: железисто-фиброзные полипы – 86 случаев (89,6%), фиброзные – 10 случаев (10,4%), гиперплазия окружающего эндометрия – 28 наблюдений (29,6%), гипоплазия – 40 случаев (41,7%), секреторные изменения – 18 (18,8%) наблюдений и атрофические процессы – 10 (10,4%).

В репродуктивном периоде преобладали железисто-фиброзные полипы на фоне секреторного эндометрия (12 случаев) и на фоне гипоплазии эндометрия (11 случаев), и примерно в 1,6 раза реже встречались железисто-фиброзные полипы в сочетании с гипер-

плазией окружающего эндометрия (7 случаев). При этом у женщин с нормальной массой тела также преобладали секреторные и гипопластические процессы в эндометрии, тогда как при ИМТ>25 доминировала гиперплазия.

Пременопаузальный возраст характеризовался преобладанием железисто-фиброзных полипов на фоне гипопластического эндометрия (18 случаев), меньшей частотой сочетания железисто-фиброзных полипов с гиперплазией (14 случаев) и меньшим количеством железисто-фиброзных полипов на фоне секреторного эндометрия (6 наблюдений). У женщин с превышением массы тела полипы встречались одинаково часто и при гиперплазии и при гипоплазии эндометрия, а при нормальном ИМТ частота сочетания полипов с гипоплазией эндометрия в несколько раз выше таковой при других вариантах.

В постменопаузальном периоде доминировали железисто-фиброзные полипы на фоне гипоплазии эндометрия (11 случаев), фиброзные полипы в сочетании с атрофическим эндометрием (9 случаев), и гораздо реже встречались железисто-фиброзные и фиброзные полипы и гиперплазия окружающего эндометрия (6 случаев). У всех женщин с нормальной массой тела диагностировались только фиброзные полипы на фоне атрофических процессов в эндометрии, а при ИМТ>25 преобладала гипоплазия и гиперплазия.

При выписке из стационара гормональное лечение было рекомендовано двум третям пациенток. Почти половине из них гормонотерапия назначалась при гипоплазии эндометрия и пятой части – при секреторной его трансформации. В репродуктивном возрасте препаратами выбора практически во всех случаях были низкодозированные монофазные оральные контрацептивы, в пременопаузе – преимущественно чистые гестагены, в части случаев в режиме, направленном на полное подавление менструальной функции, и в постменопаузе – только гестагены, причем в 2 из трех наблюдений по короткой схеме курсом 6 месяцев.

Для контроля эффективности лечения только двум третям пациенток рекомендовались диагностические выскабливания матки в сроки преимущественно от 2 до 6 месяцев от начала лечения, лишь в половине случаев под контролем гистероскопии, и каждой девятой женщине только при рецидиве кровотечения. Опера-

тивное лечение было рекомендовано лишь 4 женщинам репродуктивного возраста в связи с сочетанной патологией.

Таким образом, наиболее часто встречающимися полипами эндометрия являются железисто-фиброзные и фиброзные. Учитывая низкую чувствительность этих образований к гормональным препаратам, они подлежат полному хирургическому удалению под контролем гистероскопии. При назначении лечения необходимо ориентироваться не только на возраст женщины, характер менструальной функции, но и на гистологическое строение самого полипа, и окружающего эндометрия, который отражает состояние рецепторного аппарата эндометрия и гормонального фона организма женщины. Обязательным компонентом терапии у женщин с превышением массы тела должны быть препараты, корригирующие инсулинорезистентность, гиперинсулинизм и способствующие снижению веса. Контроль за эффективностью этого лечения должен проводиться в сроки, соответствующие общепринятым стандартам с обязательным использованием УЗИ, гистероскопии и гистологического исследования соскоба.

**В.Г. Чикин, А.И.Миров, В.П.Ананьина, Г.А.Зотова,
Л.А.Салтан**

**ГИСТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ
РЕЦИДИВОВ ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ
УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ**

**Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом акушерства и гинекологии ФПДО
МУЗ «Городская клиническая больница №8»**

Сфера применения эндоскопических методов исследования расширяется с каждым днем. Особое значение имеет использование их для диагностики различных видов острой гинекологической патологии в силу их высокой клинической эффективности.

Целью данного исследования является обобщения опыта выполнения гистероскопии по поводу полипов эндометрия в отделении ургентной гинекологии.

Исследование проведено среди 1142 больных в возрасте от 17 до 80 лет, прошедших обследование и лечение на базе городской клинической больницы №8 города Рязани за период с 2007 – 2008

г с диагнозом «Полип эндометрия». Ими проведено 7423 к/дня, средний к/день составил 6,5, что ниже средне-республиканских показателей.

970 больных предъявляли жалобы на обильные менструации, межменструальные кровянистые выделения, контактные кровотечения, боли внизу живота. В 172 случаях было бессимптомное течение заболевания, полипы эндометрия обнаружены при выполнении УЗИ органов малого таза.

При плановой госпитализации больные амбулаторно обследованы. В случае экстренной госпитализации обследование проводилось в условиях стационара. Гистероскопия выполнена 773 больным, что составило 67,6% от общего числа больных с полипами эндометрия. Гистероскопия производилась с использованием аппаратуры Karl Storz с применением коагулирующих электродов (шариковый электрод).

В 364 случаях выполнено раздельное диагностическое выскабливание в связи с обильным кровотечением и отсутствия технической возможности для экстренного выполнения гистероскопии.

В 5 случаях диагностическое выскабливание не произведено по различным причинам (отсутствие кровотечения, угрожающего жизни больной, наличие тяжелой соматической патологии, требующей подготовки в условиях специализированного отделения).

Повторно поступило в 2007 г. 48 больных, из них 36 на контрольную гистероскопию. 2 в связи с кровотечением, обусловленным неполным удалением и рецидивом полипа эндометрия. В 2008 г. повторно поступили 27 больных, из них только 2 с рецидивом полипа эндометрия. 25 больных на контрольную гистероскопию.

Возраст больных колебался от 18 до 80 лет. 18 – 40 лет - 326 в больных – 28,5%. 40 – 55 лет – 578 больных – 50,7%. От 56 лет и старше 238 больных – 20,8%.

Из вышеизложенного следует, что основную массу составили больные в пре- и постменопаузальном периоде.

При гистологическом исследовании морфологическая структура полипов эндометрия представлена следующим образом: функциональные полипы эндометрия – 87, железистые полипы эндометрия – 100, железисто-фиброзные полипы эндометрия – 730, фиброзные полипы эндометрия – 156, синильные полипы – 64.

Морфологическая картина железисто-фиброзных, фиброзных и синильных полипов соответствовала больным, находящимся в пре- и постменопаузальном периодах. Учитывая преобладание соединительно-тканного компонента в железисто-фиброзных и стромального компонента в фиброзных полипах эндометрия, особую актуальность приобретает удаление полипов у данной категории больных под визуальным контролем с удалением «ножки» полипа и коагуляции ее электродом. Отсутствие визуального контроля не позволяет гарантировать полноту удаления полипа, что может привести к рецидиву полипа.

Рецидив полипа может быть связан не только с неполным удалением «ножки». Источником повторного развития может оказаться не только визуально выступающая ткань, но и зона, предшествующая локализации полипа с ее чрезмерно развитой стромой и железистой ткани. Удаление полипа кюретками не обеспечивает разрушение этой зоны, тогда как коагуляция ее вызывает разрушение ее с замещением рубцовой тканью.

Таким образом, диагностическая ценность гистероскопии в условиях ургентной гинекологии достаточно высока. Учитывая, что основным клиническим симптомом явилась меноррагия (в 85% случаев – 970 больных), предпочтительной является жидкостная гистероскопия. Использование коагуляции при обнаружении полипа эндометрия особенно у больных в пре- и постменопаузе является методом хирургической профилактики рецидивов полипов эндометрия.

В.Г. Чикин, В.В. Пчелинцев, Л.В. Цыганкова
ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ
НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНИХ СРОКОВ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и
гинекологии ФПДО

Неразвивающаяся беременность чаще наблюдается при привычном невынашивании, врождённых пороках развития плода, гормональных нарушениях в организме женщины, после вирусных и бактериальных инфекций. Погибшее плодное яйцо может находиться в матке в течение длительного времени, в этих случа-

ях возможно восходящее инфицирование.

Целью исследования было выявить возможные причины неразвивающейся беременности поздних сроков (от 13 до 28 недель) и проследить развитие осложнений в пред- и послеоперационном периодах.

Проведено обследование 66 женщин, которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 29 пациенток в возрасте от 19 до 44 лет со сроком беременности от 13 до 16 недель, во вторую группу 37 женщин в возрасте от 18 до 34 лет со сроком беременности от 16 до 28 недель. У 41,4% беременных первой группы соматический фон был отягощен заболеваниями, которые могли способствовать гибели эмбриона, хронический пиелонефрит (17,2%), ОРЗ во время беременности (6,9%), а также ринит, холецистит, гепатит С. У женщин второй группы соматическая патология встречалась в 29,7% случаев: хронический пиелонефрит (8,9%), ОРВИ и ангина во время беременности (18,9%).

Менструальная функция женщин 1 группы была нарушена в 31% случаев, 2 группы в 13,5% случаев. Первобеременных в первой группе было 27,6%, во второй - 29,7%. Медицинские абортывы были в анамнезе у 41,4% и 37,8% пациенток обеих групп соответственно. Самопроизвольные выкидыши наблюдались у 10,3% обследуемых 1 группы, у 1 женщины была неразвивающаяся беременность в сроке 10-11 недель. У 35,1% пациенток 2 группы выявлены случаи невынашивания, у 7 женщин (18,9%) были неразвивающиеся беременности на сроках 5-6, 11-16 и 19-20 недель. В 1 группе 62,1% пациенток имели отягощенный гинекологический анамнез: ЗППП - уреоплазмоз (10,3%), хламидиоз (3,5%), микоплазмоз, бактериальный вагиноз (24,1%), вагинальный кандидоз (10,3%); миома матки (10,3%), хронический сальпингоофорит (10,3%). У 70,3% женщин 2 группы гинекологический анамнез был отягощен: ЗППП уреоплазмоз (21,6%), хламидиоз (8,1%), микоплазмоз, папилломагроз вульвы, бактериальный вагиноз (5,4%), вагинальный кандидоз (13,5%), сифилис; миома матки (54%), хронический сальпингоофорит (16,2%).

По данным УЗИ у пациенток 1 группы срок гибели эмбриона составил от 4-5 до 13 недель, а в среднем - 9-10 недель; давность гибели эмбриона не превышала 7 дней. В 5 случаях была выявлена анэмбриония, в 3 случаях пороки развития плода. У женщин 2

группы срок гибели плода колебался от 8 до 24 недель, в среднем 17-18 недель; давность гибели плода колебалась от 3-4 дней до 1 месяца. В 86,2% случаев пациенткам первой группы выполнялось одномоментное опорожнение полости матки, а у 13,8% женщин выскабливание полости матки после самопроизвольного аборта. В 44,8% случаев опорожнение матки проводилось в экстренном порядке в связи с начавшимся кровотечением. В 56,8% случаев женщинам второй группы выполнялось одномоментное опорожнение полости матки, в связи с неэффективностью родовозбуждения в 37,8% (у 3 женщин после 2 попыток), в 2,7% - по причине отслойки нормально и низко расположенной плаценты, в 2,7% - дискоординации родовой деятельности. У 35,1 % женщин второй группы произведено двухмоментное опорожнение матки, 5,4% беременных выполнено малое кесарево сечение, 2,7% - ампутация матки с плодом. В предоперационном периоде и в процессе оперативного вмешательства у 44,8% женщин 1 группы наблюдались осложнения, чаще всего связанные с началом кровотечения в предоперационном периоде, в процессе операции - у 3,5% был дефект последа. У 62,2% женщин второй группы эти периоды осложнились: хроническим ДВС-синдромом 13,5% случаев, дефектом последа в 21,6%, кровотечением во время операции в 16,2%, в том числе сопровождающимся геморрагическим шоком II степени, плотным прикреплением последа в 8,1%, преждевременным излитием околоплодных вод в 10,8%, хориоамнионитом в 5,4% случаев. Послеоперационный период у 43,5% женщин 1 группы осложнился гематометрой (6,9%), кровотечением у пациентки с миомой матки, субинволюцией (17,2%), эндометритом (10,3%); в одном случае было выполнено повторное выскабливание полости матки. У женщин второй группы в 29,7% случаев послеоперационный период осложнился: гематометрой (5,4%), эндометритом (2,7%), субинволюцией матки (24,3%), лохиометрой (5,4%). остатками плаценты (8,1%); в 4 случаях (10,8%) - было выполнено повторное выскабливание полости матки. Во всех случаях опорожнения полости матки было выполнено гистологическое исследование abortного материала, которое показало, что для первой группы характерны признаки инфекционного воспаления - децидуит, веллузит, плацентит (34,5%) и хронической плацентарной недостаточности (6,8%), тогда как во второй груп-

пе признаки инфицирования и воспаления наблюдались в 62,2%, а хронической плацентарной недостаточности в 40,5%.

Таким образом, установлена четкая параллель между частотой инфекционных заболеваний до и во время беременности, особенно генитальной локализации, и развитием воспалительных изменений в плодных оболочках и плаценте, которые являются одной из основных причин гибели плода. Интра- и послеоперационные же осложнения в большей степени зависят от срока беременности и длительности пребывания погибшего плода в полости матки нежели от преморбидного фона.

И.М. Миров

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ – ВАРИАНТЫ КЛИНИКИ И КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

За последние 40-50 лет заметно изменилась частота раннего токсикоза (РТ) – рвоты беременных (РвБ), уменьшилась выраженность его клинических проявлений, значительно улучшились исходы для матери и плода при данной патологии. Еще 40-50 лет назад ранний токсикоз наблюдался у 15% беременных, причем у 0,5% из них имелась чрезмерная рвота беременных (А.А.Лебедев, 1964, 1968; Т.П.Бархатова, 1980). При менее выраженном, но тяжелом токсикозе частота рвоты доходила до 15-20 раз в сутки, а похудание достигало 15 кг и более, имелась ацетонурия и признаки гепатопатии. Применяемые в то время методы лечения не всегда предотвращали нарастание тяжести, длительности и рецидивов токсикоза. Частота проведения медицинского аборта в связи с неэффективностью терапии у больных РвБ еще в начале 60-х годов прошлого века составляла от 5 до 10% (М.А.Даниахий, 1965; Г.А.Калашникова, 1966). Даже в 70-е годы рецидивы токсикоза колебались от 5,7 до 13,3%, а у 2,4% пациенток рвота длилась до родов (Х.И.Ялвисте и др., 1973; И.М.Миров и др., 1986).

Ранее описывались и летальные исходы при чрезмерной рвоте беременных на фоне нарастающей полиорганной недостаточности с поражением печени и почек, когда даже проведение медицинского аборта не всегда спасало жизнь женщины. Последнее

такое наблюдение относилось к 1949 году (К.Н.Жмакин, Ф.А.Сыроватко, 1959), а в 1940 г. материнская смертность при раннем токсикозе составляла 1% (М.А.Сендерихин). Начиная с 1950 г. сообщений в доступной литературе о летальных исходах при рвоте беременных не наблюдалось.

С конца 50-х годов и в последующие 2 десятилетия и позже применение патогенетически обоснованной комплексной терапии (бром-кофеиновая терапия по Н.В.Кобозевой, электротранквилизация, мощные противорвотные средства; многокомпонентная инфузионная терапия и др.) значительно улучшило исходы лечения данного осложнения и последующее развитие беременности, позволило свести до минимума, а затем и практически исключить медицинский аборт при безуспешности лечебных мероприятий (В.М.Уткин и соавт., 1989; В.В. Черная, 1978).

В акушерской клинике нашего ВУЗа с 1960 г. по инициативе профессора В.М. Уткина проводится комплексное изучение этиопатогенеза, клиники и терапии рвоты беременных, в результате чего было разработано высокоэффективное поликомпонентно лечение, которое постоянно совершенствуется. Для уточнения современной частоты и особенностей клиники раннего токсикоза в родильном доме № 4 г. Рязани было проведено анкетирование 380 родильниц (2008-2009 гг.) с изучением их самочувствия в I триместре беременности. Большинство опрошенных – 229 (60,26%) чувствовали себя в этот период вполне здоровыми. Рвота беременных имела у 32 (8,42%) женщин: в легкой форме – у 21 из них (65,52%), у 7 (21,88%) был токсикоз средней тяжести, а у 4 (12,50%) – в тяжелой форме. У остальных 119 женщин (31,32%) имелись отклонения в самочувствии: тошнота, иногда значительно выраженная – как особая форма раннего токсикоза – отмечалась у 38 (31,93%), а редкая рвота (1-2 раза в день, не ежедневно) – как правило, без снижения массы тела и без других признаков токсикоза, (такое состояние можно расценивать как «субтоксикоз») – у 81 (68,07%) женщины из 119.

По опыту нашей клиники даже за последние 35-40 лет произошло заметное уменьшение выраженности клинических проявлений раннего токсикоза. Ранее (1965-75 гг. - I этап) при умеренной и тяжелой форме токсикоза рвота беременных возникала у 58% пациенток с 4 недели беременности, то в 2000-2008 гг. (II этап) –

только у 10%. При этом практически исчезли слюнотечение (не только как отдельная форма токсикоза, но и как один из его симптомов) и субфебрилитет.

На II этапе наблюдается снижение частоты рвоты, хотя при тяжелой токсикозе почти у 60% пациенток рвота наступала 15-20 раз в сутки, но у остальных – от 4-5 до 10 раз, однако при этом имелось ухудшение самочувствия, похудание, определялась ацетонурия. Желтушность кожи и гипербилирубинемия, как признаки гепатопатии, ранее наблюдались соответственно у 20-30% и 60-70% больных, а теперь явно остались в прошлом. Ацетонурия при тяжелой рвоте беременных ранее имела у 75,4% пациенток, а в настоящее время – у 54,5% (в 1,38 раза реже – $P < 0,001$).

Применяемое в нашей клинике усовершенствованное поликомпонентное лечение (психотерапия, электротранквилизация и др. физические факторы, новые мощные противорвотные средства, инфузионно-математические комплексы и др.) позволяет более, чем у половины беременных с ранним токсикозом, уже на 2-4 дни от начала лечения обеспечить уменьшение или прекращение рвоты. Далее проводится поддерживающая и реабилитационная терапия, в т.ч. с применением поливитаминно-минерального комплекса Элевит Пронаталь и питательной смеси Берламин - Модуляр. Все указанное позволяет обеспечивать дальнейшее благополучное вынашивание беременности с рождением плодов без признаков гипотрофии более чем у 90% данных пациенток. Применение новых инфузионных сред (комплексы аминокислот, детоксиканты), биостимуляторы, методов кислородотерапии и др., может обеспечить дальнейшее повышение эффективности терапии. Начиная с 1961 г. в акушерской клинике ВУЗа полностью исключено проведение медицинского аборта в связи с неэффективностью лечения рвоты беременных.

А.А.Супряга

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ С ПОМОЩЬЮ ТЕСТА ЛЮШЕРА У РОДИЛЬНИЦ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

В последнее время тест М. Люшера приобрёл широкую попу-

лярность как инструмент для выявления эмоционально-характерологического базиса личности и тонких нюансов её актуального состояния. Тест Люшера относится к категории проективных методов и основан на предположении о том, что предпочтения одних цветов другим связаны с устойчивыми личностными характеристиками испытуемого и особенностями его переживания актуальной ситуации. При проведении данного исследования использовался стандартный стимульный материал, изготовленный продукцией «Иматон».

По данным литературы частота послеродовых депрессий, т.е. депрессий с манифестацией в первые 5 недель после родов, составляет 4,5-28%. Факторами риска развития послеродовых депрессий являются психопатология в анамнезе, низкий социальный уровень, плохие супружеские отношения, психоэмоциональные стрессы. Матери, страдающие депрессией, переносят на ребёнка большую часть своих негативных эмоций, что имеет для развития ребёнка самые негативные последствия. Доказано отрицательное влияние материнской депрессии на детей первого года жизни. У этих детей замедленно развитие речи и снижен коэффициент интеллекта.

Учитывая вышесказанное, необходимо определение показателей тревоги и компенсации родильниц ещё в послеродовом отделении. В тех семьях, где поведение матери неадекватно, дети чаще проявляют склонность к агрессии (Murray L, 1999). По данным Е.А. Чернухи (1996), у женщин, перенёсших операцию кесарево сечение в плановом порядке, наиболее выражены нарушения адаптационных функций организма по сравнению с родильницами после нормальных своевременных родов через естественные родовые пути. В данном случае расстройство адаптационных механизмов представлено тревожными и депрессивными проявлениями.

За время нахождения в послеродовом отделении женщины тестировались с помощью теста Люшера на 3-5 день послеродового периода. Обследовались две группы женщин. Группа А (N=50) – родильницы после родов срочных, нормальных. Группа Б (N=50) – родильницы после перенесённого кесарева сечения. При тестировании воспитанниц группы А сумма условных баллов находилась в пределах 1(!) – 3 (!) у 20 (40%) женщин. При тести-

ровании родильниц группы Б, показатели тревожности находились в пределах 1(!) – 4(!) у 21 (42%) женщины. Вышеуказанные показатели достоверно не различимы (p меньше 0,05). Отсутствует также прямая корреляционная зависимость между методом родоразрешения и показателями тревожности, выявленными с помощью теста Люшера в первые 3-5 дней после родов. Однако, обращает на себя внимание, что всё больше родильниц, по сравнению с данными литературы, нуждаются в экстренной психологической помощи уже в условиях акушерского стационара.

Л.А. Дейнека

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКОЙ

**Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом акушерства и гинекологии ФПДО**

В понятие «единственная функционирующая почка» входит не только врожденное отсутствие почки, но и потеря одной из почек или ее функции в результате какого-либо заболевания.

Частота родов у женщин с единственной почкой, по данным разных авторов, составляет 150-270 случаев на 30 000 родов.

Врожденное отсутствие одной почки (агенезия, аплазия) встречается у 1 из 1800-2000 урологических больных. В отсутствие патологических изменений в единственной почке эта аномалия нередко остается нераспознанной и впервые может быть выявлена вовремя беременности. Часто аплазия почки сочетается с пороками развития половой системы, что объясняется общностью эмбриогенеза. Неправильное развитие протоков первичной почки (вольфовых протоков) обуславливает ненормальное формирование мочеточника и всей почечной системы.

Чаще встречаются лица с единственной оставшейся после нефрэктомии почкой. В большинстве случаев почки удаляют по поводу пиелонефрита, мочекаменной болезни, гидронефроза. Резервные возможности почки велики. В норме одновременно функционируют лишь 1/4 почечной паренхимы. Оставшаяся после нефрэктомии единственная почка, компенсаторно увеличиваясь на 75% за счет гипертрофии и на 25% за счет гиперплазии ткани, берет на себя двойную нагрузку, в целом на 3/4 восстанавливая функцию утраченного органа. Этот процесс протекает в 2

стадии. Первая характеризуется задействованием всех резервных нефронов, острой гиперемией почки и начинающейся гипертрофией, однако функция почки при этом не увеличивается. Во второй стадии происходит увеличение функции почки в 2 раза, восстановление функционального резерва (часть нефронов не функционирует).

Поскольку гиперфункция единственной сохранившейся почки не полностью компенсирует функцию двух здоровых почек, несмотря на викарное увеличение органа, возможно постепенное развитие латентной стадии хронической почечной недостаточности с изменением почечной гемодинамики, нарушением канальцевой секреции и реабсорбции.

Лица с аплазией почки вследствие достаточной приспособляемости ее к повышенной нагрузке с самого рождения реже страдают заболеваниями почки, чем пациенты с единственной почкой, оставшейся в организме после нефрэктомии. Функциональное состояние единственной почки играет значительную роль в течение беременности, которая у таких пациенток часто сопровождается гестозом, нередко тяжело протекающим и плохо поддающимся терапии. Увеличиваются число преждевременных родов, частота рождения недоношенных и гипотрофичных детей, перинатальная смертность.

В свою очередь, беременность вследствие гормонального и механического факторов неблагоприятно влияет на функцию почки, способствуя обострению хронического пиелонефрита, развитию почечной недостаточности.

Какова бы ни была причина отсутствия почки, возможность сохранения беременности зависит, прежде всего, от состояния единственной оставшейся почки.

Самым частым заболеванием единственной почки является пиелонефрит. По данным Научного центра акушерства и гинекологии, это заболевание выявляется у 78% беременных с единственной почкой, что значительно чаще, чем у беременных в популяции, у которых по различным данным пиелонефрит встречается в 20% случаев.

Почти у каждой второй женщины с единственной почкой во время беременности отмечается обострение пиелонефрита. Более тяжело пиелонефрит протекает у женщин с единственной почкой,

оставшейся после нефрэктомии, что объясняется большей предрасположенностью к инфекции, особенно если после операции прошло более 4—5 лет.

Течение гестационного процесса у женщин с единственной почкой сопровождается и другими осложнениями, частота которых также выше, чем в общей популяции, такими как: гестоз (15,1—17,8) 28,3%, преждевременные роды (10,3) 25,3%, ЗВУР (8—11) 23,4%.

Всем беременным с единственной почкой помимо осмотра для уточнения функционального состояния почки показано проведение следующего обследования:

- клинический анализ крови и мочи;
- анализ мочи по Нечипоренко;
- проба по Зимницкому;
- бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к основным противомикробным ЛС;
- биохимический анализ крови (определение содержания в сыворотке крови общего белка, сывороточного железа, креатинина, мочевины, глюкозы, калия, натрия, хлора);
- проба Реберга;
- УЗИ почек;
- доплерографическое исследование почек.

Лечение пиелонефрита у пациенток с единственной почкой проводится по общепринятым принципам. Основным компонентом лечения является антибактериальная терапия, подбираемая с учетом чувствительности выявленных микроорганизмов и срока беременности.

При лечении пиелонефрита у беременных с единственной почкой необходимо учитывать данные о суммарной функциональной способности почки. При гипостенурии и снижении скорости клубочковой фильтрации ниже 50-60 мл/мин во избежание кумуляции и побочных эффектов дозы ЛС должны быть снижены в 2-4 раза.

При лечении пациенток в I триместре беременности (в период органогенеза) для предотвращения повреждающего влияния на эмбрион применяют только малотоксичные природные и полусинтетические пенициллины, которые подавляют рост многих

грамотрицательных и грамположительных бактерий (Амоксициллин/клавуланат, Ампициллин, Ампициллин/сульбактам, монурал).

Во II и III триместрах беременности (после завершения органогенеза плода и начала функционирования плаценты, выполняющей барьерную функцию по отношению к некоторым антибиотикам) спектр антибактериальных ЛС может быть расширен.

ЛС выбора: Цефоперазон, Цефотаксим, Цефтазидим.

Видное место в лечении пиелонефрита у беременных должна занимать фитотерапия. Лекарственные растения, обладающие бактериостатическим, бактериоцидным, противовоспалительным, диуретическим свойствами, применяют в виде отваров, настоев, кислородных коктейлей.

В фазе активного воспаления целесообразно применение растений преимущественно антибактериального и противовоспалительного действия: ромашка (цветы), пустырник, зверобой, фиалка трехцветная, хвощ (трава), подорожник (листья), кукурузные рыльца. В дальнейшем осуществляется переход на сборы с тонизирующим, вяжущим, слабонеренерирующим и противовоспалительным действиями. В период ремиссии должны быть рекомендованы лекарственные растения с выраженным воздействием на процессы регенерации: одуванчик (корень), береза (почки), крапива, брусника (листья).

Начатую одновременно с медикаментозными средствами фитотерапию необходимо продолжать непрерывно до конца беременности и в послеродовом периоде.

Для улучшения оттока мочи могут быть назначены спазмолитические ЛС (Дротаверин внутрь 40—80 мг 3 р/сут).

С лечебно-профилактической целью женщина должна принимать колено-локтевое положение по 5 минут несколько раз в течение дня.

В большинстве случаев наличие единственной почки у женщины не является противопоказанием к беременности, поскольку при условии динамического контроля за состоянием мочевыделительной системы и правильно подобранной терапии осложнений благоприятные исходы возможны в 95% случаев. Наличие почечной недостаточности резко ухудшает течение и исход беременности: в 2 раза чаще наблюдается угроза прерывания бере-

менности, в 3 раза чаще присоединяется гестоз, в 70% случаев возникают внутриутробная гипотрофия и инфицирование плода.

**М.С. Коваленко, Г.А. Пономарева, Л.М. Соломатина,
О.И. Пыхтунова**

**ПРОБЛЕМЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК ПОДРОСТКОВОГО
ВОЗРАСТА**

**Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства
и гинекологии ФПДО**

Согласно данным статистического бюро ООН классификации «С» и рекомендациям ВОЗ, оптимальным возрастом для рождения детей является период 20–35 лет. Однако на фоне снижения общих показателей фертильности женщин в мире частота беременности среди юных продолжает расти. За год в мире рожают 15 млн девушек, а еще 5 млн вынуждены прибегать к прерыванию беременности. В соответствии с периодизацией пубертатного периода в исследованиях российских авторов к «юным беременным» относят девочек от 10 до 18 лет, хотя чаще всего встречается беременность в возрасте 17–18 лет.

Основными факторами, способствующими наступлению беременности в юном возрасте, являются низкий образовательно-воспитательный уровень родительской семьи, социально-экономическая необеспеченность и деформированные личностные качества несовершеннолетних женщин, дефицит знаний о половой жизни, неиспользование контрацептивов подростками на фоне их преждевременного созревания и неподготовленности к материнству.

Более половины обследованных нами женщин юного возраста (52,2%) указывали на склонность к вредным привычкам (курение, употребление алкоголя). Нами изучено течение беременности, родов и раннего неонатального периода у 110 юных женщин при про- и ретроспективном исследовании. Контрольную группу составили 110 женщин репродуктивного возраста (20–25 лет). Высокая степень риска беременности для юных обусловлена низкими показателями их соматического здоровья, нарушением функционирования эндокринной, сердечно-сосудистой, гомеостатической систем, незавершенностью морфологического развития костного мозга и миометрия, нервно-психического и обществен-

но-социального становления. Для юных беременных характерна высокая частота хронической экстрагенитальной патологии. Среди сопутствующих состояний у юных беременных отмечаются астенизация и нерациональное питание. У юных беременных отмечены заболевания мочеполовой системы (24%), органов дыхания (23%) и пищеварения (20%), системы кровообращения (9%), эндокринной системы (10%). Заболевания мочеполовой системы в основном представлены пиелонефритом. Болезни системы пищеварения подтверждены у обследованных наличием дискинезии желчных путей и хронического гастрита. Среди юных беременных каждая десятая пациентка имеет патологию эндокринной системы, которая в основном представлена заболеваниями щитовидной железы (5%). Ретроспективно выявлено, что свыше 50% заболеваний у юных женщин впервые диагностировано в течение последних двух-трех лет, предшествовавших беременности.

Прогноз фертильности женщины во многом определяется гармоничностью физического и полового развития в пубертатном периоде. Среднее значение роста юных беременных составляло $161,15 \pm 1,16$ см. У женщин фертильного возраста этот показатель находился в пределах $165,15 \pm 1,48$ см. Отмечена тенденция снижения среднего значения массы тела и роста, а также размеров таза у 14–16-летних пациенток. По соотношению массы к росту юные беременные не характеризуются как акселераты с высоким ростом и низкой массой тела.

При анализе менструальной функции отмечено, что беременные 14–16 лет отличаются более ранним началом менструальной функции ($12,5 \pm 0,19$ лет) по сравнению с группой 17–18-летних ($13,5 \pm 0,34$ лет). При анамнестическом обследовании на физиологический характер менструального цикла указывали 98% юных беременных. Нарушения становления менструальной функции по типу гипоменструального синдрома ретроспективно отмечены у 2% пациенток. Исследования психологического статуса подростков показывают, что юные беременные часто не в состоянии спрогнозировать свою будущую жизнь, адекватно представить себя в роли матери. У них снижена психическая адаптация, так как параллельно они вынуждены решать ряд психологических проблем, характерных для их возраста: проблему перестройки пубертатного статуса; создания личности, независимой от семьи.

Беременность – это стрессовое состояние для организма юных женщин. При установлении беременности у всех обследованных наблюдалось следующее: повышенная эмоциональная лабильность, психическая напряженность, плохой сон, раздражительность, плаксивость. Юные женщины периодически испытывали нестойкие навязчивые состояния в виде ипохондрических опасений, сомнений. Состоявшие в незарегистрированном браке ближе к сроку родов ощущали одиночество, беспомощность, обиду.

Ведущими осложнениями беременности у пациенток юного возраста являлись угроза прерывания (27,8%), плацентарная недостаточность (16,7%), гестоз (13%), многоводие (7,2%).

Современная популяция подростков характеризуется физиологической акселерацией. Антропометрические, менструальные и гормональные взаимоотношения у юных достоверно не отличаются от таковых у женщин благоприятного фертильного возраста.

Л.М. Соломатина, Е.Д. Жабинец, М.С. Коваленко
ПРОБЛЕМЫ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ
НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства
и гинекологии ФПДО

Городской клинический родильный дом №2, г.Рязань

В последние годы проблема внутриутробных инфекций тесно переплетается с проблемой внутриутробного инфицирования плода. Проблема внутриутробного инфицирования плода и новорожденного является одним из актуальных аспектов современной перинатологии. С одной стороны, рост частоты данной патологии объясняется прежде всего разработкой и внедрением новых, более информативных методов диагностики и, как следствие, повышением процента выявляемости внутриутробных инфекций. С другой стороны, есть основания предполагать, что имеет место и истинное увеличение частоты данной патологии, что объясняется возрастанием инфицированности женщин фертильного возраста возбудителями перинатальных инфекционных заболеваний. Внутриутробное инфицирование значительно влияет на показатели заболеваемости и смертности детей, особенно раннего воз-

раста и новорожденных.

Ведущими возбудителями инфекций плода и новорожденного в настоящее время являются микроорганизмы условно-патогенной группы (анаэробные бактерии, преимущественно энтеробактерии, эшерихии, клебсиеллы, протей и др.), инфекции TORCH-комплекса (токсоплазмоз, краснуха, герпес, цитомегалия, хламидиоз), микоплазмы и грибы, а также вирусы.

Известно несколько путей проникновения инфекционного агента к плоду:

1. Гематогенный или трансплацентарный – при внедрении через плацентарный барьер к плоду;
2. Восходящий – через шейку матки и оболочки плодного яйца;
3. Нисходящий – через маточные трубы;
4. Трансмуральный (контактный) – через инфицированный эндометрий и децидуальную оболочку.

Известно, что особенностью зародышевых тканей всех живых существ является их исключительно высокая повреждаемость, особенно на ранних этапах эмбриогенеза. Чем меньше срок беременности, тем своеобразней реакция организма на патогенное воздействие инфекционных агентов. Это проявляется нарушениями процессов нормального развития, исходом которых могут быть врожденные пороки, часто несовместимые с жизнью.

Инфицирование в более поздние сроки беременности сопровождается формированием хронической плацентарной недостаточности. Кроме того, инфицирование плода в поздние сроки беременности приводит к локальным (пиодермия, ринит, конъюнктивит, отит, омфалит) и генерализованным (пневмония, энтероколит, менингит, менингоэнцефалит, сепсис) инфекционным поражениям плода. Установлено, что неблагоприятные исходы для плода в основном связаны с гематогенным путем передачи заболевания.

Таким образом, у новорожденных группы высокого инфекционного риска от матерей с установленными внутриутробными инфекциями отмечается высокая перинатальная заболеваемость. Особенно высока эта заболеваемость у недоношенных детей, т.к. инфекция одна из основных причин преждевременных родов.

В родильном доме № 2 в последние 5 лет проводится анализ здоровья поступающих женщин. Очень высокий процент жен-

щин, которые при поступлении в роддом или в анамнезе имели различную инфекционную патологию. Этот процент колеблется от 84 до 91. И первое место в этой патологии занимают заболевания мочеполовой сферы (от 46 до 52 %). 25% поступивших имеют отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, более 16 % страдают анемией различной степени тяжести. Несмотря на возросший объем работы женских консультаций, до 12 % женщин не наблюдаются и не обследуются вовремя беременности. Все эти отягчающие моменты способствуют внутриутробному инфицированию плода.

При поступлении в роддом в приемном покое у всех беременных берутся мазки из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам с целью проведения микробного мониторинга.

При анализе выделенных культур до 37,7 % приходится на грибковую флору. 31,4 % приходится на грамм-положительную группу, в которой главенствует семейство энтерококков. Более половины выделенных культур семейства энтерококков имеют свойства госпитальных штаммов. В грамм-отрицательной группе на первом месте *E.coli*. Данные микробного мониторинга сопоставляются с данными исследования плацент у женщин с внутриутробной инфекцией плода. Основная доля изменений – 91,2 % падает на АГИ, АВИ и восходящие инфекции.

В целях снижения риска внутриутробного инфицирования плода необходимо:

- своевременное санирование и адекватное лечение инфекционных заболеваний у женщин до наступления беременности;
- своевременная постановка на учет и наблюдение беременных в женских консультациях;
- обследование современными методами на ИППП и адекватное лечение;
- улучшение социального уровня населения.

И.И.Тузлуков, Л.В.Матвеева, Л.М.Соломатина, О.И.Тузлукова
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства
и гинекологии ФПДО

Городской клинический родильный дом №2, г.Рязань

Проблема гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) после родов остается актуальной в связи с высокой материнской смертностью при этой патологии (Савельева Г.М. и др.,).

В настоящее время, в условиях широкого применения антибиотиков, в связи с изменениями характера и свойств основных возбудителей, в клинической картине гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде преобладают стертые, вялотекущие формы.

Нами был проведен ретроспективный анализ 27 историй родов женщин, послеродовой период которых осложнился нарушением инволюционных процессов. Повторно беременных было 13, из них 5 повторнородящих. У остальных в анамнезе были медицинские аборт и самопроизвольные выкидыши без осложнений. В 20 случаях роды были срочными, в 7 в сроке 36-37 недель

При анализе и сопоставлении факторов риска по развитию ГВЗ в послеродовом периоде у родильниц было выявлено, что хронический пиелонефрит встречался у 3 женщин, в 2 случаях с обострением во время беременности. Гинекологический анамнез был отягощен у 10 женщин, у 2 из них в анамнезе был хронический аднексит, у 8 уреаплазмоз. Течение беременности осложнилось угрозой прерывания в 9, острой вирусной инфекцией без повышения температуры в 3, с повышением до 38 °С в 2 случаях. Кольпиты различной этиологии выявлены в 10 случаях. ОПГ-гестоз легкой степени был у 3 беременных, средней тяжести у 1. Течение родов осложнилось преждевременным излитием вод в 4 случаях, ранним в 2. При этом безводный период до 6 часов был у 22 рожениц, от 6 до 12 часов у 5 женщин.

Мы также провели анализ клинических проявлений субинволюции. У всех женщин нарушение инволюционных процессов проявлялось на 4-5 сутки. В 19 клинических случаях основными проявлениями субинволюции было несоответствие высоты стояния дна матки над лоном суткам послеродового периода и изменение характера лохий. У остальных 8 к вышеописанным симптомам присоединились повышение температуры, болезненность матки при пальпации, изменение ее консистенции.

При исследовании общего анализа крови на 4 сутки количество лейкоцитов составило $10,8 \pm 2,8 \cdot 10^9$ (колебание от 5,8 до 16,8),

СОЭ $36,1 \pm 11,2$ мм/ч (от 17 до 58). Лейкоцитарная форма выглядела следующим образом: эозинофилов $0,8 \pm 0,4$, палочкоядерных нейтрофилов $3,6 \pm 1,1$, сегментоядерных $71,9 \pm 3,9$, лимфоцитов $19,9 \pm 4$, моноцитов $3,7 \pm 1,2$. Анемия I степени была выявлена у 13 женщин гемоглобин в пределах от 90 до 106 г/л (в среднем $98,5$ г/л), у одной 2 степени – Hb-78 г/л, у остальных Hb колебался от 110 до 120 г/л.

При ультразвуковом исследовании матки на 4-5 сутки после родов мы получили следующие данные: длина тела матки составляла $11,9 \pm 1,3$, ширина $7,8 \pm 2,5$, переднезадний размер $10,8 \pm 1,3$. У 2 родильниц была расширение аркуатных сосудов, у 1 варикозное расширение маточных сосудов, у 3 миометрий имел неоднородную структуру, у 16 полость матки была расширена от 5 до 27 мм.

У 60% родильниц с эндометритом из полости матки были выделены аэробны микроорганизмы с различной чувствительностью к антибиотикам. Концентрация микроорганизмов в тканях 10^5 и более выявлена в 57,1% (от общего количества высеваемых микроорганизмов) (табл. 1).

При гистологическом исследовании плаценты только в 70% случаев выявлены признаки воспаления. В 25% это восходящая инфекция в виде эксудативного хориоамнионита, хориодецидуита, интервиллuzита, а также серозного мембранита и эндартерейта пуповины. В 35% - гематогенная инфекция, проявляющаяся продуктивным воспалением, и у 10% женщин выявлено сочетание восходящей и гематогенной инфекций.

Таким образом, основным симптомом эндометрита является субинволюция матки, которая проявлялась несоответствием высоты стояния дна матки над лоном суткам послеродового периода, превышением всех биометрических показателей полученных при ультразвуковом сканировании, а так же расширением полости матки за счет находящихся в ней сгустков и отложений фибрина.

Расширение маточных сосудов и неоднородность миометрия указывает на вовлечение в процесс более глубоких слоев. Такие симптомы как гипертермия, изменение характера лохий, болезненность матки и ее мягкая консистенция встречается только у 1/3 больных. Отсутствие выделения микроорганизмов из полости матки, а так же отсутствие морфологических признаков воспали-

ния в последе не исключает возможность развития эндометрита.

Таблица 1

Чувствительность к антибиотикам у высеваемых из полости матки
микроорганизмов при послеродовом эндометрите

| | Entero- coccus faecalis | Entero- bacter aero- genes | Esche- richia coli | Citrobac- ter freundii | Strepto- coccus faecium | Actino- myces sp | Staphy- lococcus aureus | Kluyve- ra ascor- bata |
|-------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| ванкомицин | S | | | | S | S | S | S |
| рифампицин | S | | | | | | S | S |
| ампициллин | S | | S | | | | | S |
| гентамицин | | | | S | | | | S |
| левомецетин | | S | S | S | | | | S |
| цефазолин | | S | S | | | | | S |
| цефоперазин | | S | S | S | | | | S |
| доксциклин | | | S | S | S | S | | S |
| амикацин | | S | S | S | | | | S |
| гентамицин | | S | | | | S | S | S |
| оксациллин | | | | | S | S | S | S |
| эритромицин | | | | | S | | S | S |
| линкомицин | | | | | S | | | S |

Н.А.Афони́на, Р.А.Гудков, П.Ю.Шмаков
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ ЧАСТО
БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО
Липецкая областная детская больница

Болезни органов дыхания - наиболее широко распространенная причина потерь здоровья у детей, зависящая как от организации качества медицинской помощи, так и от социальных условий жизни. Их удельный вес в структуре первичной заболеваемости детей оставляет около 60%. Ежегодно в Российской Федерации среди детского населения регистрируется более 25 млн. случаев заболеваний органов дыхания. При этом почти 3 тыс. детей становятся инвалидами и 2 тыс. - умирают от болезней органов дыхания.

Большая роль в предупреждении возникновении хронических заболеваний у ребенка принадлежит семье. При неправильном поведении членов семьи, невнимании их к рекомендациям, касающихся режима и питания больного ребенка, к созданию необходимого психологического климата, эффективность лечения сводится к минимуму.

С целью изучения роли семьи у детей с частыми заболеваниями органов дыхания нами было проведено анкетирование 370 матерей, воспитывающих детей дошкольного возраста.

В ходе исследования было выявлено, что у 65,6 % опрошенных женщин был один ребенок, 30,8 % имели двоих и 3,6 % троих и более детей.

По качеству питания детей семьи разделились следующим образом. Чаще чем в 3 раза в неделю мясо получают 93,2 % детей, рыбу – 30,0 %, молочные продукты – 93,1 %, фрукты – 89,3 %. В последние годы изменился рацион питания детей дошкольного возраста. Большую долю в нем сейчас занимают экзотические фрукты (цитрусовые, бананы, киви и манго), а так же увеличилось количество детей употребляющие шоколад, т.е. продукты, содержащие гистаминолибералы, которые вызывают в организме

аллергические реакции у ребенка.

В последнее время снизилось число матерей, берущих больничный лист по уходу за больным ребенком. Этому способствовали многие причины: реформирование и многоукладность российского здравоохранения, увеличение доли платных услуг, снижение обращаемости населения за медицинской помощью, широкое распространение самолечения. Появилась новая причина отказа родителей от получения больничного листа при болезни ребенка - из-за боязни быть уволенным в случае сокращения штатов.

Рассмотрим более подробно поведение матерей при возникновении у ребенка заболевания. При изучении ответов матерей на вопрос: «Как Вы поступаете, если ребенку нездоровится, а Вам надо идти на работу?» оказалось, что полностью используют отпуск по уходу за ребенком – 72,2%, а остальные 27,8 % матерей отдавали ребенка в сад не долеченным, при этом 66,7 % опрошенных не использовали отпуск до конца в связи с денежными затруднениями, 18,7 % – из-за опасения быть уволенной, 9,6 % – так как за ребенком ухаживали родственники, 7,4 % – из-за учебы и 2,2 % по другим причинам.

В группе ЧБД с иммунными нарушениями достоверно чаще имеют место медико-биологические факторы риска: искусственное вскармливание коровьем молоком ранее 6 месяцев, рождение ребенка переносным, токсикоз первой половины беременности. Нередко между указанными выше факторами существует связь.

Из приведенных данных следует, что дети дошкольного возраста, особенно организованные, требуют пристального внимания со стороны не только педиатров, но и целенаправленной поддержки государства. Для оздоровления данного контингента детей необходима разработка специального комплекса организованных и лечебно-оздоровительных мероприятий, а так же непосредственное участие родителей ребенка в формировании здоровья детей.

ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

Т.Н. Панфилова, О.В.Медведева

ДИНАМИКА И ТЕНДЕНЦИИ ДЕТНОСТИ СЕМЬИ

(НА ПРИМЕРЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Правительство Рязанской области

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО

Для современной демографической ситуации характерен низкий уровень рождаемости и высокая смертность, следствием чего (с 90-х годов XX в.) стала реальной угрозой депопуляции, сохраняющаяся в настоящее время. При этом рождаемость является определяющим фактором современной демографической ситуации. Суммарный коэффициент рождаемости в Рязанской области в 2007 г. составил 1,76, в то время как для простого воспроизводства, требуется 2,1. В материалах Всероссийской переписи населения 2002 г. впервые был использован термин «семейная ячейка». Выделение семейных ячеек дает возможность точнее оценить численный и структурный состав семьи, которая может включать три и более поколения, образующих семейные ячейки.

В Рязанской области учтено 363,7 тыс. семейных ячеек (70,0% - в городских поселениях и 30,0% - в сельских), в которых проживало около 80% населения. Их невысокий средний размер (2,7 человека) обусловлен абсолютным большинством удельного веса семейных ячеек (84%), размер которых не превышает трех человек. Менее половины семей имели в своем составе несовершеннолетних детей, причем этот показатель выше в городских поселениях, чем в сельских: 46,9% и 41,4% соответственно. За период с 1989-2002 гг. численность детей моложе восемнадцати лет в семейных ячейках сократилась на 23,0%. Удельный вес женщин 20-29 лет, состоящих в браке и не имевших рожденных детей, составил 21,6%.

Типичными для Рязанской области являются семьи, имеющие одного (73,4%) или двух (23,4%) детей (в 1989 г. соответственно

56,9% и 37,2%). Только 3,2% семей имеют трех и более детей (в 1989 г. - 5,9%). Доля семей, имеющих только одного ребенка, значительно выше в городских поселениях - 77,9% (1989) и 61,7% (2002), тогда как доля семей с двумя и с тремя и более детьми, напротив, меньше (20,3% и 31,4% и 1,8% и 6,9% соответственно).

Неполные семьи, состоящие из матери или отца с детьми составили 23,7%, то есть каждая четвертая семья. В девяти случаях из десяти - это материнские семьи без отца.

Более половины неполных семей имели несовершеннолетних детей. Почти каждый пятый ребенок воспитывался без одного из родителей. Неполные семьи с одним ребенком составили 82,6%, с двумя детьми - 15,0%, с тремя и более детьми - 2,4%.

Неблагоприятное развитие брачно-семейных отношений способствует росу внебрачной рождаемости (рис. 1). В 1975 г. удельный вес внебрачных рождений в Рязанской области составлял 4,2%, в 1989 г. доля внебрачных детей составила уже 9,3% от общего числа родившихся, по сравнению с 6,6% в 1982 году (относительный рост к 1975 г. составил 121,4%, к 1982 г. - 40,9%).



Рис. 1. Динамика доли внебрачных рождений в Рязанской области с 1975-2007 г.г.

Ситуация еще больше обострилась в 1998 г. - доля внебрачных рождений достигла 20,0% (по отношению к 1992 г. относительный рост составил 63,9%). В 2002 г. удельный вес составил 22,5% от общего числа ежегодных рождений. Если в 1989 почти каждый одиннадцатый ребенок был рожден вне юридического брака, то в 2002 году - почти каждый пятый. Однако 41% из них зарегистри-

стрированы по совместному заявлению отца и матери, т.е. фактически признаются отцом. В 2006 г. доля внебрачных рождений составила 23,9% (по отношению к 1975 г. показатель вырос 5,7 раза, а по отношению к 1998 г. – в 1,2 раза).

Столь быстрый рост внебрачных рождений косвенно свидетельствует о распространенности незарегистрированных браков, приводит к увеличению числа неполных семей и, следовательно, на основании этого можно делать вывод о неблагоприятном развитии брачно-семейных отношений.

Таким образом, одна из важных характеристик семей в Рязанской области – это уменьшение семей, состоящих из трех поколений, и снижение числа детей, рост неполных семей. Этому в немалой степени способствовал стабильно низкий уровень брачности, рост числа разводов и незарегистрированных браков.

Литература.

1. Бойко В.В. Малодетная семья (социально-психологический аспект) / В.В. Бойко. – М.: Мысль, 1988. – 237 с.

2. Гаврилова Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях / Л.В.Гаврилова. - М., 2000. - 160 с.

3. Демографический ежегодник Рязанской области. 2008: стат. сб. / Росстат. - Рязань, 2008. – 222 с.

4. Посисеева Л.В. Актуальные проблемы здоровья семьи, общественного здоровья и здравоохранения / Л.В. Посисеева, Т.П. Васильева. - Иваново, 2001. – 250 с.

Т.Н. Панфилова, О.В.Медведева

**МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
СПЕЦИАЛЬНЫХ КОЭФФИЦИЕНТОВ РОЖДАЕМОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА
Правительство Рязанской области**

**Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО**

В Центральном федеральном округе проживает более четверти населения страны и, сложившаяся в стране неблагоприятная демографическая ситуация, проявляется в наиболее выраженной

форме в Центральном федеральном округе, в который входит и Рязанская область.

В 1993 г. по сравнению с 1987 г. в Российской Федерации произошло снижение показателей плодовитости во всех возрастных группах, которое было наиболее выраженным среди женщин в возрасте от 30 до 44 лет с 67,7‰ до 28,3‰ (в 2,4 раза). В последующие годы (вплоть до 2000 г.) эта тенденция сохранялась.

В конце 90-х гг. снижение рождаемости происходило в основном за счет уменьшения показателей у женщин до 25 лет, в возрастах старше 25 лет уровень рождаемости сохранялся относительно стабильным (был отмечен даже некоторый рост показателя, особенно у женщин старше 30 лет).

К 2007 г. в ЦФО наметилась некоторая тенденция к росту общего коэффициента плодовитости, что связано с увеличением показателей у женщин в возрасте от 30 до 40 лет. Еще в 1998 г. вклад матерей в возрасте старше 30 лет в итоговую рождаемость превышал вклад матерей в возрасте - до 20 лет (18,5% и 13,4% соответственно). В дальнейшем продолжалась трансформация возрастной модели рождаемости, и 2007 г. это соотношение составляло уже 29,3% и 9,5% соответственно.

Возрастные кривые рождаемости (рис. 1), соответствующие двум временным точкам - 1998 и 2007 гг. - показывают, за счет каких возрастных групп произошло снижение и повышение рождаемости в Центральном федеральном округе.

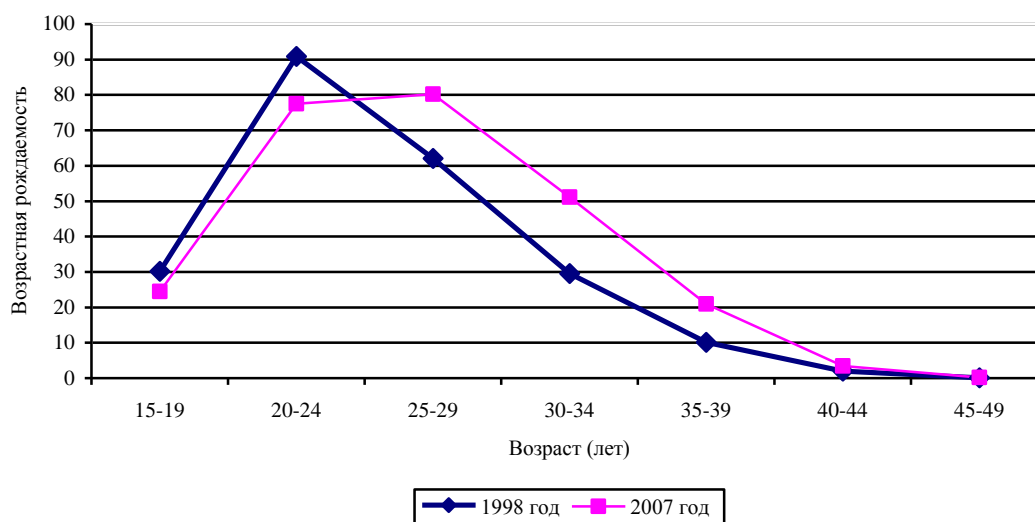


Рис. 1. Возрастные коэффициенты рождаемости ЦФО (родившихся на 1000 женщин соответствующего возраста).

В 1998 году рождаемость была заметно выше в возрастной группе 20-24 года, с выраженным снижением, начиная с 25-29 лет. В 2007 году рождаемость самой младшей возрастной группы снизилась (что, с точки зрения сохранения здоровья матери и ребенка, следует считать положительной тенденцией), а повышение рождаемости произошло, в основном, за счет возрастов 25-29 и 30-34 года. Результат анализа показателей возрастной плодovitости по субъектам Центрального федерального округа за последние три года показал, что самые низкие показатели общей плодovitости стабильно отмечаются в Воронежской, Смоленской и Тульской областях. Коэффициент итоговой рождаемости для обеспечения простого воспроизводства населения должен составлять 2,1, но еще в 1991 году в Рязанской области он равнялся 1,48, в Орловской и Смоленской - 1,45, во Владимирской - 1,44, в Ярославской - 1,39, а в Московской области - лишь 1,2.

В 1999 г. в Ивановской, Московской, Смоленской и Ярославской областях суммарный коэффициент рождаемости не достигал единицы, а среди городского населения - был выше единицы только в четырех субъектах ЦФО. В 2007 г. самые низкие показатели отмечаются в Воронежской (1,200), Тульской (1,155), Тамбовской (1,239), Московской (1,238) и Смоленской (1,237) областях.

Текущий уровень рождаемости с учетом смертности в России уже с середины 60-х гг. обеспечивал расширенного воспроизводства населения, о чем свидетельствовала величина нетто-коэффициента воспроизводства ($R_0 < 1$) - 0,971 в 1964 г. В 1996 г. нетто-коэффициент воспроизводства составлял уже 0,603, а это означает, что с учетом смертности, текущий уровень рождаемости обеспечивал замещение поколений матерей лишь на 60,3%.

Ситуация в Центральном федеральном округе, как впрочем и в России, не улучшилась и в последние годы

И хотя с учетом смертности, в 2002 г. текущий уровень рождаемости во всех субъектах ЦФО обеспечивал замещение поколений матерей лишь немногим более, чем на 50%, а в 2007 г., таких субъектов осталось всего 5 (Воронежская, Московская, Смоленская, Тамбовская и Тульская области), подобная динамика не может оцениваться как положительная, поскольку изменение показателя крайне незначительно.

Нетто-коэффициенты остаются все еще крайне низкими, а по-

вышение вероятности дожития новорожденной девочки до среднего возраста материнства с 0,538 в 2002 г. до 0,603 – в 2007 г. не способно серьезно сказаться на интегральных характеристиках воспроизводства населения. А основным фактором изменения показателей воспроизводства, по-прежнему продолжает оставаться уровень рождаемости.

Таким образом, все специальные показатели рождаемости в Центральном федеральном округе имеют неблагоприятную динамику, что сохраняет критическую ситуацию в отношении воспроизводства населения, особенно на фоне достаточно высокого уровня смертности населения.

Литература.

1. Альбицкий В.Ю. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России / В.Ю.Альбицкий, А.Н.Юсупова, Е.И.Шарапова, И.М.Волков. - М., 2001. - 248 с.

2. Демографический ежегодник России. 2001: Стат. сб. / Росстат. - Рязань, 2001. – 403 с.

3. Демографический ежегодник России. 2005: Стат. сб. / Росстат. - Рязань, 2005. – 595 с.

4. Демографический ежегодник России. 2008: Стат. сб. / Росстат. - Рязань, 2008. – 557 с.

5. Посисеева Л.В. Актуальные проблемы здоровья семьи, общественного здоровья и здравоохранения / Л.В. Посисеева, Т.П. Васильева. - Иваново, 2001. – 250 с.

В.В. Марков, О.Е. Коновалов

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ И ВРАЧАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ПОЛИКЛИНИКАХ г. ПЕНЗЫ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Для получения характеристики профилактической работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Пензы нами было проведено социологическое исследование среди пациентов и участковых терапевтов с использованием специально разработанных анкет. В группу пациентов вошли 402 человека, обратившихся за амбулаторной помощью. Был также опрошен 151 врач.

Опрос пациентов поликлиники показал, что 60,7% из них имеют хроническое заболевание, при этом только 34,1% регулярно наблюдаются у врача по этому поводу. Установлено, что 60,0% врачей рекомендуют своим пациентам профилактические мероприятия на каждом приеме, 34,0% – делают это почти всегда, а 6,0% – иногда. В тоже время только 34,0% опрошенных пациентов отметили, что получают профилактические рекомендации на каждом врачебном приеме, 21,1% – почти всегда, 34,8% – иногда, а 9,7% респондентов этой группы считают, что не получали их никогда.

По результатам анкетного опроса, большинство пациентов всегда следуют профилактическим мероприятиям или относятся к ним в целом положительно, при этом доли таких ответов составили соответственно 43,4% и 40,9%. В тоже время врачи считают, что 86,0% пациентов в целом положительно относятся к профилактическим рекомендациям, хотя доля активно интересующихся профилактическими мероприятиями, по их мнению, остается низкой и составляет 6,0%. Не внимательно относятся к профилактическим рекомендациям 14,0% пациентов, тогда как по мнению врачей доля таковых в 2,3 раза меньше. По результатам самооценки и мнению врачей доли пациентов негативно относящихся к профилактическим мероприятиям имели близкие значения и составили соответственно 1,8% и 2%.

Рассмотрим основные причины с которыми может быть связано негативное или безразличное отношение пациентов к профилактике. Из представленных данных видно, что большинство врачей (71,7 на 100 опрошенных) в качестве такой причины указали на отсутствие необходимой информации. Более половины врачей считают, что негативное или безразличное отношение пациентов к профилактическим рекомендациям обусловлено низким уровнем образования последних. Следующими по частоте следовали такие причины как наличие вредных привычек (45,9 на 100 опрошенных) и плохая организация профилактической работы (19,6 на 100 опрошенных).

По мнению пациентов, вторым по популярности методом профилактики является внедрение медикаментозных программ профилактики, частота таких ответов составила 27,9 на 100 опрошенных. Однако только 14,9 на 100 пациентов, принимавших

участие в социологическом исследовании встречались с этим методом профилактики на приеме у врача. На третьем месте по частоте использования пациенты хотели бы видеть такой метод профилактической работы как вручение памяток и буклетов, на это указали 19,6 на 100 опрошенных, а 18,2 испытали на себе во время врачебного приема.

Как считают опрошенные пациенты, профилактические мероприятия являются наиболее эффективными в возрастных группах до 30 лет и 40 – 49 лет, доли таких ответов составили соответственно 29,6% и 29,1%.

Большинство опрошенных пациентов хотели бы получать информацию о профилактике заболеваний из беседы с врачом, частота таких ответов составила 82,8 на 100 опрошенных. Четвертая часть пациентов отметила в качестве такого источника средства массовой информации. На выборе таких источников как научно-популярная литература, санбюллетени или лекции для населения остановились 14,9-16,4 на 100 опрошенных этой группы.

Судя по расставленным приоритетам, опрошенное население в основном тяготеет к вторичной профилактике, то есть интерес к профилактическим мероприятиям у пациентов в основном стимулируется уже возникшим заболеванием. Обращает на себя внимание, что 76,7% пациентов, принимавших участие в социологическом исследовании считают для себя обязательным проведение профилактических мероприятий. При этом большинство пациентов отметили, что их семья ведет здоровый образ жизни или частично выполняет рекомендации по его ведению, доли таких ответов составили соответственно 41,1% и 43,1%.

Рассмотрим, каким профилактическим мероприятиям отдают предпочтение опрошенные пациенты. Чаще всего для сохранения своего здоровья и профилактике заболеваний пациенты занимаются физкультурой (91,3 на 100 опрошенных). Вторым по распространенности ответом был отказ от вредных привычек (86,0 на 100 опрошенных), третьим – здоровое питание и прогулки на свежем воздухе (по 80,2 на 100 опрошенных пациентов). Далее в порядке убывания следовали отдых в санатории и активный отдых на природе, частоты таких ответов составили соответственно 79,7 и 19,2 на 100 опрошенных пациентов.

По мнению пациентов, чаще всего мешает им выполнять рекомендации врача по профилактике заболеваний недостаток денежных средств, распространенность таких ответов составила 63,4 на 100 опрошенных.

О.Е. Коновалов, М.А. Сычев

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО
НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО

Социально-экономическое развитие страны зависит от состояния трудовых ресурсов, качество которых во многом определяется уровнем здоровья и численностью населения трудоспособного возраста. Заметный рост смертности в трудоспособном возрасте является одним из ведущих признаков медико-демографического неблагополучия в Российской Федерации, начиная с конца 80-х годов XX века. За последние десятилетия смертность в отдельных возрастных группах трудоспособного населения страны возросла в 1,6-2,3 раза у мужчин и в 1,6-2,1 раза у женщин [1, 2, 3, 4]. При этом по возрастные коэффициенты смертности мужчин в 3-4 раза превышают соответствующие показатели у женщин.

Смертность является традиционным индикатором потерь здоровья населения, а ее показатели рассматриваются как наиболее информативные, поскольку их изучение осуществляется на основе государственной регистрации. Особого внимания заслуживают вопросы смертности населения, прежде всего, трудоспособного возраста [5, 6].

По состоянию на 1 января 2008 г., постоянное население Рязанской области насчитывало 1165,8 тыс. человек. Удельный вес городского населения равен 70,2%, сельского – 29,8%. В области проживает 1165 тыс., областном центре – 510,8 тыс. жителей. На долю лиц трудоспособного возраста приходится 51,2%.

Показатель смертности населения в 2007 г. в Рязанской области (874,2 на 100 тыс. соотв. населения) выше, чем в ЦФО (705,7) и в среднем по России (695,4). Согласно предложенному Федеральной службой государственной статистики варианту прогноза, общий

коэффициент смертности в целом по области в течение 2005-2025 гг. практически сохранится на современном уровне и будет одним из самых высоких среди других территорий ЦФО [7, 8].

Установлено, что за период с 2000 по 2007 гг. уровень общей смертности трудоспособного населения в целом по области увеличился более чем на 20%, при этом наиболее выражено увеличались показатели смертности мужчин трудоспособного возраста.

В структуре смертности трудоспособного населения Рязанской области доминируют следующие причины смерти: болезни системы кровообращения – 29,7%, внешние причины смерти – 27,1%, новообразования – 12,3%, болезней системы кровообращения – 7,3%, болезней органов дыхания – 5,5%, некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 2,9%, другие причины – 15,2%.

При этом ведущими причинами смерти у мужчин явились болезни системы кровообращения (31,5%), внешние причины смерти (27,7%), новообразования (10,2%); у женщин - внешние причины смерти (23,9%), новообразования (22,5%), болезни системы кровообращения (21,5%).

У мужчин достоверно чаще ($P < 0,01$) причинами смерти являются болезни системы кровообращения (соответственно 438,8 и 68,7 на 100 тыс. соответствующего населения), внешние причины смерти (соответственно 386,7 и 76,4 на 100 тыс. соответствующего населения), новообразования (142,3 и 72,0 на 100 тыс. соответствующего населения).

Литература

1. Здравоохранение в России. 2007: стат. сб. / Росстат. - М., 2007. - 355 с.
2. Здравоохранение в России. 2005: стат. сб. / Росстат. - М., 2006. - 390 с.
3. Демографический ежегодник России. 2002: стат. сб. / Госкомстат России. - М., 2002. - 397 с.
4. Демографический ежегодник России. 2005: стат. сб. / Росстат. - М., 2005. - 595 с.
5. Демографический ежегодник России. 2008: стат. сб. / Росстат. - М., 2008. – 557 с.
6. Российский статистический ежегодник. 2002: стат. сб. / Госкомстат. - России. – М., 2002. - 690 с.
7. Российский статистический ежегодник. 2004: стат. сб. / Рос-

стат. - М., 2004. - 725 с.

8. Российский статистический ежегодник. 2008: стат. сб. / рос-
стат. - М., 2008. – 847 с.

И.В.Андреева, С.В.Потапова

**ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТРАЦЕПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖИТЕЛЬ-
НИЦ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО
Женская консультация № 1, г.Рязань

Основным способом регулирования рождаемости для насе-
ления Рязанской области продолжает оставаться медицинский
аборт. При этом, в 1998-2006 гг. в Рязанской области отмечалось
снижение частоты аборт в 1,4 раза: с 51,0 до 37,7 на 1000 жен-
щин фертильного возраста ($P < 0,05$), при этом их частота в 2006
году была незначительно ниже, чем в целом по Российской Фе-
дерации (40,3 на 1000 женщин репродуктивного возраста). В то-
же время частота мини-аборт в Рязанской области снизилась
еще значительно (в 2,3 раза) составила на конец изучаемого пе-
риода 6,1 на 1000 женщин репродуктивного возраста и была в 1,7
раза меньше чем в РФ ($P < 0,05$). Динамика распространенности
аборт в Рязанской области представлена на рисунке 1.

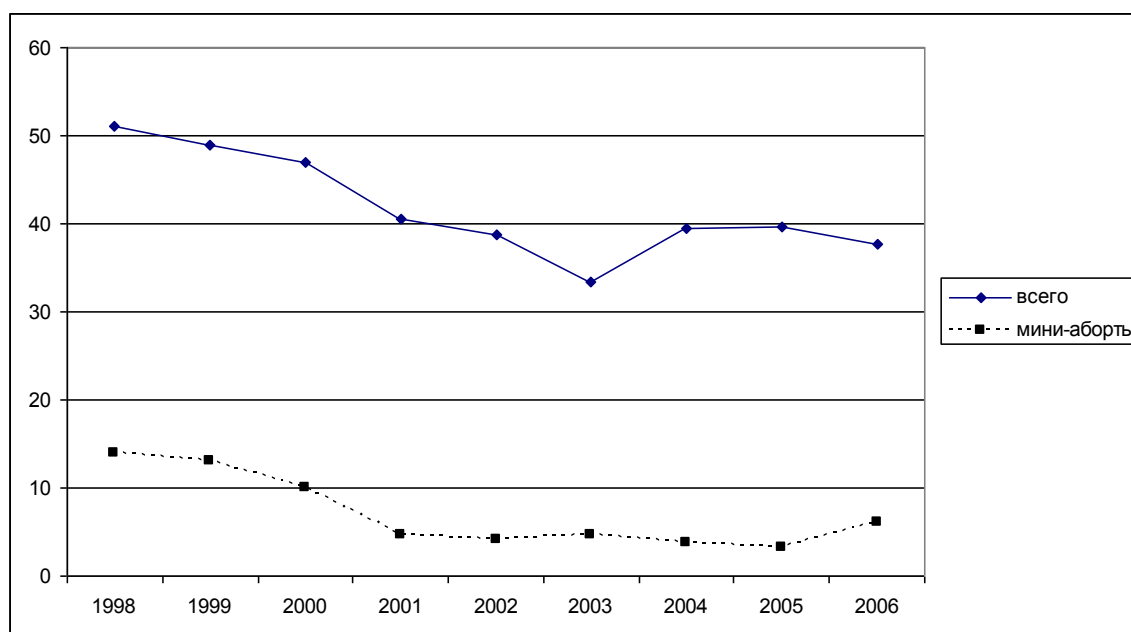


Рис. 1. Распространенность аборт в Рязанской области в 1998 – 2006 гг. (на 1000 женщин репродуктивного возраста).

Следует отметить, что в 2006 г. частота аборт на 100 родов в Рязанской области составила 112 и была на 17,9% выше, чем в целом по Центральному Федеральному округу (рис. 2). Во Владимирской и Ярославской областях частота аборт на 100 родов в 1,3 раза превышала таковую в Рязанской области, тогда как в Брянской области и г. Москве этот показатель был ниже, чем в Рязанской области, соответственно в 1,5 и 2,1 раза ($p < 0,05$). В остальных субъектах ЦФО частота аборт на 100 родов имеет значения близкие к таковой в Рязанской области.

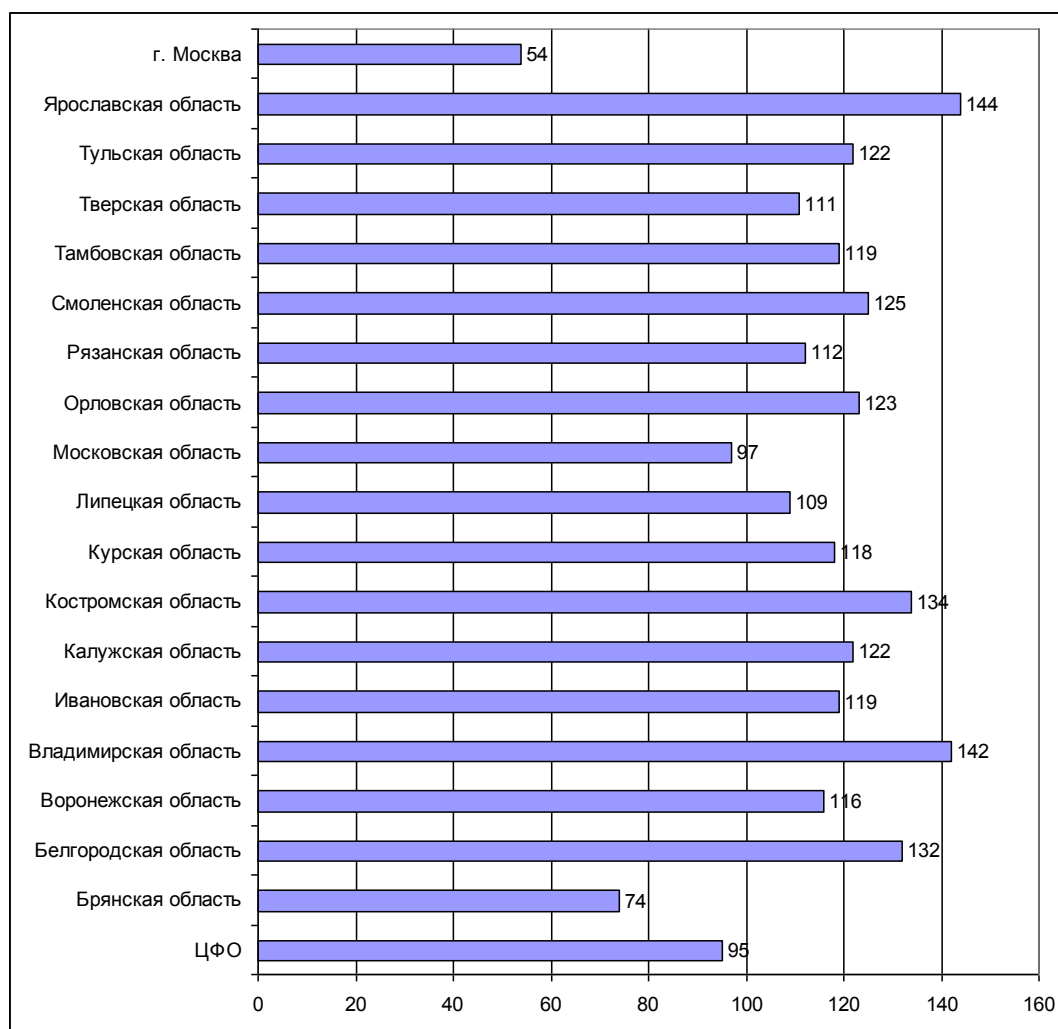


Рис. 2. Частота аборт в Рязанской области и субъектах ЦФО в 2006 году (на 100 родов).

В 1998-2006 гг. общий уровень аборт в областном центре

находился в пределах 27,5 – 57,1 на 1000 женщин репродуктивного возраста. В тоже время в районах Рязанской области аналогичный показатель колебался от 23,2 до 64,9 на 1000 женщин репродуктивного возраста. При этом в 1998, 1999, 2005 и 2006 годах частота аборт в г. Рязани в 1,2-2,2 раза превышала таковую в районах Рязанской области, в 2000, 2004 и 2007 гг. наоборот уровень аборт в районах области был выше чем в областном центре в 1,2-2,4 раза, тогда как в остальные годы сравниваемые показатели имели близкие значения.

Обращает на себя внимание, что в 1998-2005 гг. частота мини-аборт в г. Рязани и районах Рязанской области сократилась соответственно в 1,9 и 6,5 раза и составила 9,5 и 1,7 на 1000 женщин репродуктивного возраста ($p < 0,05$). При этом в течении большей части изучаемого периода уровни мини-аборт в областном центре в 1,4-5,6 раза превышали аналогичные показатели в районах Рязанской области. ($p < 0,05$).

В 1998-2007 гг. в Рязанской области частота использования женщинами внутриматочных спиралей сократилась в 1,6 раза: с 18,3 до 11,5 на 100 женщин репродуктивного возраста. Аналогичная тенденция была характерна и для Российской Федерации в целом. В тоже время прослеживалась отчетливая тенденция к росту использования женщинами гормональных контрацептивов в Рязанской области и в целом по России, соответственно до 11,1 и 9,9 на 100 женщин фертильного возраста, что привело к выравниванию распространенности этих двух методов контрацепции среди женского населения Рязанской области.

О.Е. Коновалов, Н.С. Брынза

ОБОСНОВАНИЕ ВНЕДРЕНИЯ СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМУ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО

Департамент здравоохранения Тюменской области

В последние годы во многих регионах Российской Федерации сложились неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья

женского населения. Так, в Тюменской области заболеваемость сальпингитом и оофоритом за этот период увеличилась на 5,5%, расстройствами менструального цикла – на 6,4%; эндометриозом – на 13,3%; нарушениями в менопаузе и околоменопаузном периоде – в 4,5 раза. Увеличивается распространённость злокачественных заболеваний репродуктивной системы женщин.

По данным специальных исследований, на начало беременности к категории здоровых относится только 12,7% женщин. Наиболее тяжёлыми и распространёнными заболеваниями и осложнениями течения беременности являются анемии, гестозы, болезни системы кровообращения и болезни мочевыделительной системы. Ухудшение состояния здоровья беременных женщин сопровождается снижением числа нормальных родов, доля которых составляет менее трети. За 9 лет в Тюменской области среди осложнений беременности болезни щитовидной железы увеличились в 3,0 раза, венозные осложнения – в 2,3 раза, болезни мочеполовой системы – в 1,4 раза, гестоз – в 1,3 раза.

Основным фактором депопуляции является суженная база воспроизводства населения – низкая рождаемость. Во-первых, основную часть родившихся составляют первенцы. Во-вторых, все большая часть детей рождается вне брака. Так в Тюменской области у матерей в возрастной группе 25-34 года каждый третий ребенок рождается вне брака. Увеличивается процент детей, растущих в неполных семьях. Для России характерна крайне молодая модель рождаемости. До 80% кумулятивного эффекта суммарной рождаемости реализуется уже к 30 годам.

Низкий уровень репродуктивного здоровья в значительной мере обусловлен сохраняющимся высоким уровнем аборт.

В Тюменской области активно проводится работа по совершенствованию медицинского обеспечения населения первичной медико-санитарной помощью, созданию консультативно-диагностических комплексов, развитию общей (семейной) врачебной практики. В службе охраны материнства и детства принято направление на возрождение организации работы по принципу АТП-комплексов. В целях повышения структурной эффективности проведено реформирование сети лечебно-профилактических учреждений, в том числе учреждений детства и родовспоможения.

Одно из основных направлений модернизации здравоохранения области - создание крупных специализированных объединений на базе действующих лечебных учреждений. В настоящее время в Тюменской области функционирует 3 учреждения, координирующие деятельность по охране репродуктивного здоровья и обеспечению безопасного материнства: центр охраны здоровья детей и подростков, областной перинатальный центр, областной центр охраны здоровья материнства и детства.

Организационными методами, повышением квалификации кадров, внедрением современных перинатальных технологий удалось повлиять на уровень основных качественных показателей состояния здоровья женщин и детей, снизив перинатальную смертность до уровня 9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, младенческую смертность - до 11‰. В последние годы очевидным становится негативное влияние на состояние здоровья новорожденных агрессивной тактики ведения беременности и родов, излишней медикализации беременных.

Удовлетворенность пациента следует рассматривать как важнейший критерий качества медицинской помощи. В марте-апреле 2004 года в родильных домах №2 и №3 г.Тюмени в рамках проекта «Мать и дитя» опрошено 1530 женщин: 396 беременных, 395 родильниц в послеродовых отделениях, 340 женщин после аборта в гинекологических отделениях и 400 женщин репродуктивного возраста, пришедших на прием в женскую консультацию по разным поводам. Результаты опросов показали, что удовлетворены медицинскими услугами в акушерско-гинекологических учреждениях от 46 до 75% женщин. Поэтому нужен новый системный подход для достижения результатов при минимальных затратах.

Новый подход заключается в возможности воздействия на качество медицинской помощи женщинам и младенцам путем внедрения семейно-ориентированных технологий в систему охраны репродуктивного здоровья Тюменской области, известного как «Родовспоможение, ориентированное на участие семьи» (РОУС).

Семейно-ориентированные технологии – это комплекс новых организационных, медицинских и информационных методов, которые формируют современную гуманную модель помощи семье, способствующую социальному взаимодействию между матерью,

отцом, младенцем, другими членами семьи:

- обучение медицинского персонала и определение круга обязанностей на всех этапах оказания медицинской помощи по беременности и родам;
- подготовка беременных и членов их семьи к рождению ребенка;
- создание индивидуальных родовых;
- организация совместного пребывания матери и ребенка после родов;
- внедрение в родовспомогательных учреждениях гибких правил, моделирующих «домашнюю» обстановку при родах и в послеродовом периоде.

Е.А. Соколова

К ВОПРОСУ О ПРАВОВОЙ ОСНОВЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Кафедра государственно-правовых дисциплин

Законодательное регулирование вопросов охраны здоровья граждан - одно из приоритетных направлений государственной политики в Российской Федерации. Законодательные акты, принятые в течение последних десятилетий, создают правовые основы для модернизации отечественной системы здравоохранения, определяют ее будущее.

Специфика правового регулирования медицинской сферы состоит, в первую очередь, в том, что часть правовых норм принята в качестве ведомственных актов сравнительно давно. Многие нормативные акты хотя и устарели, однако не отменены и подлежат применению до сих пор в части, в которой они не противоречат действующему российскому законодательству.

Начиная с 1990 г. в России начались радикальные преобразования государства и общества, которые не могли не затронуть и здравоохранение. Либерализация государственного устройства, разделение единой системы здравоохранения на государственную, муниципальную и частную ставят на более высокую ступень необходимость четкой правовой регламентации медицинской деятельности и организации работы органов и учреждений здравоохранения.

Но формирование законодательной базы здравоохранения не завершено. По мнению некоторых авторов, оптимальным явилось бы издание Медицинского кодекса, в комплексе регулирующего вопросы охраны здоровья населения. Следует принимать законы и более узкой предметной направленности, например, «Об общенациональной системе здравоохранения», «О правах пациентов», «О социально-правовой защите медицинских работников и страховании их профессиональной ответственности».

В последние десятилетия велась планомерная системная работа по формированию Кодекса законов об охране здоровья населения, в который предлагалось включить следующие группы нормы:

- надзорного характера, направленные на обеспечение безопасных условий жизни и среды обитания человека;
- профилактической направленности;
- защищающие права граждан в сфере охраны здоровья;
- определяющие права и ответственность медицинских работников, а также ответственность юридических и физических лиц за нарушения в сфере охраны здоровья;
- регламентирующие деятельность национальной системы здравоохранения;
- регулирующие финансирование системы здравоохранения;
- регулирующие отдельные виды медицинской деятельности.

По мнению Л. Рошаля, закон, систематизировано регулирующий вопросы здравоохранения, должен полностью соответствовать Конституции Российской Федерации и четко отвечать на главные вопросы: форма единой организационной структуры, поровневые функциональные обязанности и взаимодействие структур, форма финансирования (бюджетная, страховая или смешанная), четкая расшифровка содержания терминов социальных стандартов и государственных гарантий, утверждение положений, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи и профилактики заболеваний, роль и место обязательного медицинского страхования, частной медицины, возможность приватизации государственных и муниципальных медицинских учреждений, роль и задачи медицинской науки и Академии медицинских наук в координации научных исследований и

т.д.

В настоящее время Минздравсоцразвития России завершает разработку Концепции развития здравоохранения до 2020 года. По оценке министра здравоохранения и социального развития России Т. Голиковой, данная концепция будет увязана с долгосрочной стратегией социально-экономического развития страны до 2020 г. Отраслевая программа будет охватывать не только весь спектр направлений, который реализовывался в рамках национального проекта «Здоровье», но и программу предоставления государственных гарантий населению, а также различные аспекты, связанные с системой обязательного медицинского страхования.

Таким образом, министерство готовит документ, в котором будет прописана система управления здравоохранением, уточнена программа государственных гарантий оказания медицинской и лекарственной помощи, названы приоритетные программы здравоохранения.

Вместе с тем, вопрос о законодательном и нормативно-правовом обеспечении реализации Концепции представляется не вполне проработанным, предполагая «уточнение федерального законодательства, закрепляющего систему организации здравоохранения и оказания медицинской помощи в Российской Федерации, права пациентов и медицинских работников, а также гарантированный механизм реализации этих прав, устанавливающего требования к организациям здравоохранения, к квалификации медицинских работников, оснащению организаций здравоохранения».

В рамках реформирования системы здравоохранения необходимо кардинальное обновление всей правовой основы ее функционирования, которая должна соответствовать динамике развития современной медицинской науки и практики.

Литература:

1. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года.
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Утверждены Верховным Советом РФ 22 июля 1993 года № 5487-1 (с изм. и доп.).
3. Бедный доктор и 7000 богатых посредников //

<http://www.rg.ru/2004/10/13/zdorovje.html>

4. Путило Н.В. Законодательство субъектов Российской Федерации о здравоохранении // Журнал российского права. 2002.

Р.М.Воронин, В.В.Минаев, Т.А.Воронина
МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ ДОПРИЗЫВНИКОВ
РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф

Медицинская активность относится к числу показателей, характеризующих поведение человека с точки зрения сохранения его здоровья. Под медицинской активностью как социально-гигиенической категорией понимается отношение к своему здоровью и здоровью других людей, выполнение медицинских предписаний и назначений, гигиенических рекомендаций, норм, правил посещения лечебно-профилактических учреждений и работы самих учреждений и других видов деятельности человека, группы населения, связанных со здоровьем.

Главным условием медицинской активности является осознание человеком непреходящей ценности здоровья, необходимости личного участия в его сохранении и укреплении еще до того, как ухудшение здоровья само заявит о себе.

Целью нашего исследования явилась оценка медицинской активности допризывников Рязанской области по признаку обращаемости за медицинской помощью. В поликлинике № 3 г. Рязани были исследованы показатели обращаемости за медицинской помощью 1230 молодых людей в возрасте 18-24 года, стоящих на воинском учете для призыва в армию.

При анализе данных было отмечено, что 36,2 % молодых людей бывают на приеме у своего участкового терапевта лишь один раз в несколько лет, а 29,5 % - 1-2 раза в год. Далее цифры обращаемости за медицинской помощью распределились следующим образом: 17,1 % обследуемых – посещали своего врача 3-4 раза в год, а 16,2 % - 5 раз в год и чаще. Приведенные показатели ни в коей мере не могут свидетельствовать о высоком уровне здоровья, а скорее связаны с низким уровнем медицинской культуры населения, игнорирующим активную заботу о своем здоровье.

Подтверждением данного тезиса, является тот факт, что количество здоровых допризывников, то есть не имеющих никаких заболеваний согласно данным медицинской карточки, оказалось 328 человек (26,7 % от общего числа обследуемых), больных – 902 человека (73,3 %).

При сравнении результатов нашего исследования с данными юношей этой же возрастной группы, студентов государственного медицинского университета г. Казани, выяснилось, что количество обращений за медицинской помощью 3 и более раз в год в группе студентов почти в два раза выше, чем в группе призывников: 33,3 % и 17% соответственно (рис.1).

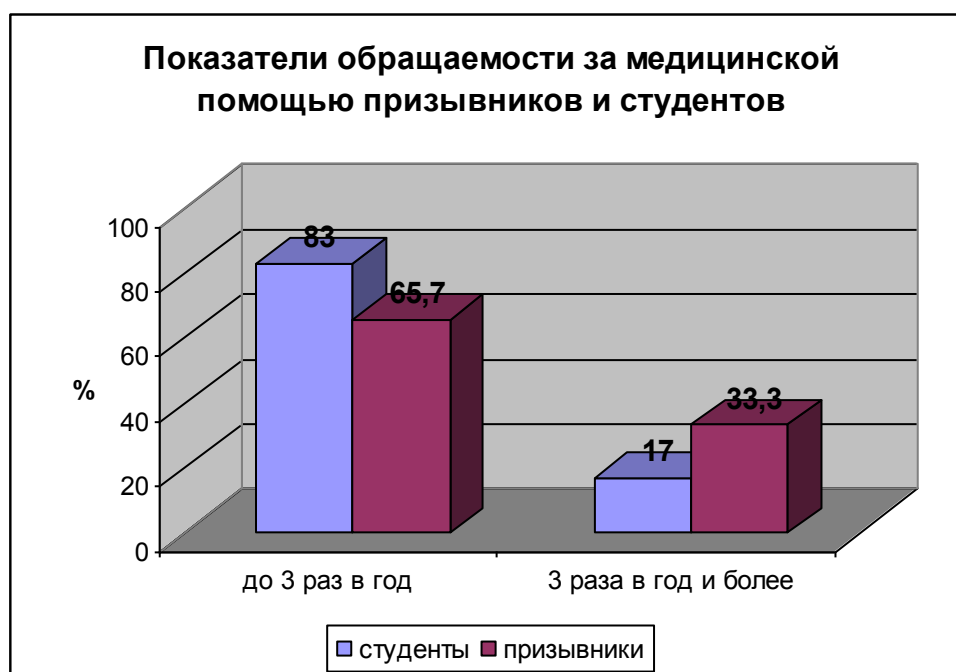


Рис. 1. Обращаемость за медицинской помощью призывников и студентов в сравнении.

Данные различия обусловлены, по всей видимости, в большей мере различием в образовательном статусе обследованных категорий, ведь по данным нашего исследования только 4 % призывников имеют высшее и незаконченное высшее образование. Кроме того, получаемые студентами знания в области медицины заставляют со всей серьезностью относиться к своему здоровью. Обратной стороной медали, однако, является снижение количества обращений студентов-медиков к врачу с повышением возраста, так как, скорее всего, происходит накопление медицинских знаний,

что позволяет самостоятельно определиться с тактикой лечения.

Интересно, что сами призывники, в нашем исследовании в 42 % случаев указывали основной причиной не обращения к врачу надежду на то, что «болезнь сама пройдет».

Таким образом, уровень медицинской активности призывников можно оценить как низкий, что обусловлено редкими обращениями за медицинской помощью. Вместе с тем, наше исследование подтвердило предположение, что основной причиной подобной ситуации следует признать невысокий уровень общей медицинской культуры населения и, как следствие, недостаточно серьезное отношение к своему здоровью.

Р.М.Воронин, В.В.Минаев

**ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ОТНОШЕНИЯ ПРИЗЫВНИКОВ
К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ**

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф

В настоящее время проблема здоровья призывной молодежи приобрела государственное значение как один из факторов, способных в будущем определять национальную безопасность. Современные исследователи подчеркивают, что образ жизни в значительной мере обуславливает здоровье – как на индивидуальном, так и на популяционном уровне [1].

Целью нашего исследования явилась оценка образа жизни призывников с точки зрения его влияния на здоровье.

Исследование проводилось на призывном пункте областного военного комиссариата. Анкетировалось 392 юноши в возрасте 18-24 лет, признанных годными для службы в Вооруженных Силах РФ.

По данным литературы в последние годы отмечено падение интереса к физической культуре и спорту, снижение их роли в деле оздоровления молодежи [2]. Данное заключение подтверждает и наше исследование. Так, общее количество призывников, занимающихся спортом, составило 55,4 % от числа обследуемых, однако, только треть от этого числа занимается регулярно - ежедневно или несколько раз в день, остальные – периодически. Наиболее популярными видами спорта являются единоборства –

23,1 % опрошенных и футбол – 21,6 % (рис.1).

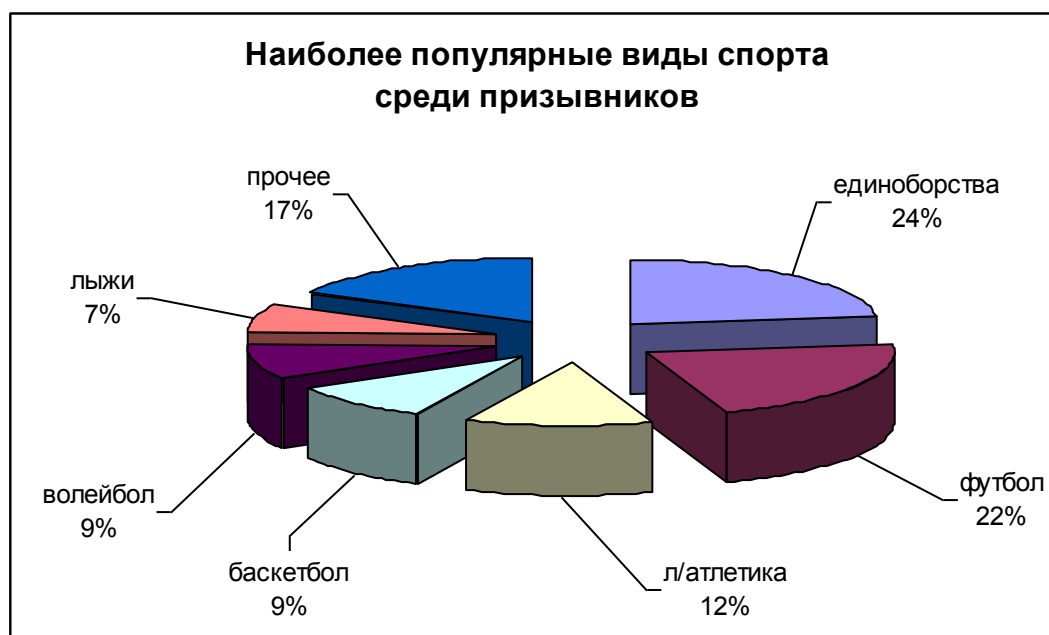


Рис. 1. Структура спортивной занятости призывников.

Среди причин, вызывающих редкие и нерегулярные занятия спортом, на первом месте стоит недостаток свободного времени (67,3 % от общего числа опрошенных), а также лень и неорганизованность (31 %).

Привычки, связанные с риском для здоровья, сегодня являются серьезной социальной проблемой, особенно для молодежи. Несмотря на очевидный вред употребления алкоголя, наркотиков, табакокурения, их распространенность в молодежной среде в последние годы имеет устойчивую тенденцию к росту [3].

Среди участников нашего исследования только 15 % от общего числа опрошенных ответили, что алкоголь не употребляют вообще. 79 % призывников выпивают редко, «по праздникам». 6 % респондентов признались, что употребляют алкоголь чаще одного раза в неделю, что не может не вызывать определенных опасений, учитывая молодой возраст обследуемых.

Особую тревогу в современной России вызывает резкий рост распространенности наркомании в последние десятилетия. По нашим данным, к наркотикам резко отрицательно относятся и никогда их не пробовали 92 % опрошенных, пробовали один раз и более – 8 %. Курение табака среди молодежи приобрело, в

настоящее время, всеобщий характер. Среди призывников количество курящих составило 71,4 % от общего числа опрошенных.

Таким образом, вызывает обоснованную тревогу широкое распространение вредных привычек среди молодежи. Данный факт можно объяснить тем, что употребление алкоголя, наркотиков, табака психологически является одним из элементов процесса взросления, олицетворением так называемого «взрослого» поведения, тем более учитывая массированную рекламу в средствах массовой информации подобного стиля жизни. Принимая во внимание достаточно малое количество призывников, занимающихся физкультурой и спортом, можно с уверенностью найти ответ на вопрос о причинах высокого числа молодых людей, освобожденных по состоянию здоровья от службы в армии.

Литература.

1. Лисицин Ю.П. Основной вопрос медицины: образ жизни, общественное здоровье, санология: актовая речь / Ю.П. Лисицин. - М., 1987. – 63 с.

2. Павловский В.В. Ювентология: проект интегративной науки о молодежи / В.В. Павловский. - М.: Академический проект, 2001. - 301 с.

3. Нефедовская Л.В. Состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи / Л.В. Нефедовская / под ред. В.Ю. Альбицкого. – М.: Литтерра, 2007. – 192 с.

Н.В.Шатрова, А.В.Филимонова, Е.А.Володина
ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ
ПОСТУПЛЕНИЙ В ГОРОДСКУЮ БОЛЬНИЦУ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф

Острые отравления химическими веществами, отнесенные по Международной статистической классификации болезней к рубрикам девятнадцатого класса (Т36 – Т65), включают отравления лекарственными веществами, а также токсикантами преимущественно немедицинского назначения (в том числе этанолом и другими спиртами, органическими растворителями, кислотами и щелочами и т.д.). В городе Рязани пострадавшие с такими отрав-

лениями госпитализируются в МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Рязани» (БСМП). Нами были проанализированы случаи острых отравлений химической этиологии, поступивших в БСМП в 2006-2008 гг. Работа проводилась на базе архива и отдела медицинской статистики БСМП. Было исследовано 206 историй болезни больных, поступивших посезонно: в январе, апреле, июле и октябре, а также данные отчетной годовой статистики.

Большинство больных с острыми отравлениями госпитализируются в отделение неотложной терапии БСМП. В 2006, 2007, 2008 годах зарегистрировано соответственно 801, 731, 636 случаев острых отравлений химической этиологии, то есть за последние 3 года произошло некоторое снижение количества поступивших больных данной категории. Тем не менее, доля острых отравлений в общей структуре заболеваний не изменяется и составляет примерно 40%. Смертность в результате острых отравлений химической этиологии в общей структуре летальных исходов по отделению неотложной терапии составила 25,5%.

Ведущую роль среди этиологических факторов острых отравлений играет алкоголь и его суррогаты (68%), а основным обстоятельством отравлений является их прием с целью опьянения. При отравлении алкоголем наблюдались различной степени расстройства сознания, вплоть до развития комы, прочие характерные токсические синдромы.

За исследуемый период проанализировано 164 случая подобных отравлений. Максимальное количество отравлений алкоголем и суррогатами отмечается в летние и осенние месяцы, что может объясняться повышением употребления алкоголя в период отпусков. Каждый 24-ый случай, зарегистрированный в году, закончился смертельным исходом. 76% пострадавших по социальному статусу относятся к категории безработных лиц трудоспособного возраста. В долю отравлений алкогольных отравлений (ложными суррогатами) вошли, в частности, отравления метанолом (2 случая), оба с типичными выраженными офтальмологическими проявлениями токсического неврита зрительного нерва уже в первые сутки, со смертельным исходом.

На втором месте стоят отравления лекарственными веществами (в том числе наркотическими) - 22%. Пик отравлений приходится

в весенние месяцы.

Основную часть больных с острыми отравлениями составляют мужчины трудоспособного возраста. В зимние месяцы наблюдается «взросление» контингента больных, а в весенние преобладают более молодые слои населения.

Возрастная структура медикаментозных отравлений представлена в основном женщинами – старше 50 и моложе 30 лет, принимавшими лекарственные вещества с суицидальной целью. За отчетные месяцы зарегистрировано 53 случая. Наиболее часто используемое лекарственное вещество – транквилизатор бензодиазепинового ряда феназепам. Основными симптомами отравления при поступлении являлись: спутанность сознания, оглушение, сопорозный глубокий сон, головокружение, тошнота, боли в эпигастрии. Риск развития передозировки резко возрастал при совместном использовании этанола. Основная масса отравлений была легкой степени тяжести, поэтому лечение ограничивалось промыванием желудка и пероральной дезинтоксикационной терапией. В более тяжелых случаях проводилась инфузионная терапия, форсированный диурез.

Пик суицидов приходился на весенние и зимние месяцы.

Следует отметить, что мужчины значительно чаще подвергаются случайным отравлениям (87,5%). Это отчасти связано с ошибочным приемом кислот и щелочей вместо алкоголя с целью опьянения. Подавляющее большинство отравлений кислотами и щелочами совершено мужчинами пожилого возраста, основная масса которых носила случайный характер. За отчетные месяцы зарегистрировано 11 случаев. Смерть в результате этого вида отравлений наступила в 45 % случаев.

В целом, главной причиной летальных исходов в результате острых отравлений является отравление алкоголем и его суррогатами (43%), на втором месте - кислоты и щелочи (26%), медикаменты составили 10%, прочие отравления – 21%.

Таким образом, острые отравления химической этиологии составляют существенную долю (более одной трети) поступлений в отделения неотложной терапии больницы экстренной помощи и, несмотря на интенсивное лечение, часто заканчиваются смертельным исходом.

РАЗРАБОТКА НАУЧНЫХ ОСНОВ МЕДИЦИНЫ ТРУДА,
ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И
ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Г.И.Стунеева, Т.И.Макарова

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В
ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,

организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и

организации здравоохранения ФПДО

В процессе воспитания дошкольников используется множество инновационных моделей, в которых акцент сделан прежде всего на раннее вовлечение детей в предметное обучение, расширения объема получаемых знаний, тесное слияние новых интеллектуальных технологий с обучающими программами [2].

Подобные изменения воспитательных стратегий и технологий проводятся, как правило, без соответствующего физиолого-гигиенического обоснования, без учета возрастных особенностей развития и возможностей ребенка, предусматривающих врожденную биологическую потребность в активных движениях. Начальный этап воспитания растущего организма нередко проходит в условиях адаптивной перестройки функциональных систем в ответ на чрезмерные по силе и продолжительности воздействия. Такие воспитательные подходы могут нарушать процесс адаптации к условиям дошкольного учреждения и приводить к значительному нервно-эмоциональному и сенсомоторному напряжению.

В последние годы на фоне негативных тенденций в динамике состояний здоровья детей идет значительное нарастание умственных и физических нагрузок. ДОУ ориентируются на максимальное удовлетворение потребностей родителей в обучении детей, во введении дополнительных образовательных услуг в дошкольную среду, которая не всегда строится с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детей. Это приводит к чрезмерной нагрузке на организм ребенка, что в свою очередь может привести к психоэмоциональному срыву, неспособности и неже-

ланию воспринимать материал, потери мотивации к обучению и даже к различным нарушениям в состоянии здоровья. Последнее подтверждают данные об увеличении в 3,5 раза числа детей с нарушениями нервно-психического здоровья среди воспитанников ДООУ на возрастном этапе от 4 к 5 годам жизни [3]. В психическом портрете детей 3,5-7 лет основными характеристиками являются тревожность, незащищенность, трудность в общении, конфликтность, враждебность. От того, насколько учебно-воспитательная нагрузка адекватна возрастным и познавательным возможностям детей, во многом зависит их развитие, психическое и физическое благополучие.

Важнейшей задачей дошкольного образования традиционно остается охрана и укрепление здоровья детей. Не только врачи, но и организаторы дошкольного образования убеждены в том, что содержание педагогического процесса в детском саду должно органично включать оздоровление и физическое развитие ребенка.

Известно, что успешность обучения и устойчивость к утомлению на занятиях у дошкольников и младших школьников в значительной мере зависят от сбалансированности в их ежедневной деятельности статического и динамического компонентов [1].

Следует отметить, что сохраняется неблагоприятная тенденция к увеличению числа детей дошкольного возраста с хроническими заболеваниями и морфофункциональными отклонениями. Поэтому, важнейшей задачей дошкольного образования должны быть охрана и укрепление здоровья детей. Оздоровительные мероприятия должны быть неотъемлемой частью процессов учебы и воспитания.

Основой формирования здоровья следует считать внедрение профилактических и оздоровительных технологий в работу дошкольного образовательного учреждения, которые должны учитывать индивидуальные социально-биологические условия жизни и развития ребенка [3].

Таким образом, при современных достаточно интенсивных формах обучения детей, а также различных психоэмоциональных перегрузках и часто социально-экономическом неблагополучии населения наблюдается тенденция роста нервно-психических отклонений, ухудшение состояния здоровья и девиаций поведения, в том числе синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Литература

1. Куинджи Н.Н. Гигиенические проблемы современного дошкольного воспитания / Н.Н.Куинджи, М.И.Степанова, З.И.Сазанюк // Вест. Рос. АМН. – 2003. - № 8. – С. 27-30.
2. Кучма В.Р. Влияние современных форм физического воспитания на состояние здоровья детей дошкольного возраста / В.Р.Кучма, Т.Ю.Вишневецкая, А.Ю.Макарова // Гигиена и санитария. – 2006. -№ 3. – С. 50-53.
3. Состояние здоровья детей и разработка оздоровительных мероприятий в дошкольных образовательных учреждениях. / Г.П.Юрко, И.П.Лашнева, Н.О.Березина, О.Г.Иванова // Гигиена и санитария.- 2000.- № 4.-С. 39-42.

Т.И.Макарова**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,

организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО

Рост и развитие детей, состояние их физического и нервно-психического здоровья имеют огромное социальное и медицинское значение. На темпы роста и развития ребенка оказывает влияние комплекс многих факторов – генетических, биологических, бытовых, алиментарных и социально-экономических.

Период от рождения до поступления в школу является этапом наиболее стремительного физического и психического развития ребенка, первоначального формирования качеств, необходимых человеку в течение всей последующей жизни. В настоящее время значительно возрастает роль семьи и дошкольного образовательного учреждения в процессе всестороннего развития личности и формирования здоровья ребенка.

Одним из важнейших факторов, влияющим на здоровье детей, является организация образовательного процесса, содержание обучения. Однако требования санитарно-эпидемиологической безопасности по организации обучения и воспитания детей в образовательных учреждениях разных видов и типов, предельно

допустимой образовательной нагрузке для детей дошкольного и школьного возраста зачастую не выполняются.

В современных условиях система образования характеризуется значительной вариативностью программ обучения. При этом только одна программа и одна образовательная технология имеют санитарно-эпидемиологическое заключение о безвредности для здоровья. Как показатели гигиенические исследования, реализация большинства программ сопровождается интенсификацией учебного процесса, увеличением суммарной учебной нагрузки, снижением физической активности, формированием устойчивых нарушений дня. Возросшие учебные нагрузки на дошкольников нередко в несколько раз превышают их возможности. Низкая физическая активность может привести к формированию патологии сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, расстройства вегетативной регуляции.

Преобразование систем дошкольного образования должно учитывать все возможные риски нарушения физического и психического развития и здоровья детей в процессе обучения и воспитания. Необходима индивидуализация процесса обучения в зависимости от психофизиологических возможностей, состояния здоровья детей, посещающих детское дошкольное учреждение. Построение учебно-воспитательного процесса должно быть направлено на повышение двигательной активности детей.

По данным наших исследований, после выпуска из дошкольного образовательного учреждения только 25,8 % детей поступают в начальную школу здоровыми, остальные 74,2 % имеют различные отклонения в состоянии здоровья или заболевания. В структуре патологической пораженности преобладают болезни органов дыхания – 19,3 %; заболевания сердечно-сосудистой системы 15,5%; нарушения опорно-двигательного аппарата (плоскостопие, уплощенная стопа) – 14,8 %; болезни эндокринной системы – 12,3 %; снижение остроты зрения – 6,4 % и др.

Практика показывает, что образовательный процесс в дошкольном образовательном учреждении зачастую перегружен дополнительными студийными занятиями (рисование, ритмика, компьютерные игры и др.). Между тем для детей дошкольного возраста ведущей должна быть не учебная, а двигательная активность.

По гигиеническим рекомендациям двигательная активность

должна составлять для детей 3-4 лет 5,5-6 часов в сутки, для дошкольников 5-6 лет 5 – 5,5 часа, для детей 7-8 лет 5 - 4,5 часа в сутки (в соответствии с действующим Сан ПиН 2.4.1.1249-03). По фактически существующему режиму дня в дошкольных образовательных учреждениях на двигательную активность в подготовительной группе (6-7 лет) приходится 2,5 часа, что почти в 2 раза ниже нормируемого времени двигательной активности для детей данного возраста, в старших группа также отмечается снижение времени на 2 часа от нормы. Такой недостаток двигательной активности способствует нарушению гармоничного психического и физического развития детей.

При комплексной оценке физического развития установлено, что в 7-ми летнем возрасте только 66,5% детей имеют гармоничное физическое развитие, 16,5 % дефицит и 10,8 % избыток массы тела, 5,9% ожирение, 0,3 % отстают в физическом развитии.

Сохранение и улучшение здоровья детей являются важнейшей государственной задачей. При этом обеспечение их санитарно-эпидемиологического благополучия, которое напрямую связано с условиями проживания, режимом и современными технологиями воспитания, представляет одну из основных составляющих в решении этой проблемы.

Г.И. Стунеева

**АНАЛИЗ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ ШКОЛЬНИКОВ ПРИ РАЗНЫХ
ФОРМАХ ОБУЧЕНИЯ**

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что учебная деятельность не адаптирована к особенностям развития и состоянию здоровья современных школьников, а инновационные педагогические технологии, обеспечивая высокую мотивацию учащихся к обучению, ухудшают здоровье детей.

Наибольшее распространение имеют новации, связанные с переходом на пятидневную учебную неделю, с созданием отдельных классов различного профиля или выбором общего уклона всей школы с отбором учащихся для поддержания элитарного статуса школы, а также с созданием новых типов образовательных учреждений (частные школы, лицеи, гимназии). Однако, по-

давяющее большинство нововведений не обеспечены в медико-педагогическом плане, определяющем содержание, объем и методы преподавания нового учебного материала, а сами новации сведены к изменениям организации учебной и образовательной деятельности с сохранением содержания и технологии обучения.

Нами предложен новый метод оценки учебной нагрузки при различных формах обучения. Сущность его заключается в том, что оценивается степень трудности предмета по известной шкале. Определив суммарную нагрузку за каждый день и умножив ее на количество учебных дней (5 или 6), можно рассчитать недельную нагрузку. Проведенные расчеты дают возможность определить колебания ежедневной учебной нагрузки в школах с различной степенью достоверности. Как видно из таблицы 1, учебная нагрузка учащихся в течение недели в первых и вторых классах была почти одинаковой при различных формах обучения, но, начиная с третьего класса становилась выше в гимназических классах, а с четвертого резко возрастала с $37,2 \pm 1,1$ до $50,8 \pm 1,4$. В последующем недельная учебная нагрузка в учебных заведениях этого типа нарастала постепенно от класса к классу с максимальной в одиннадцатом классе. В общеобразовательных школах также учебная нагрузка увеличивалась постепенно, за исключением пятых классов, где нагрузка по сравнению с четвертыми классами возросла на 17 баллов.

Таблица 1

Ежедневная учебная нагрузка в общеобразовательных и гимназических классах (в баллах)

| Классы | Общеобразовательные | Гимназические |
|-----------|---------------------|----------------|
| Первые | $34,2 \pm 0,6$ | $37,2 \pm 0,4$ |
| Вторые | $36,0 \pm 3,1$ | $37,2 \pm 1,1$ |
| Третьи | $33,2 \pm 0,7$ | $40,2 \pm 0,8$ |
| Четвертые | $33,8 \pm 1,2$ | $50,8 \pm 1,4$ |
| Пятые | $35,0 \pm 1,1$ | $50,8 \pm 0,3$ |
| Шестые | $37,3 \pm 0,9$ | $51,0 \pm 1,3$ |
| Седьмые | $40,8 \pm 1,0$ | $54,6 \pm 0,9$ |
| Восьмые | $44,2 \pm 0,7$ | $53,0 \pm 1,7$ |
| Девятые | $46,0 \pm 1,3$ | $58,6 \pm 1,1$ |
| Десятые | $46,7 \pm 1,2$ | $58,4 \pm 0,9$ |

| | | |
|--------------|----------------|----------------|
| Одиннадцатые | $48,5 \pm 0,4$ | $64,0 \pm 1,6$ |
|--------------|----------------|----------------|

Динамика учебной нагрузки оценивалась по распределению изучаемых предметов по трудности в течение недели.

У первоклассников, занимавшихся по общеобразовательным программам, в течение всей пятидневной недели учебная нагрузка была ниже, чем в «гимназических» классах, с максимальной нагрузкой во вторник. Ежедневно в течение недели в «гимназических» классах учебная нагрузка была выше, чем в обычных, особенно в понедельник, четверг и пятницу. Во вторых классах при почти равной еженедельной нагрузке большая напряженность учебного процесса отмечалась в общеобразовательных школах во вторник и среду, а в гимназиях повышалась в четверг и пятницу, что свидетельствует о нерациональности составления расписаний во вторых «гимназических» классах.

В третьих общеобразовательных классах учебная нагрузка повышалась постепенно, достигая максимальной в среду, четверг и пятницу, что не учитывало динамику работоспособности. Количество и сложность «гимназических» уроков превышали общеобразовательные. В четвертых «гимназических» классах нагрузка в баллах оставалась в течение недели превышающей нагрузку в общеобразовательных школах.

В пятых классах общеобразовательных школ максимальная учебная нагрузка приходилась на вторник и четверг, что является рациональным. В «гимназических» классах повышенная нагрузка была в понедельник и пятницу, при постоянном, в течение всей недели, превышении по сравнению с общеобразовательными.

В начале учебной недели учебная нагрузка у шестиклассников в гимназиях превышала нагрузку их сверстников в общеобразовательных школах, что нерационально в период вработываемости. Во вторник, среду и четверг интенсивность учебного процесса в «гимназических» классах снижалась и резко возрастала в пятницу. В общеобразовательных шестых классах учебная нагрузка менялась в соответствии с изменениями работоспособности школьников.

На протяжении недели количество и степень трудности уроков в седьмых, восьмых и девярых «гимназических» классах была повышена по сравнению с общеобразовательными. При анализе недельных расписаний учащихся десятых и одиннадцатых клас-

сов в течение трех первых учебных дней нагрузка была почти одинаковой независимо от формы обучения, но в четверг в «гимназических» классах превышала на 12 баллов, что указывало на неправильно составленное расписание в выпускных классах.

Следовательно, ежедневная нагрузка во всех типах учебных заведений возрастала с увеличением возраста школьников, но только в общеобразовательных классах этот рост был постепенным. При составлении расписаний на день, неделю и полугодие независимо от формы обучения не учитывалась динамика работоспособности школьников.

Казаева О.В.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ
ПОДРОСТКОВ**

Кафедра профильных гигиенических дисциплин
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и
организации здравоохранения ФПДО

В условиях кризисного развития современного общества подростки и молодежь становятся одной из наиболее социально уязвимых групп населения как в процессе получения общего и профессионального образования, так и на этапе начала трудовой деятельности.

Формирование профессиональной направленности человека впервые происходит в школьные юношеские годы. В подростковом возрасте расширяется круг интересов и склонностей, появляется стремление к участию в общественно полезном труде наравне со взрослыми. При этом у некоторых подростков уже формируются четкие, хотя и не вполне устоявшиеся стремления к определенному виду трудовой деятельности, основанные на более и менее длительном опыте занятий в кружках, знакомстве с профессией из других источников (посещение предприятий, художественная литература, наблюдение за профессиональной деятельностью родителей), на осознании своих способностей, склонностей и упорном стремлении их реализовать. Однако у многих подростков к концу школьных лет не вырабатываются устойчивые интересы к какой-либо области знаний и роду деятельности, не определяются стремления, в силу чего они не могут

самостоятельно выбрать направление профессиональной деятельности.

Только 36% 9-классников и 46% 11-классников имеют устойчивые интересы и склонности к какому-либо роду деятельности. У остальных обследованных интересы либо не четко определились, либо вовсе отсутствуют. Именно поэтому важное значение имеет своевременное и квалифицированное проведение профориентационной работы среди подростков. Профориентацию следует понимать как « комплекс социально-экономических, психолого-педагогических и медико-физиологических задач, цель которых – формирование у школьников профессионального самоопределения, соответствующего индивидуальным особенностям каждой личности и запросам общества в кадрах». По своему содержанию она психолого-педагогическая, по сфере действия – социальная, а результаты ее сказываются в экономической жизни общества.

Недооценка медицинского аспекта в системе профориентационной работы с учащимися может вызвать затруднения при выборе профессии и в дальнейшем отразиться на общем психическом развитии личности. Проведение предварительной профдиагностики является одним из важнейших составных компонентов профориентации школьников. На этом этапе следует изучить характерные особенности личности: ценностные ориентации, интересы, потребности, склонности, способности, профессиональные намерения, мотивы выбора профессии, черты характера, темперамент.

Совершенно не учитывают подростки при выборе профессии состояние своего здоровья. Это связано, во-первых, со свойственной им переоценкой своих сил и возможностей, часто незнанием об отклонениях в состоянии здоровья либо нежеланием считаться не только с нерезко выраженными отклонениями, но и серьезными заболеваниями; во-вторых, с полной неосведомленностью о гигиенической стороне трудовой деятельности, об условиях и характере труда. Известно, что большинство подростков, даже при наличии у них хронических заболеваний, склонны считать себя полноценными и работоспособными в любой отрасли деятельности, и, к сожалению, это мнение нередко поддерживается родителями. Проблема профессиональной ориентации охватывает много различных аспектов. Она предусматривает:

- изучение потребностей общества в специалистах различного

профиля и квалификации;

- изучение особенностей профессии с точки зрения требований, предъявляемых ею к определенным качествам человека, которые обеспечивают успех в освоении профессии;

- изучение физиологических, психологических и других качеств личности;

- изучение состояния здоровья молодежи для обеспечения соответствия его рекомендуемой профессии и гарантий безопасности труда.

В связи с необходимостью решать столь многосторонние задачи в осуществлении профориентации и разработке основных ее направлений должны принимать участие специалисты разного профиля: экономисты, педагоги, психологи, физиологи, врачи. Психологический и педагогический аспекты работы предусматривают изучение личности учащегося, формирование профессиональной направленности в зависимости от личностных особенностей и способностей. Экономический аспект обеспечивает изучение потребности народного хозяйства в специалистах различного профиля и квалификации. Медико-биологическое или физиологическое направление призвано разрабатывать критерии профессионального отбора, а медицинское – изучение состояния здоровья подростков, разработку критериев рационального трудоустройства (выбора профессии) подростков с отклонениями в состоянии здоровья.

Профессиональная ориентация в общеобразовательных школах рассматривается в настоящее время как составная часть учебно-воспитательной работы, однако ее задачи, как было видно из вышесказанного, выходят за рамки только подготовки учащегося к выбору профессии. Профориентация имеет и ряд других общегосударственных задач, поэтому в ее проведении должны принимать участие, кроме указанных специалистов, работники общественных организаций, производств, учебных заведений системы профессионального образования.

Т.В. Моталова

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ
РЯЗАНСКОГО ХЛЕБОЗАВОДА № 1

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

С целью разработки мероприятий по оздоровлению условий труда, была дана оценка факторов производственной среды и трудового процесса по показателям вредности и опасности, тяжести и напряженности на МП «Хлебозавод №1» г. Рязани.

Процесс производства хлеба складывается из следующих этапов: прием и хранение сырья, подготовка сырья к пуску в производство, приготовление теста, разделка теста, выпечка, хранение выпеченных изделий и отправка их в торговую сеть. Каждый из этих этапов в свою очередь складывается из отдельных, последовательно выполняемых производственных операций и процессов.

В состав основного производства входят: кондитерское отделение, линия по выпуску черного хлеба (ХПА-40), линия по выпуску белого хлеба (линия №4), экспериментальная линия (линия ФТЛ) и мини-пекарня. Основными профессиональными группами являются: тестовод, формовщик теста, пекарь, укладчик хлеба, машинист тесторазделочных машин, дозировщик-машинист.

Анализ результатов лабораторных исследований условий труда основных профессиональных групп показал, что сотрудники хлебозавода подвергаются воздействию комплекса факторов производственной среды, наиболее неблагоприятным из которых являются шум и неблагоприятная световая среда.

Так, уровни шума не соответствуют гигиеническим нормативам на 28 % рабочих мест. Общий уровень звука при этом превышает ПДУ от 5 до 12 дБА, максимум звуковой энергии приходится на частоты 250-1000 Гц. Наибольшие превышения уровня звука наблюдаются на рабочих местах тестовода, пекаря-смазчика и пекаря на выбивке экспериментального участка (класс условий труда 3.2 – вредный 2 степени), и на рабочих местах пекаря мини-пекарни и линии по выпуску белого хлеба (класс условий труда 3.1 – вредный 1 степени). Превышения уровня шума, очевидно связано с высоким процентом изношенности технологического оборудования и несвоевременным обслуживанием.

На формирование условий труда также оказывают влияние неблагоприятные параметры световой среды рабочих помещений – так, на 90,5 % рабочих мест уровень освещенности не соответствует допустимым величинам и занижен на 40-100 лк. Класс условий труда по параметрам световой среды – 3.1 (вредный 1 степени).

Параметры микроклимата на рабочих местах сотрудников хле-

бозавода, в теплый период года соответствуют допустимым величинам. Класс условий труда 2 – допустимый.

По показателям тяжести и напряженности трудового процесса условия труда соответствуют 2 классу (допустимому).

Таким образом, согласно результатам проведенного исследования, условия труда на хлебозаводе № 1 соответствуют вредным 1 степени – на 76 % рабочих мест, вредным 2 степени -14 %, и допустимым – 10% рабочих мест. Полученные результаты были использованы для обоснования плана санитарно-гигиенических мероприятий по оздоровлению производственной среды.

А.С. Никитин, В.А. Кирюшин

**СРЕДНЕВЗВЕШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА КОЖИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ
ВЛИЯНИЯ НАГРЕВАЮЩЕГО МИКРОКЛИМАТА НА ОРГАНИЗМ**

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Работающие в литейном и кузнечно-прессовом производстве подвергаются воздействию комплекса вредных факторов – нагревающего микроклимата из-за наличия инфракрасного излучения на «горячих» участках, перепадов температур, сквозняков, интенсивного шума, общей и локальной вибрации, больших физических нагрузок и интенсивности труда. Эти факторы в сочетании с интермиттирующими концентрациями пыли и загазованностью, а также с недостаточной освещенностью рабочих мест обуславливают высокие показатели как общей, так и профессиональной заболеваемости и могут служить причиной производственного травматизма.

Обследованию подверглись заливщики, плавильщики, подручные сталевара, машинисты манипуляторов, машинисты прессов, кузнецы – штамповщики из 4 цехов ОАО «ТЯЖПРЕССМАШ»: чугунолитейного (цех №1), сталелитейного (цех №2), кузнечно - прессового (цех №6), горячей штамповки (цех №33) общей численностью 121 человек. В контрольную группу вошли работники административного аппарата.

Нами была проведена оценка изучаемых профессий по тяжести и напряженности трудового процесса. Оценке тяжелой первой степени (3.1) соответствуют профессии – подручные сталевара (цех №2), машинисты манипуляторов, машинисты прессов (цех

№6), тяжелый 2 степени (3.2) – плавильщики и заливщики металла (цех №1) и кузнецы – штамповщики (цех №6 и цех №33). Это обусловлено недостаточностью механизации и автоматизации технологического процесса в цехах и наличием ручных операций, занимающих до 30% времени смены. Рабочие за смену переносят заготовки, общим весом до 6400 кг и делают более 300 глубоких наклонов (более 30°).

По показателям напряженности все изучаемые профессии были отнесены ко 2 классу условий труда (допустимый).

При анализе параметров микроклимата (температура, влажность, подвижность воздуха, индекс тепловой нагрузки среды, тепловое облучение) выявлено, что в 76% замеров они не соответствовали допустимым, а условия труда на данных рабочих местах были охарактеризованы как «вредные». Интенсивность теплового облучения на рабочих местах лиц изучаемых профессий в цехах №1, №2, №6 при выполнении различных производственных операций находилась в пределах от 1047 до 2443 Вт/м² (при норме до 140 Вт/м²) – класс условий труда - 3.1 - 3.3)). Особого внимания заслуживает цех №6, где отмечена наибольшая доля нестандартных замеров (89,1%). Это обусловлено технологическими процессами: нагретые до температуры 1200-1300°C заготовки подвергаются механическому воздействию с непосредственным участием кузнецов и машинистов - манипуляторов.

В 33-м цехе выявлены относительно благоприятные микроклиматические показатели – лишь в 18% замеров температура воздуха и ТНС-индекс выходили за рамки допустимых значений.

Для изучения влияния нагревающего микроклимата на организм рабочих мы проводили измерения температуры кожи в пяти точках (лоб, грудь, кисти рук, бедро, голень). На основании полученных данных, была рассчитана средневзвешенная температура кожи. Полученные результаты представлены в виде среднего значения ± среднее квадратическое (стандартное) отклонение ($M \pm s$) в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что средневзвешенная температура кожи у рабочих цеха №1 в динамике рабочей недели изменяется в большей степени (5,1 %). По-видимому, это связано с тем, что рабочим приходится в связи с низкой автоматизацией технологического процесса вручную разливать расплавленный металл в ко-

кили. Это способствует увеличению продолжительности воздействия нагревающего микроклимата на организм.

Таблица 1

Средневзвешенная температура кожи у рабочих изучаемых цехов

| Цех | Средневзвешенная температура кожи, °С, М ± s | | | | Изменение понедель- ник- пятница |
|-------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------|----------------------------|---|
| | Понедельник до работы | Понедельник после работы | Пятница до работы | Пятница после работы | |
| 1 цех (чугунолитейный) | 33,2±0,8 | 34,3±0,8 | 33,8± 0,8 | 34,9± 0,5 | 5,1 % |
| 2 цех (сталелитейный) | 33,9±0,7 | 34,2± 0,6* | 33,9± 0,5 | 34,6± 0,5* | 2,1 % |
| 6 цех (кузнечно-прессовый) | 33,7±0,7 | 34,4±0,4 | 33,9± 0,5 | 34,4± 0,5* | 2,1 % |
| 33 цех (горячей штамповки) | 33,5±0,7 | 34,3±0,3 | 33,8± 0,5 | 34,5± 0,6* | 3 % |
| Контрольная группа | 33,7±0,2 | 33,7±0,2 | 33,8± 0,2 | 33,9± 0,2 | 0,6 % |

* - достоверные изменения, (P<0,05).

Таким образом, изменения показателей средневзвешенной температуры кожи в динамике рабочих смен и недель свидетельствуют о неблагоприятном влиянии нагревающего микроклимата в сочетании с тяжестью и напряженностью трудового процесса на организм работающих.

Н.В. Чудинин, В.А. Кирюшин

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ТРУДА ЛИТЕЙЩИКОВ
НА МАШИНАХ ЛИТЬЯ ПОД ДАВЛЕНИЕМ

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Производство и обработка сплавов цветных металлов является одной из наиболее интенсивно развивающихся отраслей цветной металлургии, так как чистые металлы находят ограниченное применение в промышленности. Сплавы получают либо из первичных (чистых) металлов, сплавляя или спекая их при высоких температурах, либо из вторичного сырья, перерабатывая лом и промышленные отходы (Рослый О.Ф. [и др.], 2004).

Переработка свинецсодержащих отходов с получением вторичного свинца целесообразно не только с экологической точки зрения, но и экономической эффективностью использования этого сырья. По данным специалистов ЗАО КПВР «Сплав» (г.Рязань), энергозатраты при переработке аккумуляторных батарей с извлечением свинца в 3,5-4 раза меньше, чем при металлургическом переделе концентратов, полученных из природных свинцовых руд.

Нами были изучены условия труда литейщиков на машинах литья под давлением предприятия по переработке свинецсодержащего сырья и производству сплавов на его основе.

В ходе исследований было выявлено, что существенно опасным фактором при гигиенической оценке данной профессии имеет образование и выделение в воздух рабочей зоны пыли, компоненты которой могут обладать раздражающим действием; гигиеническое значение также имеют неблагоприятные микроклиматические условия и высокий уровень шума на рабочем месте. Труд литейщика характеризуется высокой степенью напряженности трудового процесса.

Значительное пылевыделение происходит при выполнении основных технологических операций (загрузка сырья в плавильную печь, съем шлака с поверхности расплавленного металла, розлив расплава, очистка печи). Концентрации аэрозолей металлов при этом превышают ПДК в 1,15-1,32 раза.

Труд литейщика на машинах литья под давлением организован в 3 смены по 8 часов. Производственная активность составила 64,3-69,8% от общей продолжительности смены. Данными хронометражных исследований установлено, что основную долю рабочего времени (50,4-54,2%) занимает наблюдение за ходом технологического процесса, определение качества готовой продукции, смазка и чистка рабочих деталей литейной машины, розлив металла, загрузка плавильной печи. Согласно Р 2.2.2006-05 «Ру-

ководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» общий класс условий труда по показателям напряженности трудового процесса составил: «вредный» первой степени (класс 3.1)

Показатели тяжести трудового процесса позволили установить допустимый класс условий труда.

Шум на рабочем месте характеризуется как постоянный от работающих станков, так и непостоянный (импульсный), образующийся в процессе штамповки изделий. Эквивалентные уровни звукового давления превышают допустимые на 2-4дБА, что позволяет данную профессию отнести к «вредному», первой степени (класс 3.1). Параметры общей и локальной вибрации соответствуют предельно допустимым уровням.

Производственный микроклимат литейного участка формируется под воздействием ряда факторов – источников лучистого и конвективного тепла (розлив металла, плавильные печи). В холодный период года микроклимат характеризуется как интермиттирующий. Установлено, что профессия литейщика на машинах литья под давлением относится к разрядам зрительных работ - Vб. При оценке параметров световой среды определено превышение коэффициента пульсации на 17-19%. (СНиП 2305-95, СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03), класс условий труда по показателям освещения рабочей зоны можно отнести к «вредному» первой степени (3.1).

Таким образом, на основании выше перечисленного, общая оценка труда по степени вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности относится к «вредному» второй степени (3.2).

Г.П.Пешкова, Я.В.Толь, М.Н.Пешкова, М.В.Маслова
ПИТАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЗОНЫ НЕЧЕРНОЗЕМЬЯ
РОССИИ

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Знание и соблюдение правил рационального питания оказывает значительное влияние на состояние здоровья населения, уровень работоспособности, качество жизни и её продолжительность. Проблемы неполноценного, недостаточного и несбалансированного питания и связанные с этим негативные тенденции в струк-

туре заболеваемости населения характерны как в целом для России, так и для Псковской области.

Целью исследования было изучение состояния питания населения Псковской области (за 2008 год) и сравнение полученных данных с нормами физиологической потребности в пищевых веществах и энергии. Был проанализирован химический состав рационов питания работников сферы обслуживания в возрасте 18 – 45 лет (воспитатели детского дома, административные работники, работники пенитенциарных учреждений), с использованием таблиц химического состава пищевых продуктов.

Анализ пищевой ценности рационов жителей центральной зоны Нечерноземья показал несбалансированность питания по основным пищевым веществам. Содержание белка в суточном рационе (с учётом групп интенсивности труда), соответствовало рекомендуемым величинам. Отмечалось правильное соотношение белков животного и растительного происхождения. Так, в группе мужчин, на долю животных белков приходится 58%, в группе женщин – 52%. Содержание жиров в суточном рационе женщин превышало рекомендуемые величины на 22%, в рационе мужчин – на 24%. Превышение данных показателей в обеих группах обусловлено избыточным поступлением животных жиров, при одновременной недостаточности жиров растительного происхождения.

Полученные данные показывают, что с пищей представители обоего пола получают недостаточное количество углеводов. Дефицит среди женщин составляет 11%, среди мужчин 20%. Важным является также соотношение в суточном рационе питания белков, жиров и углеводов. Полученные данные свидетельствуют о несбалансированности этого соотношения, что способствует нарушению усвоения этих веществ в организме. Энергетическая ценность суточного рациона мужчин колебалась в пределах 2550 – 3100 ккал, женщин – 1800 – 2800 ккал.

Существенное влияние на интенсивность использования пищевых веществ оказывает характер распределения суточного рациона в течение дня. Полученные данные свидетельствуют о неправильном распределении калорийности рациона обследованных лиц в течение дня. На утренние часы приходится 20-24% суточной калорийности, на обеденные – 24-28%. Максимальная кало-

рийность рациона приходится на вечерние часы (до 48% - 56%), что создаёт особую нагрузку, прежде всего, на деятельность желудочно-кишечного тракта.

В суточном рационе жителей также отмечается недостаточное содержание минеральных веществ: кальция, фосфора, магния, йода. Не было достигнуто рекомендуемого соотношения между кальцием, фосфором и магнием, обеспечивающего наилучшее усвоение данных макроэлементов. Также неблагоприятным является недостаток железа в рационе женщин в возрасте 30–45 лет, который составил в среднем 18%, что увеличивает риск развития анемии. Кроме того, в рационах представителей обоего пола отмечено недостаточное содержание витаминов: А, РР, В₂, С.

Проведённый анализ показывает, что питание обследованного контингента лиц подчиняется общей тенденции состояния питания населения в целом, которое характеризуется как дефицитное в отношении минеральных веществ и витаминов.

Важным моментом рационального питания является кратность приёма пищи, а также возможность приёма завтрака и горячей пищи в обед. Обследованный контингент лиц в подавляющем большинстве случаев имеет 3-х разовое питание (67% женщин и 70% мужчин). 19% представителей обоего пола принимают пищу 2 раза в день. На долю 4-х кратного питания приходится 15% случаев среди женщин и 10% случаев среди мужчин.

Представители сильного пола завтракают в 45% случаев. Данная тенденция отмечается на протяжении всего исследуемого возрастного периода (от 18 до 45 лет). На долю женщин, регулярно принимающих завтрак, приходится 56%, с преобладанием их количества в возрастной группе старше 40 лет. Возможность принимать горячую пищу в обеденный перерыв имеют 80% мужчин и только 67% женщин. При анализе материалов также установлено, что в группе мужчин и женщин любимыми блюдами являются: мясные (более чем в 50% наблюдений); овощные (41%) и молочные (33%), а к фактически чаще употребляемым продуктам относятся: мясные (35% среди мужчин и 56% среди женщин) и макаронные (30% и 33% соответственно).

Питание населения центральной зоны Нечерноземья является не рациональным, так как не соблюдаются качественные и количественные принципы рационального питания, что является од-

ной из причин снижения общей и профессиональной работоспособности и возникновения заболеваний алиментарного характера.

А.Н.Моталов, О.В.Дмитриева

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА
ВЕТЕРИНАРНЫХ РАБОТНИКОВ**

**Кафедра гигиены, эпидемиологии и организации
санэпидслужбы ФПДО**

Высокие уровни заболеваемости и смертности трудоспособного населения являются одной из наиболее острых проблем здравоохранения Российской Федерации на современном этапе. От 20 до 40 % трудопотерь обусловлено заболеваниями, прямо или косвенно связанными с неудовлетворительными условиями труда. Поэтому сохранение трудового потенциала, улучшение условий труда и профилактика профессиональных заболеваний рассматривается как приоритет государственной социальной политики.

В своей повседневной работе ветврач пользуется различными средствами и материалами (ультразвук, рентген, эндоскопы, лабораторное оборудование, химические реактивы, лекарственные препараты и т.д.). В связи с этим условия и характер труда ветеринарных врачей сопровождаются воздействием ряда вредных факторов производственной среды физической, химической и биологической природы.

Нами произведена оценка условий труда работников Рязанской областной ветеринарной станции. В состав ветстанции входят следующие отделы: противоэпизоотический, лечебно-профилактический, отдел гинекологии, отдел опасных болезней общих для животных и человека, отдел инфекционных и инвазионных болезней сельскохозяйственных животных.

По результатам лабораторных исследований воздуха рабочей зоны содержание вредных веществ (аммиак, дезоксон 3, тетрахлорметан и др.) не превышает ПДК, класс условий труда 2 – допустимый. Параметры микроклимата на рабочих местах ветврачей соответствуют допустимым величинам. Уровень шума от диагностического, хирургического и вспомогательного оборудования не превышает ПДУ. Класс условий труда 2 – допустимый.

Интенсивность электромагнитного излучения на 68 % рабочих мест ветеринарной станции не соответствует ПДУ, в основном за

счет электрической составляющей. Класс условий труда при действии неионизирующего излучения на этих рабочих местах – 3.1 (вредный 1 степени). Основным источником электромагнитных излучений, не соответствующих ПДУ, на рабочих местах ветеринарных работников является компьютерная техника. В ходе проведенных исследований выявлено, что более 80 % ПЭВМ не имеют заземления.

На формирование условий труда также оказывают влияние неблагоприятные параметры световой среды рабочих помещений – в основном за счет превышения коэффициента пульсации освещенности, что характерно для 21% рабочих мест. При этом уровень искусственной освещенности соответствует допустимым величинам. Класс условий труда по параметрам световой среды – 3.1 (вредный 1 степени);

Из психофизиологических факторов имеют место – ответственность за жизнь и здоровье животных, нервно-эмоциональное напряжение (особенно при усыплении животных), перенапряжение анализаторных систем. Класс условий труда по показателям тяжести и напряженности трудового процесса – 2 (допустимый).

Согласно результатам проведенного исследования, условия труда работников Рязанской областной ветеринарной станции соответствуют вредным 1 степени на 68,4 % рабочих мест, а в 31,6% - допустимым. Полученные результаты использованы для обоснования плана санитарно-гигиенических мероприятий по оздоровлению рабочей среды.

О.В.Дмитриева, С.В.Головин

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА АТМОСФЕРНОГО
ВОЗДУХА НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ

Кафедра гигиены, эпидемиологии и организации
госсанэпидслужбы ФПДО

В связи с многообразием факторов, способных оказать воздействие на здоровье населения актуальной является проблема выделения приоритетных объектов среды обитания для проведения мониторинговых наблюдений. В качестве критерия приоритетности чаще всего выступают: количественная характеристика уров-

ней поллютантов в изучаемых объектах среды, низкий уровень состояния здоровья населения, а также теснота причинно-следственных связей неблагоприятных изменений качества среды обитания и ответа популяции в виде донозологических реакций, заболеваемости и смертности. Большое количество исследований посвящено именно анализу причинно-следственных связей, зависимости показателей состояния здоровья от показателей загрязнения отдельных объектов среды обитания. В отечественной литературе одним из наиболее изученных объектов мониторинга является воздушная среда. В целом ряде работ описываются факты нарушений функционального состояния органов и систем организма под воздействием аэрогенной химической нагрузки, вызывающих изменение показателей физического развития, биохимических показателей крови. В литературных источниках указываются на многочисленные факты изменений состояния здоровья населения, проживающего в районах загрязненного атмосферного воздуха, что выражается, прежде всего, в повышенной частоте заболеваемости преимущественно детского населения.

В настоящее время на фоне стагнации промышленности, а также реорганизации лабораторного звена госсанэпидслужбы, и, как следствие, уменьшения количества исследуемых проб атмосферного воздуха, укорочения списка определяемых в нем поллютантов, у некоторой части населения, прежде всего должностных лиц, складывается неоправданное мнение о снижении значимости проблемы для здоровья населения.

Нами проанализированы состояние здоровья детского населения и уровня загрязнения атмосферного воздуха поллютантами на муниципальном уровне. В воздухе стационарных точек среди определяемых преобладали вещества в основном второго класса опасности. Вещества 4 класса опасности (аммиак, оксид углерода) находились на уровне максимально разовых предельно допустимых концентрации (ПДК). В то же время в отдельных случаях регистрировались случаи увеличения максимально разовой концентрации свинца в атмосферном воздухе (в 10 раз), хрома. Учитывая тот факт, что свинец и хром относятся к веществам 1 класса опасности, что свинец особенно опасен для детей младшей возрастной группы (снижение интеллекта, риск возникновения онкологических заболеваний и т.п.), следует сделать вывод о соци-

альной значимости этой проблемы.

Здоровье детей – наиболее чувствительный индикатор социально-гигиенического благополучия популяции. Анализ состояния здоровья детского населения региона за период с 2000 по 2007 года свидетельствует о следующем: показатели младенческой смертности снизились с 148,5 ‰ до 109,8 ‰ и имеют умеренную тенденцию к снижению (-1,8). Причинами младенческой смертности чаще всего являются состояния, возникающие в перинатальном периоде (1 ранговое место), врожденные аномалии (2 ранговое место), болезни органов дыхания (3 ранговое место). Однако анализ результатов углубленных осмотров детей свидетельствует о необходимости более детального и глубокого изучения вопроса. В целом по региону в 2008 году только 18 % детей имели первую группу здоровья, доля детей с функциональными отклонениями и часто болеющих (вторая группа) составила 60,7 %, третью группу - дети с хроническими заболеваниями в стадии полной компенсации - 19,4 %, четвертую - дети с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации - 1,9 %. Ведущее место в структуре заболеваемости детского населения занимали болезни органов дыхания (59,5 %). Заболеваемость детского и подросткового населения региона в 2008 году возросла по всем основным классам болезней. Наиболее высокие темпы среднегодового прироста заболеваемости наблюдались по группе болезней нервной системы (19,2 %), системы кровообращения (14,5 %). Для всех выше перечисленных нозологических форм факторами риска могут быть, в том числе, и загрязняющие атмосферный воздух поллютанты.

Приведенные данные свидетельствует о том, что оценка риска здоровью детского населения требует дальнейшего изучения характера причинно-следственных связей в системе «атмосферный воздух - здоровье населения». В настоящее время он носит несколько неточный характер в связи с недостаточностью гигиенической диагностики основных факторов окружающей среды и малой информативностью изучаемых показателей здоровья.

Мониторинг атмосферного воздуха требует принятия управленческих решений по совершенствованию его ведения в следующих направлениях: обоснование увеличения перечня и кратности определяемых поллютантов в воздухе, увеличение стационарных постов. Целесообразно проводить определение ряда ве-

ществ (прежде всего тяжелых металлов) параллельно в почве, снеге и биосубстратах детей (волосы, слюна). Изучение показателей здоровья детей целесообразно дополнить оценкой их интеллектуального и физического развития.

С.В.Головин

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Кафедра гигиены, эпидемиологии и организации
госсанэпидслужбы ФПДО**

Состояние воздушного бассейна – один из основных факторов, определяющих экологическую ситуацию в городе. Нами проанализированы результаты мониторинга атмосферы муниципального образования г. Рязани. Качество атмосферного воздуха влияет на состояние здоровья населения и является ведущим фактором развития заболеваний, в первую очередь детей, людей пожилого возраста, а также лиц, страдающих хроническими заболеваниями. Соматическая заболеваемость населения г. Рязани за последние десять лет не имеет тенденции к снижению. Это касается, в частности, патологии верхних дыхательных путей. Считается, что в результате загрязнения атмосферного воздуха возникают и развиваются различные формы заболеваний, вызывая 40-60% всех экологически обусловленных случаев.

На состояние атмосферного воздуха в городе Рязани оказывают влияние следующие негативные факторы: размещение промышленных узлов в жилой застройке; расположение крупных промышленных районов близко друг к другу; высокая техногенная нагрузка (в городе расположены предприятия нефтехимии, цветной металлургии, строительного комплекса, энергетики и др.); равенство площадей промышленных зон и селитебной территории; рост численности автотранспорта (ежегодно на 10-12 тыс. единиц) при отставании развития дорожной сети.

По данным главной геофизической обсерватории им. Воейкова город Рязань входит в число 30 самых загрязненных городов России. В последние годы наблюдается тенденция роста средних значений индекса загрязнения атмосферы: 2005 г. – 11,7; в 2006 г – 16,9. На территории города действует только 4 стационарных поста наблюдения, что недостаточно для города с населением более 500 тыс. человек и занимающего площадь 224 кв. км.

Часть жилой территории Рязани подвержена влиянию выбросов, поступающих из Южного промышленного комплекса, объем которых достигает 85% от общего валового выброса. В состав указанного комплекса входят Рязанский нефтеперерабатывающий завод, завод «Центролит», картонно-рубероидный завод, завод железобетонных изделий, Новорязанская ТЭЦ и другие предприятия, выбрасывающие в воздушный бассейн оксид углерода, диоксид серы, оксиды азота и такие специфические загрязнители, как углеводороды, аммиак, сероводород, сероуглерод, фенол, пары серной кислоты, тяжелые металлы и т.д. В атмосферном воздухе жилых массивов, находящихся в зоне влияния выбросов предприятий Южного промышленного комплекса, регистрируются повышенные концентрации сероуглерода, сероводорода, фенола, аммиака, диоксида азота и взвешенных веществ. Установлено, что в условиях влияния загрязненного атмосферного воздуха у детей, проживающих в этой части города, снижен иммунитет, что проявляется в увеличении числа колоний потенциально-патогенной микрофлоры – золотистого стафилококка и гемолитического стрептококка – на слизистой оболочке носа и зева.

Высокий уровень загрязнения окружающей среды свинцом, углеводородами, аммиаком, сероводородом, сероуглеродами, фенолами, бенз(а)пиреном, диоксинами и другими веществами, в совокупности с особенностью многих небольших городов использовать местные продукты питания, производимые на загрязненных территориях, позволяет говорить не только о необходимости усиления мониторинга за состоянием окружающей среды, но и о введении в мониторинг биоиндикаторов (определение тяжелых металлов в волосах детей и др.).

А.О.Абрамова

**ПРОБЛЕМА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В СИСТЕМЕ
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА**

**Кафедра гигиены, эпидемиологии и организации
госсанэпидслужбы ФПДО**

В РФ проводится большая работа по анализу и предупреждению вредного влияния факторов окружающей среды на здоровье населения. В соответствии с Федеральным законом от 30.03.99 № 52 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»,

постановлением правительства РФ от 01.06.2000 №426 «Об утверждении положения о социально-гигиеническом мониторинге» в стране развивается единая государственная система социально-гигиенического мониторинга (далее СГМ), являющаяся основой изучения влияния факторов среды обитания на здоровье, совершенствуется деятельность по оценке влияния среды обитания на здоровье населения и обеспечению его санитарно-эпидемиологического благополучия (Онищенко Г.Г., 2004). Приказом Минздрава России от 22.07.02 №234 «О дальнейшем развитии и совершенствовании работы по ведению социально-гигиенического мониторинга» были определены перечень показателей, инструкция по его применению и порядок ведения II этапа СГМ.

Основной задачей современного этапа развития СГМ является унифицированная система сбора, обработки и оценки информации по загрязнению среды обитания человека и показателям здоровья населения. При этом очень важно правильно отобрать для анализа именно приоритетные направления в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в охране здоровья и профилактике заболеваний, в снижении преждевременной смертности, оздоровлении среды обитания и условий жизнедеятельности, чтобы не тратить время и деньги для обработки бесполезной информации. Необходимо, чтобы полученная информация легко поддавалась интерпретации, была представлена в доступном, понятном виде для лиц, ответственных за проведение оздоровительных мероприятий и, главное, пригодна для быстрого принятия управленческих решений.

В решении этих задач важную роль должна играть оценка популяционного здоровья населения и тесно связанная с нею проблема ранжирования территорий по степени эпидемиологического неблагополучия, а также оценка риска отдельных факторов среды обитания для здоровья населения, в том числе и инфекционной заболеваемости, как фактора, характеризующего здоровье населения.

Под оценкой риска понимается процесс анализа гигиенических, токсикологических и эпидемиологических данных для определения количественной вероятности неблагоприятного воздействия на здоровье населения вредных факторов окружающей среды.

Международно признанная методология оценки риска включает четыре этапа: идентификация опасности; оценка экспозиции;

установление зависимости «доза-ответ»; характеристика риска.

К преимуществам данной методологии относятся возможность ранжирования вредных факторов по реальной и прогнозируемой опасности для здоровья населения в конкретных условиях, ранжирования территорий и групп населения по уровню этой опасности, определения количественного или относительного ущерба здоровью от загрязнения окружающей среды. Применение данной методологии позволит провести комплексную оценку здоровья по данным заболеваемости населения, разработать математические модели выявления воздействия среды на здоровье для обоснования принятия управленческих решений, усовершенствовать механизмы управления риском.

Говоря об инфекционной заболеваемости в системе СГМ, следует упомянуть, что в структуре СГМ инфекционная заболеваемость, как фактор, характеризующий здоровье населения, учитывается в следующих графах: сведения о заболеваемости детей первого года жизни; сведения о профилактических осмотрах детей и подростков-школьников и их результаты; сведения о числе заболеваний, с диагнозом, установленным впервые в жизни; сведения о первичной инвалидности детей и подростков в возрасте 0-17 лет включительно; сведения о временной нетрудоспособности работающих.

Анализируя результаты внедрения мониторинга и теории риска в практику органов и учреждений Роспотребнадзора субъектов Федерации, следует признать, что до сих пор остается неразработанной проблема оценки риска в эпидемиологии инфекционных болезней. Отдельного перечня инфекционной заболеваемости не существует, что влечет за собой неполный охват изучения структуры последней, затрудняет прогноз на будущее и снижает эффективность профилактических мероприятий.

Т.В. Ермолаева

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
УФСИН РОССИИ ПО РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ С ОБЛАСТНЫМ ЦЕН-
ТРОМ СПИД И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВОПРОСАХ
ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Кафедра общей гигиены с курсом экологии
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, организа-
ции сестринского дела с курсом социальной медицины
и организации здравоохранения ФПДО

Пенитенциарные учреждения представляют собой серьезный ресурс общественного здравоохранения, при создании оптимальных условий позволяя выявлять и проводить лечение большого перечня заболеваний в сложной целевой группе, нередко труднодостижимой для служб гражданского здравоохранения. Период пребывания в исправительном учреждении должен использоваться на благо здоровья как индивидуума, так и общества в целом, так как это учреждение является тем местом, где возможно осуществить целевые программы в области охраны здоровья и социальной защиты.

Количество ВИЧ-инфицированных подследственных и осужденных, содержащихся в учреждениях УФСИН Рязанской области составляет порядка 6% от общего числа спецконтингента, 60% из них жители Рязанской области. Доля ВИЧ-инфицированных заключенных составляет настоящее время 17 % от общего числа ВИЧ-инфицированного населения Рязанской области.

Медицинская служба уголовно-исполнительной системы (далее УИС) Рязанской области работает в тесном контакте с Областным Центром СПИД и инфекционных заболеваний (далее Ц СПИД и ИЗ). Ежегодно утверждается план мероприятий по взаимодействию в области профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции. Этим соглашением разграничены функции между УФСИН России по Рязанской области и Ц СПИД и ИЗ. Лабораторные исследования крови на ВИЧ-инфекцию лицам, поступившим в учреждения УИС до 2009 г. проводились в лаборатории Рязанского областного кожно-венерологического диспансера на безвозмездной основе, а с апреля 2008 г. во вновь открывшейся иммунологической лаборатории при больнице для осужденных. В случае получения положительного результата проводится сверка с базой данных о лицах, состоящих на диспансерном учете в Ц СПИД и ИЗ. При необходимости сыворотка крови направляется в лабораторию Ц СПИД и ИЗ для верификации диагноза с постановкой иммунного блота. При выявлении ВИЧ-инфекции у жителей г. Рязани и Рязанской области, находящихся в момент обследования в учреждениях УИС эпидемиологическое расследование проводится филиалом ФГУЗ ЦГиЭ ФСИН России по ЦФО в Рязанской области (далее ФГУЗ ЦГ и Э), копия эпидкарты и информация о контактных лицах передается в Ц СПИД и ИЗ для проведения проти-

возэпидемических мероприятий и постановки на учет. При выявлении ВИЧ-инфекции у лиц, находящихся в учреждениях УИС Рязанской области, являющихся жителями других регионов эпидемиологическое расследование проводится силами филиала ФГУЗ ЦГиЭ, копия эпидкарты передается в Ц СПИД и ИЗ для дальнейшей передачи информации по месту жительства. В случае поступления или перевода заведомо ВИЧ-инфицированного лица, жителя Рязанской области в учреждения УИС филиал ФГУЗ ЦГиЭ информирует Ц СПИД и ИЗ, осуществляется взаимный обмен информацией по диспансерному наблюдению. Выдача справки о наличии ВИЧ-инфекции и расписки-предупреждения осуществляется медицинскими работниками учреждений УФСИН. Один экземпляр расписки-предупреждения вкладывается в медицинскую карту пациента, второй совместно с эпидкартой передается в Ц СПИД и ИЗ. Иммунологические исследования и определение вирусной нагрузки (ПЦР) ВИЧ-инфицированным, находящимся в учреждениях УИС проводятся на базе лаборатории ГУ РОККВД. Назначение специфической антиретровирусной терапии подследственным и осужденным осуществляется специалистами учреждений УФСИН, имеющими соответствующую подготовку и осуществляющими диспансерное наблюдение и лечение. В случае освобождения ВИЧ-инфицированных, из учреждений УИС филиал ФГУЗ ЦГиЭ ставит в известность Ц СПИД и ИЗ. Кроме того, Ц СПИД и ИЗ оказывает организационно-методическую и консультативную помощь по вопросам диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции.

30.11.2007 г. подписано соглашение о сотрудничестве Правительства Рязанской области и Фонда «Российское здравоохранение» в рамках проекта «Развитие стратегии лечения Российской Федерации, уязвимо к ВИЧ/СПИДу». Донор программы Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. УФСИН России по Рязанской области является участником программы. Данным соглашением предусматривается поставка антиретровирусных препаратов для лечения пациентов, находящихся в учреждениях УФСИН России по Рязанской области, независимо от места прописки.

Медицинская служба уголовно-исполнительной системы является составной частью государственной системы здравоохранения и обеспечивает реализацию права осужденных и подследственных на

охрану здоровья, получения медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации, что в свою очередь возможно осуществить только в условиях тесного взаимодействия медицинской службы УИС и ЛПУ гражданского здравоохранения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ АПТЕЧНОЙ
СЛУЖБОЙ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕ-
ЛЕНИЯ В РЫНОЧНЫХ УСЛОВИЯХ, ИЗЫСКАНИЕ НОВЫХ
СПОСОБОВ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВ И ИХ АНАЛИЗ

Г.Ю.Чекулаева

К ВОПРОСУ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОЛИСАХАРИДА
ЛИСТЬЕВ ПОДОРОЖНИКА БОЛЬШОГО

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии

Причиной развития ряда патологических состояний в большинстве случаев является деструктивное действие патогенных факторов на биомембраны. В связи с этим поиск мембранопротекторов среди соединений растительного происхождения с учетом доступности сырьевой базы и ряда теоретических предпосылок представляется целесообразным.

В опытах *in vitro* с использованием мембран эритроцитов донора нами установлены мембранопротективные свойства водорастворимых полисахаридов, выделенных из листьев подорожника большого, травы горца птичьего и соцветий липы сердцевидной [1, 2]. Растительные полисахариды в физиологически оправданных концентрациях ($1 \cdot 10^{-8}$ моль/л) в инкубационной среде оказались весьма активными ингибиторами процессов повреждения мембран эритроцитов при осмотическом и температурном гемолизе, а также оказывали протективное действие в отношении гемолиза, обусловленного индукцией свободных радикалов.

В настоящем сообщении приведены результаты мембранопротективного действия полисахарида листьев подорожника большого при его пероральном введении крысам в дозе 250 мг/кг массы в течение 7-и и 14-ти суток. Резистентность клеточных мембран оценивали по устойчивости белков и липидов мембраны к широкому «набору» повреждающих факторов (температурное

воздействие в широком диапазоне температур, гипотонический шок и гемолиз, модулируемый свободными радикалами). Интенсивность гемолиза оценивали фотоколориметрически.

Проведенными исследованиями установлено мембраностабилизирующее действие полисахарида. Так, после 7-дневного его введения выраженность осмотического гемолиза в диапазоне концентраций от 0,75% до 0,50% и температурного гемолиза (58⁰ – 62⁰ С) уменьшилась в 1,5 – 2 раза. Аналогичная тенденция наблюдалась и после 14-дневного курса перорального введения полисахарида крысам. После отмены препарата (3-й день последействия) мембраностабилизирующий эффект сохранялся на том же уровне.

Таким образом, в результате опытов *in vitro* и *in vivo* доказано стойкое мембраностабилизирующее действие водорастворимого полисахарида листьев подорожника большого, что расширяет перспективы его практического использования.

Литература.

1. Чекулаева Г.Ю. Изучение мембраностабилизирующего действия растительных полисахаридов / Г.Ю. Чекулаева // Сб. материалов VIII Международн. Съезда «Фитофарм - 2004». – 2004. – С.182 – 184.

2. Чекулаева Г.Ю. Мембранотропность как критерий биологической активности полисахаридов, выделенных из растительного сырья /Г.Ю.Чекулаева //Межрегион. Сб. науч. трудов «Актуальные проблемы фармации». – Рязань: РязГМУ. – 2006. – С.268 - 270.

И.А. Сычев

ВЛИЯНИЕ ПОЛИСАХАРИДОВ ДОННИКА ЖЕЛТОГО ВРПК И ПЕКТИН НА ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРЫС

Кафедра общей химии

ВРПК и пектин экстрагировали из воздушно сухих растений донника желтого, собранных в фазе начала цветения, дистиллированной водой и 1% раствором щавелевокислого аммония в течение 1,5 часов на кипящей водяной бане, последовательно. Полисахариды осаждали из экстрактов 96% этанолом, очищали этанолом, ацетоном, эфиром, переосаждением, диализом.

Получали препараты светло-кремового цвета растворимые в воде или физиологическом растворе.

Крысам-самкам породы Вистар массой 200-250 г, содержащимся в условиях вивария препараты вводили внутримышечно или *per os* в дозе 0,1 г/кг массы тела в течение 10 суток. В крови животных определяли общепринятыми методами количество эритроцитов, лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов, а в плазме белковые фракции, общий белок, железо и железосвязывающую способность сыворотки.

Под действием ВРПК и Пектина количество лейкоцитов понижается максимально на 5-7 сутки на 25,5%-31,3%, лимфоцитов возрастает максимально на 5-7 сутки на 15,6%-18,4%, моноцитов в 1,8-2 раза на 3 сутки, а численность эритроцитов максимально повышается на 5-7 день эксперимента на 11,3%-14,5% соответственно по сравнению с контролем. Количество гемоглобина максимально повышается на 16,5%-18,4% под влиянием полисахаридов на 5-7 сутки по отношению к контролю. На десятые сутки введения препаратов количество лейкоцитов и моноцитов полностью нормализуется, а численность лимфоцитов, эритроцитов и гемоглобина остается на 3%-5% выше нормы.

В плазме крови под влиянием ВРПК и Пектина уровень γ -глобулинов и α_2 – макроглобулинов повышается максимально на 3-5 сутки и нормализуется на 7-10 день введения.

Количество железа в плазме крови под влиянием ВРПК и Пектина уменьшается 14,4%-19,1% на пятые сутки опыта, а уровень железосвязывающей способности плазмы на пятый день введения полисахаридов понижается на 31,7%-43,2% соответственно. К 7-10 суткам введения препаратов уровень железа и железосвязывающая способность плазмы возвращаются к норме.

Количество гемоглобина и эритроцитов в крови подопытных крыс и уровень железа и железосвязывающая способность плазмы находятся в определенной зависимости между собой и от количества вводимых доз полисахаридов.

Оба препарата стимулируют увеличение количества эритроцитов и гемоглобина в крови максимально на 5-7 сутки введения, что сопровождается изменением железосвязывающей способности сыворотки и количества железа.

ВРПК и Пектин усиливают синтез гемоглобина и увеличивают

количество эритроцитов, что приводит к использованию большего количества железа, а все эти процессы сопровождаются уменьшением уровня железа в плазме и повышением железосвязывающей способности.

И.А. Сычев

НОВЫЕ ДАННЫЕ О МЕХАНИЗМЕ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСАХАРИДОВ ДОННИКА ЖЕЛТОГО НА ПРОЦЕССЫ ЭРИТРОПОЭЗА

Кафедра общей химии

ВРПК и Пектин экстрагировали из воздушно-сухих растений донника желтого, собранных в фазе начала цветения, дистиллированной водой и 1% раствором щавелевокислого аммония последовательно в течение 1,5 часов на кипящей водяной бане. Полисахариды осаждали из экстрактов 96% этанолом, очищали этанолом, эфиром, ацетоном, переосаждением и диализом.

Получали препараты светло-кремового цвета с аморфной структурой, растворимые в воде и в физиологическом растворе.

Крысам-самкам породы Вистар массой 200-250 г, содержащимся в условиях вивария препараты вводили внутримышечно или per os в виде 10% коллоидного раствора в дозе 0,1 г/кг массы тела. У подопытных животных общепринятыми лабораторными методами определяли в крови количество эритроцитов и гемоглобина, в плазме крови уровень α_2 и β - макроглобулинов, железо и железосвязывающую способность сыворотки крови, по методу Захарова Ю.М. определяли количество эритробластических островков в костном мозге извлеченном из бедренной кости.

Под влиянием ВРПК и Пектина в крови подопытных животных максимально на 5-7 сутки опыта увеличивается количество эритроцитов на 11,3%-14,5%, гемоглобина на 16,5%-18,4% соответственно по отношению к контролю. В эти же сроки полисахариды на 6,3%-5,8% увеличивают средний корпускулярный объем эритроцитов и повышают на 7,8%-9,2% среднюю корпускулярную концентрацию гемоглобина в эритроцитах подопытных крыс по сравнению с контрольными животными.

В плазме крови подопытных крыс полисахариды количество α_2 -макроглобулинов максимально увеличивается на 5 сутки, а количество β -макроглобулинов максимально повышается на 3-5

сутки введения.

Количество железа в плазме крови под влиянием ВРПК и Пектина максимально на 5 сутки введения полисахаридов понижается на 14,4%-19,2% соответственно по сравнению с контролем, а железосвязывающая способность сыворотки снижается максимально на 5 сутки опыта на 31,7%-43,2% соответственно.

Численность эритробластических островков костного мозга под влиянием полисахаридов максимальна на 3-5 сутки опыта и превосходит контроль на 7,3%-10,1% соответственно.

К десятым суткам опыта количество α_2 , β -макроглобулинов, уровень железа и железосвязывающая способность сыворотки крови нормализуется, численность эритробластических островков на 3%-5% соответственно выше нормы, а количество эритроцитов и гемоглобина на 4%-6% превосходит контроль.

В крови под влиянием ВРПК и Пектина предшествует изменение уровня α_2 и β -макроглобулинов (содержащих регуляторные гуморальные факторы) в плазме. Затем происходит увеличение количества эритробластических островков в костном мозге, что влечет за собой изменение уровня железа и железосвязывающей способности сыворотки в связи с активацией процессов синтеза гемоглобина и увеличением в периферической крови количества эритроцитов и гемоглобина.

ВРПК и Пектин попадая в организм нормальных животных запускают сложную цепь реакций приводящих к активации процессов пролиферации и дифференцировки клеток эритроидного ростка крови.

Е.Г. Мартынов, В.З. Локштанов

ВОДОРАСТВОРИМЫЕ ПОЛИСАХАРИДЫ ЛЯДВЕНЕЦА РОГАТОГО

Кафедра общей химии

Известно, что лядвенец рогатый (*Lotus corniculatus* L.) относится к семейству бобовых (Fabaceae). Это обычное растение лугов, выгонов и пустырей высотой 10-40 см., цветет с июня до осени, хорошее кормовое и медоносное растение; иногда его специально выращивают на полях. Это растение содержит ряд биологически активных веществ (БАВ): высшие жирные кислоты, липиды, фенолкарбоновые кислоты, флавоноиды, каратиноиды (α - и β -), каротины. В семе-

нах обнаружены галактоза, манноза, глюкоза, фруктоза.

Однако химический состав данного растения изучен не в полной мере, а водорастворимые полисахариды (ВРПС) ранее не рассматривались. Мы изучали накопление и моносахаридный состав ВРПС, выделенных из целого растения (совместно соцветий, листьев, побегов). Последние собирали в период массового цветения на лугу в окрестностях пос. Турлатово Рязанского района Рязанской области в 2008 году.

Предварительно очищенное 80%-ным этанолом, измельченное сырье (влажность 11,5%) экстрагировали 0,5%-ными растворами щавелевой кислоты ($H_2C_2O_4$) и щавелевокислого аммония ($(NH_4)_2C_2O_4$) при 90-95⁰С (1:20) 1,5 часа. Экстракт фильтровали и обрабатывали 96%-ным этанолом (1,5 объемом). Осадок полисахаридов (ПС) отделяли, промывали этанолом, ацетоном и высушивали их в эксикаторе над концентрированной серной кислотой. После чего определяли зольность сжиганием ПС в муфельной печи при 600⁰С, а количество уренового ангидрида – комплексонометрическим методом по З.К. Каракеевой, Р.Ш. Абаевой и др. (1976).

Гидролиз ВРПС лядвенца рогатого (50 мг их растворяли в 2,5 мл. 1н серной кислоте) проводили на водяной бане в течении 9 часов. Полученный гидролизат нейтрализовали $CaCO_3$ и фильтровали на воронке Бюхнера. Продукты гидролиза исследовали методом нисходящей бумажной хроматографии в системе бутанол-1-уксусная кислота – вода – (4:1:5) в течение 40-43 час. при температуре 26-29⁰С. Нейтральные сахара проявляли анилинфталатом 10 мин. при 105-110⁰С.

Установили, что ВРПС лядвенца рогатого состоят из 7 моносахаридных компонентов: D – галактуроновой кислоты, D – галактозы, D – глюкозы, L- арабинозы, D – маннозы, D – ксилозы и L- рамнозы. Соотношение моносахаридов определяли фотоэлектроколориметрически на КФК-2 по методике Г.Н. Зайцевой и Т.П. Афанасьевой.

Выход ПС из лядвенца рогатого составил 3,3%, содержание золы – 18,8%. Преобладающим компонентом ПС целого растения является галактуроновая кислота (57,8%), из нейтральных моносахаридов в ПС больше локализуется арабинозы и в 1,5 раза меньше последней накапливается галактозы. Примерно на одном

уровне содержится в них глюкозы и маннозы. Накопление ксилозы в полисахаридах происходит в 2 раза меньше глюкозы, а рамнозы соответственно в 2,6 раза меньше маннозы. Количество галактуроновой кислоты позволяет отнести ВРПС лядвенца рогатого к классу пектиновых веществ.

Выводы.

1. Из целого растения лядвенца рогатого выделены ВРПС.
2. Установлен их моносхаридный состав, который состоит из: D – галактуроновой кислоты, D – галактозы, D – глюкозы, L-арабинозы, D – маннозы, D – ксилозы и L- рамнозы.
3. Высокое содержание (57,8%) галактуроновой кислоты позволяет ПС лядвенца рогатого отнести к классу пектиновых веществ.

М.А. Фролова, Л.Ю. Кулешова

**ИМИДАЗОЛ И ЕГО ПРОИЗВОДНЫЕ КАК БИОЛОГИЧЕСКИ
АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА
Кафедра общей химии**

К классу имидазолов принадлежит ряд природных и синтетических соединений, обладающих широким спектром биологической активности.

Ядро имидазола входит в состав некоторых аминокислот, участвующих в построении белковых веществ, содержится в молекулах алкалоидов (пурины, пилокарпин), ядро бензимидазола содержится в структуре витамина В₁₂. Гистидин (α -амино- β -имидазолпропионовая кислота) входит в состав активного центра многих ферментов и в значительном количестве содержится в глобине. Гистамин – продукт декарбоксилирования гистидина является одним из эндогенных факторов, участвующих в регуляции жизненно важных функций организма и играющих важную роль в патогенезе ряда болезненных состояний.

Установлено, что имидазол принимает участие в синаптической и нервно-мышечной передаче, а также в экспериментах на животных, оказывает возбуждающее действие на ЦНС, потенцирует действие анальгетиков и анестетиков, повышает силу сердечных сокращений, уменьшает секрецию желудочного сока. В литературе описаны эффекты имидазола и 1-2-алкилимидазолов

на процессы старения биологических объектов. Имидазол и нитроимидазолы защищают живой организм от поражающего действия ионизирующего излучения, в частности высокой радиопротекторной активностью обладает 1-(2-гидрокси-3-метоксипроил-1)-2-нитроимидазол.

Степень биологического действия и его направленность в значительной мере определяется природой заместителей. Так, введение нитрогруппы в положение 2,4 или 5 ядра имидазола приводит к соединениям активным в отношении протозойных инфекций. Производные 4-нитро-5-тио(сульфо)имидазола обладают умеренной противоопухолевой активностью. Производные имидазолина способны оказывать болеутоляющее действие и тормозят повышение артериального давления. Введение сульфгидрильной группы в положение 2 придает веществам тиреостатическое действие. 2-Тио-4-аминометилимидазол обладает некоторым инсулиноподобным действием при диабете. Производные 2-меркаптобензимидазола оказывают выраженное антиаритмическое и противофибрилляторное действие. Введение хлора в положения 1 и 3 имидазола придает соединениям антимикотический и антибактериальный эффект. А введение сложноэфирной группы в положение 5 приводит к появлению анестезирующих и снотворных свойств. Производные имидазола с различными заместителями в положении 1 гетероцикла являются активными ингибиторами тромбоксансинтетазы и угнетают агрегацию тромбоцитов.

Таким образом, поиск биологически активных веществ в ряду имидазола представляет несомненный интерес.

Е.А. Лаксаева

ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
НЕТРАДИЦИОННЫХ РАСТЕНИЙ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Кафедра общей химии

Питание современного человека является одним из важнейших факторов определяющих здоровье населения. В современных условиях жизни, с неблагоприятной экологической обстановкой, и интенсивной трудовой деятельности человека важное значение

приобретает повышение биологической и пищевой ценности пищевых продуктов, использование растительных антиоксидантов, осуществляющих биохимическую корреляцию вредоносного воздействия эндогенных факторов.

Одно из главных условий поддержания полноценной антиоксидантной защиты использование в пищевом рационе источников биологически активных веществ: плодов, ягод и овощей.

В настоящее время актуально внедрение в культуру растений, обладающих повышенным содержанием биологически активных веществ, в связи с этим рассматривается вопрос о введении новых, нетрадиционных садовых культур. Актуальность и необходимость введения в культуру нетрадиционных растений вызвана так же последствиями холодных зим, когда вымерз почти весь ассортимент садов.

Значимость этого направления подтверждается материалами ряда международных научно-практических конференций и симпозиумов (Пенза 2000г, Мичуринск 2003г, Ростов 2004г, Москва 2005г, Пущино 2007г) по вопросам «Новые и нетрадиционные растения и перспективы их практического использования».

В качестве нетрадиционной садоводческой культуры перспективным объектом биохимических исследований является ирга.

Биохимический состав плодов ирги представлен целым комплексом биологически активных веществ. Исследование витаминного состава плодов ирги показало наличие ряда витаминов группы В (мг/100г) ($V_1-0,1\pm 0,01$; $V_2-0,3\pm 0,02$; $V_33,5\pm 0,2$; $V_6-0,2\pm 0,01$), каротиноидов- $2,0\pm 0,2$, аскорбиновой кислоты – $20,3-32,3$ (мг/100г), что на 1/3 удовлетворяет суточную потребность в ней организма человека.

Плоды ирги содержат органические кислоты (0,5-1,04%), сбалансированный комплекс сахаров (9,43-12,31%), пектиновые (0,8-2,3%) и дубильные вещества (0,33-0,9%), биофлавоноиды (до 5000мг/100г), аминокислоты (аргинин, серин, глицин, аланин, аспарагиновая кислота, пролин), входящими в состав белков (1,5%), клетчатка (1,5%), макроэлементы (г/кг сухой массы): натрий- $0,33\pm 0,01$; калий $10,17\pm 0,18$; кальций $8,19\pm 0,22$; магний $0,49\pm 0,01$ и микроэлементы (мг/кг сухой массы): железо $128,0\pm 3,57$; марганец $3,12\pm 0,13$; цинк $26,10\pm 0,47$; медь $3,28\pm 0,05$; бор $7,48\pm 0,38$ и другие вещества.

Плоды ирги используются в пищевой, молочной промышленности для приготовления джема, варенья, повидла, пюре, сока, начинки для творожных сырков, получения пищевых красителей, десертных вин.

Широкий спектр биологически активных веществ и практическое использование плодов ирги в пищевой промышленности делает необходимым биохимические исследования, введения ее в культуру, а также расширение исследований по использованию других нетрадиционных и редких растений, их переработке, получение нового поколения пищевых продуктов, биологически активных веществ и лекарственных средств.

Н.А. Боровикова, Н.Г. Селезнев, Д.М. Попов

**ХАРАКТЕРИСТИКА ВОДНЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ ЦВЕТКОВ ЛИПЫ,
ИЗГОТОВЛЕННЫХ ПО ТЕХНОЛОГИИ НАСТОЕВ И ОТВАРОВ**

Кафедра фармацевтической технологии

**НИИ фармации Московской медицинской академии имени
И.М. Сеченова**

Лекарственные средства на основе растительного сырья достаточно востребованы на фармацевтическом рынке. Это связано с рядом преимуществ фитопрепаратов по сравнению с препаратами, полученных на основе химического синтеза. Фитопрепараты выпускаются фармацевтическими предприятиями в виде готовых лекарственных средств в различных лекарственных формах, а также изготавливаются в аптеках в форме водных извлечений. Как и для других лекарственных форм для фитопрепаратов, как промышленного производства, так и экстемпорального изготовления, проводятся научные исследования в области совершенствования технологий по различным направлениям. Так, в частности для настоев и отваров наблюдается пересмотр сложившегося подхода, что из сырья с плотной гистологической структурой должны готовить только отвары, а из рыхлого сырья настои. Например, в литературе приводятся рекомендации по изготовлению водных извлечений из цветков липы в форме отваров. В доступной нам литературе мы не нашли экспериментальных данных, обосновывающих такие рекомендации. Надо иметь в виду, что технологии отваров по сравнению с технологией настоев

предусматривает более жесткую температурную обработку растительного сырья в виде его настаивания в определенном объеме воды на кипящей водяной бане в течение 30 минут, против 15 минут по технологии настоев. Кроме того необходимо учитывать, что длительная температурная обработка может приводить к разрушению биологически активных веществ, находящихся в сырье, потере экстрагента в следствии его испарения при кипячении, что требует его компенсации путем доведения водного извлечения водой после экстрагирования сырья до нужного объема. Следует принимать во внимание, что приготовление отваров более энергозатратно, так как требует по сравнению с настоями работы электронагревателей мощностью 600 ватт в режиме «Работа» дополнительно в течение 15 минут.

На основании вышеизложенной информации целью нашего исследования являлось изучить процесс экстрагирования и дать характеристику водных извлечений из цветков липы, изготовленных по технологии настоев и отваров.

Объектом исследования являлись цветки липы, отвечающих требованиям нормативной документации, содержащие флавоноидный и полисахаридный комплекс и применяющиеся для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, как потогонное и жаропонижающее средство и как бактерицидное средство для полоскания рта и горла при ангине.

Из цветков липы готовили настой и отвары в соответствии с требованиями ГФ XI. Сравнительную оценку качества двух видов извлечения проводили по следующим показателям: описание (органолептические знаки), светопропускание, плотность, вязкость, сухой остаток по методикам ГФ XI. Содержание восстанавливающих сахаров в извлечениях определяли спектрофотометрическим методом, основанном на реакции взаимодействия моносахаридов, образовавшихся после гидролиза полисахаридов, с пикриновой кислотой в щелочной среде, с последующим измерением оптической плотности при длине волны 470 нм в сравнении РСО глюкозы.

Результаты исследования показали, что настои и отвары из цветков липы по органолептическим показателям представляли собой жидкости интенсивного желтого цвета с сильным медовым запахом. Для настоев показатели качества имели следующие величины: светопропускание 39%, плотность $1,015 \text{ г/см}^3$, относи-

тельная вязкость 8,32, сухой остаток 1,51%, содержание суммы восстанавливающих сахаров 0,1%. Для отваров показатели качества имели следующие величины: светопропускание 39%, плотность 1,006 г/см³, относительная вязкость 8,12, сухой остаток 1,78%, содержание суммы восстанавливающих сахаров 0,16%.

Представленные результаты показывают, что переход на изготовление водных извлечений из цветков липы по технологии отваров не обеспечивает достоверного повышения качества извлечений, как по экстрагируемости действующих веществ, так и по другим показателям.

Принимая во внимание полученные результаты, а также актуальный вопрос ресурсо- и энергосбережения, водное извлечение, как суммарный препарат, из цветков липы целесообразно проводить по технологии настоев.

Н.Б.Леонидов, Р.М.Стрельцова, А.А.Шубкина
НАНОТЕХНОЛОГИИ – НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ФАРМАЦИИ
Кафедра фармацевтической технологии

Еще в прошлом веке американский ученый, лауреат Нобелевской премии по физике Э.Теллер заметил: «Тот, кто раньше овладеет нанотехнологией, займет ведущее место в техносфере следующего столетия».

Под термином «Нанотехнология» понимают создание и использование материалов, устройств и систем, структура которых регулируется в нанометровом масштабе (10^{-9} – 10^{-7} м), то есть в размере атомов, молекул и надмолекулярных образований. Именно в этом интервале, на атомном и молекулярном уровнях, природа «программирует» основные характеристики веществ, явлений и процессов. Нанотехнологический подход означает так же целенаправленное регулирование свойств вещества на молекулярном уровне, а для неорганических соединений – и на атомарном уровне, определяющем необходимые параметры. Управляя размерами и формой наночастиц, такому веществу можно придавать совершенно новые функциональные характеристики, резко отличающиеся от характеристик обычного вещества. Наночастицы занимают промежуточное положение между молекулами и микроскопическими объектами, которые имеют характеристиче-

ские размеры около 1 мкм.

Нанообъекты фармации представлены тремя группами химических веществ: неорганические, углеродные и органические.

Неорганические – получаемые по различным нанотехнологиям наночастицы металлов: Fe, Cu, Au, Pt, Ag, оксиды металлов (оксиды Fe, Cu, Au), гидроксипатиты, глюконат кальция. Применяются, в основном, как магнитоуправляемые и термоуправляемые препараты, например, в онкологии, бактерицидные препараты и компоненты перевязочных средств в хирургии. Углеродные материалы (наночастицы атомарного углерода) – например, наноалмазы. Органические вещества – наночастицы, прежде всего, используются для транспорта известных лекарственных веществ.

Отдельным классом синтетических наноматериалов являются материалы с наноструктурированной поверхностью (НСП), которые чрезвычайно желательны на поверхности имплантатов и матриц для культивирования клеток, для создания медицинских препаратов наружного применения, в частности, трансдермальных форм, обеспечивающих подачу лекарств через кожу; для формирования матриц для внутренней адресной доставки лекарств.

Современные терапевтические клеточные технологии представляют собой новую интенсивно развивающуюся область медицины. Они связаны с имплантацией в органы и ткани соответствующих клеточных культур, включая стволовые клетки. Адресная доставка клеточных культур возможна на соответствующих подложках, в том числе на двухмерных и трехмерных матрицах.

Матрицы и подложки для клеточных культур *in vitro* должны быть пригодны для качественной адгезии клеток, их распластывания, локомоции и пролиферации, а также имплантации *in vitro* – в организме человека. Поэтому обязательными свойствами матриц и подложек являются: отсутствие токсичности, биосовместимость, развитая поверхность, хорошие адгезивные свойства клеток.

Перспективным направлением исследований улучшения качественных характеристик адсорбентов является применение достижений нанотехнологий для получения модифицированных фильтрующих материалов.

Нанесение на поверхность наночастиц и кластеров металлов позволяет получить фильтрующие материалы с улучшенными, а

иногда с совершенно новыми свойствами – избирательная адсорбция, бактерицидность, католитическая активность и т.д.

Важную роль играют упаковочные материалы и системы. Такие материалы должны обладать большим комплексом свойств, в том числе антимикробной активностью. Последнее качество может быть обеспечено путем наноструктурирования и модифицирования поверхности материалов.

Перспективны носители лекарственных веществ второго поколения (нанокапсулы, наносферы, липосомы) размером менее 1 мкм, которые объединяются в одну группу и носят название коллоидных носителей. Они распределяются преимущественно в тканях, богатых клетками ретикулоэндотелиальной системы: селезенке, печени.

Таким образом, работы по внедрению нанотехнологий в фармации в настоящее время достаточно актуальны и перспективы применения их в области медицины и фармации не ограничены.

Р.Ю. Яковлев, Н.Б. Леонидов, Н.Г. Селезнев, И.И. Кулакова
ХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НАНОАЛМАЗОВ В СИСТЕМАХ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

Кафедра фармацевтической технологии

Центральная научно-исследовательская лаборатория

Современная фармацевтическая нанотехнология в основном ориентируется на создание терапевтических систем доставки лекарственных веществ. В качестве наноносителей используются липосомы, липидные наночастицы, полисахариды, белки, полимеры, ДНК и SiO₂. Все больший интерес привлекает применение для этих целей наночастиц структурных модификаций углерода: фуллерены, нанотрубки, нанорожки, наноалмазы детонационного синтеза. И хотя в последние годы число исследований резко увеличивается, многие вопросы химии, фармацевтической технологии и биофармации указанных модификаций остаются открытыми. Для наноалмазов это касается, в первую очередь, как строения самих первичных наноалмазных частиц, так и сравнительного изучения свойств химически модифицированных наноалмазов.

С целью изучения этих вопросов нами были проведены систематические исследования по выявлению основных закономерностей

стей процесса химического модифицирования нанодиаза. Для контроля за химическим состоянием поверхности нанодиазов был использован комплекс физико-химических методов: ИК- и КР-спектроскопия, РФЭС, РФА (рентгеновский флюоресцентный анализ), потенциометрическое титрование и пр.

Носителем основных «алмазных» свойств в частицах нанодиаза являются кристаллиты со средним размером 4-6 нм. Высокая дисперсность нанокристаллов обуславливает их высокоразвитую поверхность. Поэтому доля поверхностных атомов очень велика и физико-химические свойства нанодиаза в значительной степени зависят от функционального состояния его поверхности. Поверхность промышленно синтезируемых нанодиазов является полифункциональной, состав которой зависит от условий и способа синтеза, выделения и очистки, что затрудняет их дальнейшее химическое модифицирование, следовательно, и стандартизацию физико-химических характеристик. Методом ИК-спектроскопии на поверхности нанодиаза выявлено наличие таких функциональных групп, как кислородсодержащие (гидроксильные, карбонильные, эфирные, ангидридные), азотсодержащие (аминные, амидные, циано, нитрогруппы), сульфоновые и др. Обнаружено наличие в нанодиазах связанной и сорбированной воды.

С целью придания поверхности нанодиаза определенных свойств его модифицируют с помощью ковалентной прививки различных органических соединений. Успешное модифицирование возможно при наличии монофункциональной поверхности. Наиболее удобными способами создания унифицированной функциональной поверхности нанодиазов являются её гидрирование, окисление и галагенирование. Было изучено химическое состояние поверхности нанодиазов и закономерности изменения их физико-химических свойств, в зависимости от условий их окислительно-восстановительной обработки (водород, воздух, озон, воздушная плазма, смесь кислот-окислителей).

На основании имеющихся в литературе и полученных в работе экспериментальных данных высказано предположение о том, что полоса в КР спектре в области 1600-1700 см⁻¹, ранее приписываемая *sp*² углероду в связях С=С, может быть обусловлена колебанием связи С=О поверхностных функциональных групп.

Проведено галагенирование поверхности нанодиаза в зависи-

мости от природы галогена и от условий его введения. Показано, что при обработке в плазме на поверхность наноалмаза вводится 14,5% ат. фтора и 8,7% ат. хлора, а при обработке молекулярными галогенами 12,5% ат. фтора и менее 3% ат. хлора. Установлено, что фторированная поверхность более гидролитически стабильна по сравнению с хлорированной.

Для моделирования процесса взаимодействия наноалмаза с азотсодержащими лекарственными веществами была экспериментально осуществлена прививка таких азотсодержащих соединений, как этиловый эфир глицина, этилен-, бутилен- и гексендиаминов). На основании анализа КР-спектров впервые установлено, что наноалмазы с привитым слоем азотсодержащих соединений обладают люминесцентными свойствами, которые не проявляются на исходной наноалмазах. Это свидетельствует о связывании азотсодержащих соединений с поверхностью наноалмаза.

Понимание возможностей химического модифицирования поверхности наноалмаза, как одного из основных звеньев создания систем доставки лекарственных веществ является актуальной задачей, так как свойства наноалмаза напрямую зависят от химического состояния поверхности, которую успешно можно регулировать с помощью метода модифицирования различными соединениями.

Это создает химико- и фармако-технологические возможности разработки высокоэффективных систем доставки лекарственных веществ различных фармакологических групп, имеющих в своем составе разнообразные функциональные группы.

Н.Т.Казакова

К ВОПРОСУ СОЗДАНИЯ ПОЛИВИТАМИННЫХ ИНЪЕКЦИОННЫХ
ПРЕПАРАТОВ

Кафедра фармацевтической технологии

Несомненный научно-практический интерес представляет создание инъекционных лекарственных форм на основе витаминных препаратов. Практика показывает, что часто на фоне хронических инфекций, заболеваний печени, желудка, кишечника, несмотря на достаточное поступление витаминов, возникают полигиповитаминозы. Это происходит вследствие снижения всасывания витаминов или нарушения их превращения в биологически

активные формы. Возникающие при полигиповитаминозах нарушения обмена веществ сопровождаются дальнейшим разрушением витаминов в силу нарушения биосинтеза коферментов. Именно таким образом развивается «порочный круг» нарушения окислительно-восстановительных процессов, который может быть разорван лишь парэнтеральным введением поливитаминных коферментных препаратов. Последние довольно быстро проникают через биологические мембраны, превращаясь в активные катализаторы, тем самым ликвидируют возникший замкнутый патологический круг межвитаминных отношений.

Эффективность поливитаминных препаратов при их применении в качестве лечебных средств в комплексной терапии самых различных заболеваний неоспорима. Давно доказана целесообразность парэнтерального применения витаминов и их метаболитов на пути образования коферментов, а также большая эффективность комплекса витаминов. Поливитамины в ампулах являются мощными фармакодинамическими средствами.

При создании поливитаминных инъекционных препаратов следует учитывать, что каждый отдельно взятый витамин в процессе метаболизма не изолирован от влияния других витаминов. Недоучет взаимодействия отдельных витаминов между собой, особенно при длительном применении нерационально построенных сочетаний, может привести к отчетливым сдвигам в их обмене. Уточнение межвитаминных отношений представляет большой практический интерес ввиду наличия конкурентных взаимоотношений между некоторыми витаминами. Накопившиеся сведения о синергизме отдельных витаминов в одних сочетаниях и антагонизме их действия – в других, способствуют расширению возможностей комплексного применения витаминов. Для эффективного применения отдельных сочетаний витаминов целесообразно учитывать не только синергизм или антагонизм, но и физиологические связи их между собой.

За рубежом за последние два десятилетия широко создаются поливитаминные инъекционные препараты, содержащие в своем составе большие наборы как водорастворимых, так и жирорастворимых витаминов. Гипотеза о целесообразности парэнтерального применения комплекса витаминов В1, В2, В3, РР, липоевой кислоты была выдвинута в нашей стране еще в 1967 году проф.

А.Я.Розановым, было обосновано соотношение дозировок этих витаминов, а также подтверждена перспективность этого направления. Однако, создание поливитаминных инъекционных препаратов не получило пока в нашей стране широкого распространения. Сегодня отечественной фармацевтической промышленностью выпускается поливитаминный препарат Комбилипен (аналог немецкого препарата Мильгамма),одержажий в своем составе нейротропные витамины группы В – тиамина гидрохлорид (В1), пиридоксина гидрохлорид (В6) и цианкоболамин (В12) для внутримышечного введения. Физиологической функцией этих витаминов является потенцирование действия друг друга, проявляющееся в положительном влиянии на нервную, нейромышечную и сердечно-сосудистую системы.

Нами теоретически обоснована и экспериментально подтверждена целесообразность создания раствора для инъекций с пиридоксином гидрохлоридом и рибофлавином-моноклеотидом. Разработан состав и технология бивитаминного препарата «Пирифлавит» для инъекций в ампулах по 1 мл (1 мл раствора содержит: пиридоксина гидрохлорида 10 мг, рибофлавина-моноклеотида 5 мг, стабилизирующего компонента 2 мг). Методом «ускоренного старения», а также изучением стабильности препарата в обычных условиях, установлено оптимальное значение рН среды (3,5 – 4,5) в растворе, при котором обеспечивается сохранность витаминов при совместном присутствии. Для количественного определения пиридоксина гидрохлорида и рибофлавина-моноклеотида использован спектрофотометрический метод анализа. Относительная ошибка определения витаминов не превышает $\pm 2,0\%$. Физико-химическими исследованиями установлена стабильность разработанной лекарственной формы для инъекций в течение двух лет при комнатной температуре в защищенном от света месте.

А.Н.Николашкин, Н.Г.Селезнев, Д.М.Попов
НОРМИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА НАСТОЙКИ
СУШЕНИЦЫ ТОПЯНОЙ
Кафедра фармацевтической технологии
НИИ фармации Московской медицинской академии имени
И.М. Сеченова

Производство лекарственных препаратов представляет собой многостадийный процесс, каждая стадия и каждая операция которого строго регламентирована. Весь цикл приготовления лекарств на фармацевтических предприятиях подвергается полному технологическому и аналитическому контролю. Основой выпуска готовой продукции, соответствующей современным требованиям правил GMP, является правильный выбор нормирующих показателей производства, что приобретает особую актуальность при разработке новых лекарственных средств.

Основными документами, регламентирующими качество производимых лекарственных средств являются Государственная фармакопея (ГФ) и отраслевые стандарты (ОСТ). В частности, с 1 ноября 2001г в России действует ОСТ 91500.05.001.00 «Стандарты качества лекарственных средств. Основные положения», который устанавливает порядок разработки, оформления, экспертизы, согласования, утверждения, присвоения обозначения, регистрации государственных стандартов качества лекарственных средств и внесения в них изменений. В данном ОСТе в Приложении 2 указываются разделы фармакопейных статей на виды лекарственных форм и их нормирующие показатели.

Целью нашей работы являлось определение показателей, нормирующих качество разработанной нами экстракционной лекарственной формы сушеницы топяной – настойки как в плане постадийного контроля технологического процесса производства настойки, а также для контроля стабильности при хранении данной лекарственной формы на 5 сериях препарата.

В соответствии указанных нормативных документов, нами рекомендуются следующие показатели качества настойки сушеницы топяной: описание, подлинность, количественное содержание действующих веществ, тяжелые металлы, содержание спирта, сухой остаток, микробиологическая чистота, объем содержимого упаковки, упаковка, маркировка, хранение, срок годности.

Для определения подлинности настойки используется цветная реакция и хроматография в тонком слое сорбента идентифицирующих действующих веществ в настойке.

Основными действующими веществами настойки сушеницы топяной являются флавоноиды. Для их количественного опреде-

ления нами предлагается использовать хромато-спектрофотометрический метод с предварительной очисткой пробы настойки от сопутствующих веществ на полиамидном сорбенте. Определение тяжелых металлов, содержание спирта, сухого остатка и микробиологическую чистоту препарата определяли по методикам ГФ.

Объем содержимого упаковки определяли в соответствии с требованиями ОСТ 64-492-85 «Средства лекарственные. Допустимые отклонения на промышленное фасование».

На основании проведенной работы нами предлагаются следующие нормирующие показатели качества, которые обоснованы и изучены при поэтапном контроле и при длительном хранении настойки сушеницы топяной:

Настойка по описанию должна представлять собой прозрачную жидкость от желтовато-коричневого до коричневого цвета;

Подлинность – по цветной реакции с раствором железа окисного хлоридом – зеленое окрашивание (дубильные вещества). При хроматографическом исследовании настойки сушеницы топяной в тонком слое сорбента Сорбфил в системе растворителей н-бутанол – уксусная кислота – вода (9 : 1 : 0,5) и при проявлении в УФ-свете должны обнаруживаться зоны адсорбции с R_f около 0,75 и 0,86 (флавоноиды). Допускается наличие других зон адсорбции.

Содержание флавоноидов в пересчете на гнафалозид А при количественном определении в настойки должно быть не менее 0,02%. Содержание спирта должно быть не менее 65%. Сухой остаток должен быть не менее 1,0%. Настойка выдерживает требования по микробиологической чистоте для нестерильных лекарственных средств (категория 3 Д). Содержание тяжелых металлов не более 0,001%. Объем содержимого упаковки вместимостью 50мл \pm 3%. Срок годности определенный нами при длительном хранении составил 2 года (время наблюдения).

Таким образом, предлагаемые нами показатели качества настойки сушеницы топяной гарантированно обеспечивают её безопасность применения в течение установленного срока годности.

Р.М. Стрельцова, Е.П. Котелев

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ, АНТИМИКРОБНОЙ СТАБИЛЬНОСТИ И СРОКОВ ГОДНОСТИ ВОДНЫХ РАСТВОРОВ ПРО-

ПОЛИСА, ПОЛУЧЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра фармацевтической технологии
Кафедра микробиологии

Прополис является продуктом жизнедеятельности пчел. В состав прополиса входят смолистые вещества (50-55%), воск (около 30%), эфирные и бальзамические масла (8-10%), пыльца, примеси. Из прополиса готовят различные лекарственные вещества, водные и спиртовые растворы, настойки, мази, суппозитории и другие лекарственные формы. Лекарственные формы прополиса готовят в условиях промышленного производства (сиропы, мази, прополки и др.), в условиях аптек (суппозитории, мази), а также в домашних условиях.

Одной из лекарственных форм, которую можно приготовить в аптеке и в домашних условиях является водный раствор прополиса, который находит широкое применение в медицине: при лечении труднозаживающих ран, язв в виде примочек и орошений, при заболеваниях полости рта, зубов, ангине, тропических тонзиллитах в виде полосканий, в гинекологии, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Предлагается несколько вариантов технологии приготовления водных растворов прополиса, которые отличаются температурой и временем растворения. Причем рекомендации по их приготовлению нечеткие, сроки хранения также значительно отличаются и варьируются от 3-5 дней до 3 месяцев.

Целью исследования являлось сравнительное изучение технологии, антимикробной стабильности и сроков годности водных извлечений, полученных из нативного прополиса.

С этой целью были приготовлены водные растворы прополиса по следующим вариантам технологий:

- Раствор №1. Настаивание в термосе при 50°C в течение 24 часов при периодическом перемешивании. Соотношение прополиса и воды 1:10;
- Раствор №2. Прогревание на кипящей водяной бане в течение 50 минут при периодическом перемешивании. Соотношение прополиса и воды 1:10;
- Раствор №3. Прополис с водой настаивали в течение 4 дней

при ежедневном нагревании при t 400-500С в течение часа. Соотношение прополиса и воды 1:5.

Полученные растворы незначительно отличались по интенсивности окрашивания. Плотность всех исследуемых растворов находится в пределах 1. Сухой остаток также незначительный и составляет от 0,04% до 0,07%. Следует отметить, что фильтровать растворы необходимо через фильтровальную бумагу, так как использование таких фильтрующих материалов как вата и марля не позволяет получить растворы должной чистоты. Приготовленные растворы хранились в условиях холодильника (при t 6-8 градусов) в течение всего исследования.

Антимикробная стабильность полученных растворов определялась троекратно с интервалом в 7 дней. Предварительно стерильные бумажные диски пропитывались растворами прополиса, после чего высушивались. На питательные среды производился посев суточных чистых культур микроорганизмов «газоном», а именно: *S. aureus* на желточно-солевой агар; *E. coli* на среду Эндо; *C. albicans* на среду Сабуро.

Затем по поверхности засеянной питательной среды раскладывались бумажные диски, пропитанные исследуемыми растворами прополиса. Чашки Петри инкубировали в термостате при температуре 37 градусов. Учет результатов проводился через 24 часа по *S. aureus* и *E. coli*, через 48 часов по *C. albicans*. Как показывают результаты опытов, проведенных с интервалом в 7 дней, вокруг бумажных дисков имеются зоны задержки роста микробных культур в пределах 3 мм. Антимикробная стабильность исследуемых растворов не изменялась на протяжении 21 дня, за исключением раствора №2 по *C. albicans*. Этот раствор проявляет наименьшую активность и в отношении других микроорганизмов, используемых в опыте (зона задержки роста микробных культур в пределах 2 мм).

Таким образом, водные растворы прополиса, полученные с использованием различных вариантов технологий, сохраняли антимикробную стабильность в течение 21 дня. На основании проведенных исследований, для данных растворов прополиса, можно рекомендовать срок годности 1 месяц при условии их хранения в холодильнике.

С.Г. Шестопалова
ВИДЫ РЕТАРДИРОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ
Кафедра фармацевтической технологии

Человечество в своём развитии обогащает знания в различных сферах деятельности, в том числе медицине, фармакологии, фармации. В этой связи всё большее внимание уделяется инновационным технологиям в фармацевтической индустрии. Среди них можно назвать работы по формированию новых систем доставки лекарств в организм, что находит практическое применение в создании лекарственных форм (ЛФ) ретард.

ЛФ ретард или ретардированные, или ретардеты (от лат. *retardo* - замедлять, *tardus* - тихий, медленный) - энтеральные пролонгированные ЛФ, обеспечивающие создание в организме запаса ЛВ и его последующее медленное высвобождение. Применяются преимущественно перорально, реже - ректально.

В зависимости от технологии получения ЛФ ретард делятся на резервуарные и матричные. ЛФ ретард резервуарного типа представляют собой ядро с ЛВ, покрытое полимерной (мембранной) оболочкой, которая определяет скорость высвобождения. Резервуарами могут служить единичные лекарственные формы (таблетки, капсулы) или множество микроформ, образующих конечную форму (микропеллеты, микрокапсулы и др.) ЛФ ретард матричного типа содержат полимерную матрицу, в которой распределено лекарственное вещество (ЛВ), и часто имеют вид обычной таблетки. ЛФ ретард может иметь вид гранул, драже, таблеток или капсул с кишечнорастворимым покрытием, капсул ретард и ретард форте, раствора ретард или рапид ретард, суспензии ретард, таблеток двуслойных, многослойных и каркасных, с покрытием многофазным или пленочным, таблеток ретард, рапид ретард, ретард мите, ретард форте, ультраретард.

В фармацевтической технологии широкое распространение получили двухслойные таблетки, состоящие из оболочки, содержащей первую дозу лекарственного средства (ЛС), создающего в крови терапевтическую концентрацию, и ядра, представляющего смесь ЛВ с пролонгатором, являющегося, в свою очередь, матрицей и обеспечивающего постепенное высвобождение ЛВ, за счет

чего достигается постоянный уровень препарата в плазме.

Актуальным направлением в технологии изготовления ЛС является применение интерполимерных комплексов (ИПК) - продуктов взаимодействия химически комплементарных макромолекул: полианионов и поликатионов или доноров и акцепторов протонов. ИПК в водных растворах полностью ассоциированы и обладают высокой стабильностью. В составе ИПК в качестве полианионов целесообразно использовать набухающие полимеры природного происхождения: альгиновую кислоту, агар-агар, камеди, пектин и полимеры, содержащие сульфогруппы.

Немаловажной ЛФ ретард являются микрокапсулы, которые представляют собой пленочные емкости с различными диаметрами (от единиц до нескольких сотен микрометров). Заключение в микрокапсуле ЛВ защищено от внешних воздействий воздуха, влаги, а варьирование материала стенок, их толщины и других характеристик дает возможность четко регулировать скорость его высвобождения.

ЛФ иммобилизованные представляют собой ЛФ, в которых ЛВ, физически или химически связанные с твердым носителем (матрицей), с целью стабилизации или пролонгирования действия ЛВ. Иммобилизация ЛВ на синтетических и природных матрицах позволяет снизить дозу и частоту введения препарата, защищает ткани от его раздражающего воздействия. Препараты в иммобилизованных ЛФ способны, благодаря наличию сополимерной матрицы, адсорбировать токсические вещества. В медицинской практике используют иммобилизованные формы некоторых ферментов, гормонов, аминокислот, поли- и моносахаридов, нуклеозидов, антибиотиков, стероидов.

Ферменты иммобилизованные - пролонгированные ЛФ, полученные путем химического связывания ферментов на полимерных матрицах. Они сохраняют свою активность в десятки и сотни раз дольше, при этом их терапевтическая доза снижается в сотни раз. Применяются самостоятельно или как полуфабрикат для получения конечной лекарственной формы или в качестве самостоятельного препарата.

Следующий вид ретард форм - системы твердые дисперсные (ТДС) - системы доставки, представляющие собой ЛВ, физически

иммобилизированные путем сплавления или растворения в твердой полимерной матрице. ЛВ находятся в этих системах в дисперсном состоянии, что способствует значительному увеличению скорости их растворения. Меняя физико-химические свойства матриц (молекулярную массу, растворимость), можно регулировать поступление ЛВ в организм. Достоинства ТДС - повышение биодоступности труднорастворимых ЛВ и пролонгация действия легкорастворимых, ускорение начала терапевтического действия, снижение дозы ЛВ при сохранении эффекта, снижение частоты побочных явлений.

Таким образом, различные виды ЛФ ретард обеспечивают поддержание в крови постоянной концентрации действующих веществ без пиковых колебаний, позволяют снизить кратность назначения лекарства, а, следовательно, уменьшить частоту развития и выраженность нежелательных реакций лекарственных средств.

Л.В. Корецкая

ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В МАРОККО

Кафедра управления и экономики фармации
с курсом фармации ФПДО

Основными требованиями, предъявляемыми к лекарственным средствам (ЛС), являются качество, эффективность, безопасность.

По данным 2007 года в фармацевтическом секторе Марокко функционируют 35 фармацевтических производств, 46 оптовых фирм и 8500 аптек. Объем местного производства, составляющий 227 млн.единиц ЛС в натуральном измерении в год, позволяет не только обеспечить потребность страны на 70%, но и осуществить экспорт фармацевтической продукции, что предъявляет повышенные требования к ее качеству.

Качество ЛС в Марокко обеспечивается тем, что прежде чем попасть на фармацевтический рынок, все ЛС, произведенные промышленностью, импортируемые или экспортируемые, а также образцы ЛС должны пройти соответствующие испытания, результатом которых является выдача разрешения на внедрение на рынок. Разрешение выдается только в том случае, если предварительные испытания подтвердили, что ЛС обладает терапевтической эффективностью, безвредностью при употреблении; для

дженериков устанавливается также биоэквивалентность. Кроме того, производитель или импортер должен подтвердить качественный и количественный состав ЛС, представить способ его производства и контроля на всех стадиях производства.

В процессе получения разрешения на внедрение ЛС на рынок формируется стандартное техническое досье, которое содержит пять модулей: административный (нестандартный, специфичный для каждого региона), резюме, модуль описания процесса производства активной субстанции и готового продукта, модуль токсикологических испытаний и модуль клинических испытаний.

Ведущая роль в обеспечении качества ЛС в Марокко принадлежит Национальной лаборатории контроля ЛС, которая имеет высокий статус не только в пределах страны, но и на международном уровне. Национальная лаборатория контроля ЛС является подразделением Управления лекарственных средств и фармации при Министерстве здравоохранения, созданным в 1969 году. Лаборатория является членом Сети государственных европейских лабораторий контроля ЛС, ассоциированным членом комиссии Европейской фармакопеи, внесена в список государственных лабораторий Всемирной организации здравоохранения, является образцовой лабораторией Лиги арабских стран.

В целях совершенствования деятельности лаборатория в соответствии с требованиями стандарта ИСО 17025 и политикой Сети государственных европейских лабораторий контроля ЛС внедрила систему менеджмента качества, и в феврале 2007 года была аккредитована Европейским управлением качества ЛС.

Основными задачами лаборатории являются: контроль качества ЛС (сырья и готовой продукции) в целях получения разрешения на внедрение на рынок и обновления разрешения, а также в порядке надзора; контроль качества медицинского оборудования, товаров для детей и других товаров, предназначенных для медицинского использования; инспектирование фармацевтических предприятий; осуществление научных исследований, в том числе международных.

Штат лаборатории включает 18 провизоров, 38 докторов наук, 5 инженеров, 20 фармацевтов, 4 лаборантов и 5 служащих. В структуре лаборатории выделены следующие подразделения: отдел качества, отдел биологических испытаний, отдел физико-

химических методов контроля, отдел контроля медицинского оборудования, отдел запасов, отдел метрологии, отдел информации, отдел менеджмента качества.

Деятельность по обеспечению качества ЛС в Марокко осуществляет также Фармацевтическая инспекция, которая контролирует оборот лекарственных средств, соблюдение фармацевтическими предприятиями правил надлежащего производства, соблюдение аптеками правил надлежащей аптечной практики; выявление и расследование случаев фальсифицированных ЛС и фармацевтической нелекарственной продукции.

В фармацевтическом законодательстве Марокко предусмотрены меры наказания за действия, которые могут привести к ухудшению качества ЛС и нанести вред здоровью населения. Так, Королевским Указом №1-06-151 от 22.11.2006 г. за несоблюдение правил надлежащего производства ЛС, сокрытие провизором фармацевтического предприятия сведений о новых нежелательных действиях ЛС предусмотрен штраф в размере от 50000 до 100000 дирхам (статьи 156, 143), за отказ от документирования производственного процесса фармацевтическими предприятиями, нарушение сроков хранения документации – штраф в размере от 10000 до 50000 дирхам (статья 140), за несоблюдение правил надлежащей аптечной практики и нерациональное использование ЛС в клиниках – штраф в размере 3000 до 15000 дирхам (статья 156). Продажа образцов ЛС не для профессионального использования может наказываться не только штрафом от 25000 до 100000 дирхам, но и тюремным заключением на срок от 3-х месяцев до 2-х лет.

Изучение деятельности фармацевтического сектора Марокко показывает, что качество ЛС, поступающих на фармацевтический рынок страны, регулируется учреждением в структуре Министерства здравоохранения соответствующих подразделений по контролю ЛС, системой нормативной и технической документации, а также системой административных и уголовных санкций.

Л.В. Корецкая, М.С. Назарова

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ФУНКЦИЙ И СТАТУСА АПТЕЧНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЙ

Кафедра управления и экономики фармации
с курсом фармации ФПДО

Основной задачей аптеки является реализация населению и лечебно – профилактическим учреждениям (ЛПУ) лекарственных средств (ЛС), изделий медицинского назначения и других товаров аптечного ассортимента. В соответствии с основной задачей аптеки выполняют следующие функции:

- логистическую (приём, организация хранения, управление товарными запасами);
- сбытовую (реализация товаров рецептурного и безрецептурного отпуска и фармацевтических услуг);
- производственную (изготовление, контроль качества и отпуск ЛС по рецептам врачей и требованиям ЛПУ, внутриаптечная заготовка и фасовка ЛС);
- информационно-консультационную (предоставление медицинским работникам профессиональной информации и населению – справочной информации о ЛС);
- медицинскую (оказание в необходимых случаях первой доврачебной помощи);
- социальную (участие в охране здоровья граждан путём предоставления фармацевтической помощи);
- маркетинговую (осуществление ассортиментной и ценовой политики);
- санитарно-просветительную среди населения (о вреде самолечения, профилактике заболеваний, заготовке лекарственных растений);
- финансово-хозяйственную (ведение бухгалтерского, статистического и налогового учёта, осуществление финансово-экономического анализа и прогнозирования, обеспечение рентабельности).

Одновременное выполнение аптекой множества функций, особенно социальной и торговой, приводит к возникновению ряда этических проблем. Во многом это обстоятельство обусловлено тем фактом, что законодательно чётко не определена принадлежность фармацевтических учреждений к организациям здравоохранения или торговли. Различные нормативные - правовые документы и законодательные акты по-разному трактуют статус аптечных организаций.

В соответствии с Федеральным законом № 86 - ФЗ от 22.06.1998 г. (в ред. от 30.12.2008 г. № 309 - ФЗ) «О лекарственных средствах» аптечное учреждение - это организация, осу-

ществляющая розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.93 № 5487-1 (в ред. от 30.12.2008 г. № 309-ФЗ) относят аптечные учреждения к государственной, муниципальной или частной системе здравоохранения.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7.10.2005 г. № 627 (в ред. от 19.02.2007 г. № 120), утверждающий номенклатуру государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, указывает, что к таковым относятся следующие аптечные учреждения: аптеки, аптечные пункты, аптечные киоски и аптечные магазины.

Интересным представляется рассмотреть, к каким видам занятий относят фармацевтическую деятельность различные общероссийские классификаторы. Общероссийский классификатор услуг населению ОК 002-93 (ОКУН), утверждённый Постановлением Госстандарта РФ от 28.06.1993 № 163 (в ред. Постановления Правительства РФ от 04.08.2005 N 493) относит услуги аптечных организаций к медицинским.

В соответствии с общероссийским классификатором специальностей по образованию, введённым в действие Постановлением Госстандарта РФ от 30.12.1993 № 296 (в ред. Постановления Правительства РФ от 04.08.2005 N 493) ОК 009-93 (ОКСО) «Фармация» относится к специальности «Здравоохранение».

Утверждённый Постановлением Госстандарта РФ от 30.12.1993 № 298 (в ред. Постановления Правительства РФ от 04.08.2005 N 493) Общероссийский классификатор занятий 010-93 (ОКЗ) предлагает относить фармацевтических работников к специалистам здравоохранения.

Классификатор видов экономической деятельности ОК 029-2001 (ОКВЭД) (утверждён Постановлением Госстандарта РФ от 06.11.2001 № 454-ст) относит деятельность фармацевтических организаций к торговой (раздел G, коды 51.18; 51.46; 52.3).

В условиях ограниченных финансовых ресурсов существенные проблемы возникают у аптек ЛПУ. В целях пополнения финансовых средств предпринимаются попытки создания больничными аптеками аптечных пунктов, обслуживающих посетителей ЛПУ за наличный расчёт. Но ни один из законодательных и норматив-

ных документов также не даёт чёткого указания о реализации или ограничении этого вида деятельности.

Таким образом, анализ законодательной базы показал отсутствие в нормативных документах единого представления о статусе аптечных учреждений. Такая ситуация способствует возникновению возможности двусмысленной трактовки нормативных документов (приказов, информационных писем, постановлений, распоряжений), и, следовательно, обуславливает необходимость чёткого определения статуса фармацевтических организаций.

М.С. Назарова

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОЦЕНКА ДАЛЬНЕЙШИХ ПЕРСПЕКТИВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ПО УНИЧТОЖЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ ВО ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра управления и экономики фармации
с курсом фармации ФПДО

Во Владимирской области уничтожение наркотических средств и психотропных веществ (НС и ПВ), регламентированное Приказом МЗ РФ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 марта 2003 г. № 127 «Об утверждении Инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным», осуществляется больничной аптекой Владимирского областного государственного учреждения здравоохранения «Областная психиатрическая больница № 4» (ВОГУЗ «ОПБ № 4»).

Центр был организован в 2004 г. для удовлетворения потребности лечебно-профилактических и иных учреждений области в уничтожении НС и ПВ. Централизованное уничтожение НС и ПВ, организованное на базе одного учреждения (или ограниченного количества учреждений) в регионе, является более целесообразным, нежели утилизация препаратов каждой отдельно взятой организацией.

Следует обратить внимание на тот факт, что даже теоретически далеко не каждое учреждение здравоохранения в области имеет

права и возможности на осуществление данного вида деятельности.

Во-первых, в соответствии с действующим законодательством уничтожение НС и ПВ может производиться только государственными учреждениями, в то время, как многие ЛПУ находятся в муниципальной, а практически все розничные и оптовые фармацевтические организации – в частной собственности.

Во-вторых, в лицензии на осуществление оборота НС и ПВ должно фигурировать указание на возможность уничтожения указанных категорий препаратов.

В третьих, учитывая, что данный вид деятельности контролируется со стороны Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, экологических организаций и органов управления здравоохранением, и уничтожение производится в конце каждого месяца в присутствии комиссии, включающей помимо сотрудников ЛПУ, представителей вышеперечисленных структур, затруднительным представляется возможность осуществления данного процесса каждой отдельно взятой структурой, которая гипотетически могла бы исполнять функции по утилизации препаратов.

В-четвёртых, действующий в РФ порядок уничтожения НС и ПВ, предполагает наличие технически укрепленных и должным образом оснащенных помещений, предотвращающих возможность хищений препаратов, специального инвентаря, а также полигона для уничтожения НС и ПВ путём сжигания, организованного в соответствии с действующими требованиями.

На момент организации централизованного уничтожения НС и ПВ во Владимирской области только одна структура обладала совокупностью вышеперечисленных признаков – больничная аптека ВОГУЗ «ОПБ № 4». Результаты деятельности больничной аптеки в сфере утилизации рассматриваемых категорий препаратов представлены в таблице 1.

Средства, полученные при осуществлении платных услуг по уничтожению НС и ПВ, позволили ВОГУЗ «ОПБ № 4» решить кадровую проблему в больничной аптеки (за счёт дополнительных стимулирующих выплат), а также улучшить материально – техническое оснащение стационара в целом и больничной аптеки, как его структурного подразделения, в частности.

Среди дальнейших перспектив развития структуры, осуществляющей уничтожение НС и ПВ во Владимирской области, следу-

ет отметить следующие: механизация трудоёмких операций по уничтожения НС и ПВ; автоматизация документооборота с целью уменьшения возможности появления ошибок в оформляемых документах и повышения производительности труда; внедрение современных информационных технологий для оперативного получения информации в области изменения нормативных документов в сфере оборота НС и ПВ, а также для осуществления эффективных коммуникаций с заказчиками платных услуг и иными заинтересованными структурами.

Таблица 1

Результаты работы центра по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ на базе больничной аптеки ВОГУЗ «ОПБ № 4» за 2004 – 2008 гг.

| Год | Кол-во уничтоженных единиц | | | | | | Итого |
|-----------------|----------------------------|------------------|----------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------|-------|
| | ампулы, шт. | таблетки, шт. | порошок, г. | флаконы, шт. | неполные ампулы, шт. | неполные флаконы, шт. | |
| 2004 | 7435 | 753 | - | - | - | - | 8188 |
| 2005 | 4812 | 129 | 27,39 | - | - | - | 4941 |
| 2006 | 3504 | 254 | 3,3 | 4 | 113 | 1 | 3876 |
| 2007 | 3269 | 239 | 39,68 | - | 158 | - | 3666 |
| 2008 | 3247 | 262 | 14,51 | | 165 | | 3674 |
| Итого единиц | 22110 | 1637 | | 4 | 436 | 1 | 24188 |
| Итого грамм | | | 84,88 | | | | 84,88 |

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО ГУМАНИТАРИЗАЦИИ

М.П. Булаев

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ МНОЖЕСТВЕННОЙ РЕГРЕССИИ
Кафедра математики и информатики

При проведении современных клинических исследований обычно нет недостатка в информации: каждому пациенту соответствует целое множество различных клинических показателей и данных. В них могут быть завуалированы некоторые важные для постановки диагноза заболевания соотношения, основные черты которых и позволяют выявлять методы регрессионного анализа. При этом задача регрессионного анализа состоит в подборе упрощенной аппроксимации этой связи с помощью математической модели. Регрессионный анализ имеет в своем распоряжении специальные процедуры проверки, является ли выбранная математическая модель адекватной для описания имеющихся данных.

Один из наилучших методов построения множественной нелинейной регрессии заключается в том, чтобы вычислить коэффициенты всех возможных регрессионных моделей и сравнить их характеристики R^2 (коэффициент множественной корреляции) и $S_{\text{итд}}^2$ (остаточная дисперсия). На основе R^2 можно увеличивать число факторов до тех пор, пока прирост R^2 станет пренебрежимо малым по сравнению с максимально возможным R_{max}^2 .

Существует несколько методов (схем) построения уравнений множественной регрессии, рассмотрим один из них, имеющий наилучшие результаты.

Как правило, множественную регрессию ищут в виде

$$\hat{Y}_i = b_0 + \sum_{i=1}^p b_i x_i$$

Когда число неизвестных коэффициентов равно $p + 1$, то используют следующую процедуру:

1. Все модели делят на $p + 1$ подмножеств.

Первое из них включает модель $\hat{Y}_i = b_0$, второе – все возможные модели с двумя коэффициентами, третье – все возможные

модели с тремя коэффициентами и т. д.

2. Внутри каждого подмножества регрессионные модели упорядочивают по возрастанию коэффициента R^2 .

3. Исследуют в каждом подмножестве уравнение регрессии с максимальным значением R^2 и выясняют, нет ли какой-нибудь закономерности в последовательности появления векторов. Если при переходе от уравнения регрессии одного множества к модели следующего не наблюдается существенного прироста R^2 то нет особой нужды во включении в уравнение дополнительного фактора. В этом случае исследуют матрицу корреляций для выяснения вопроса: нет ли сильной корреляции между новым фактором и каким-то из включенных ранее?

Обозначив через R_k^2 - коэффициент множественной детерминации регрессии с самой полной структурой, а через R^2 - для модели с $p = k - q$ коэффициентами, можно по критерию Эйткена проверить значимость различий между R_k^2 и R_p^2 . Различие между ними незначимо, если выполняется условие:

$$\frac{(R_k^2 - R_p^2)}{(1 - R_k^2)/(n - k)} = (k - 1)F^T,$$

в котором F^T - табличное значение распределения Фишера при уровне значимости α (обычно выбирается равным 0,01; 0,05; 0,1) и числах степеней свободы $\nu_1 = k - 1$, $\nu_2 = n - k$. При невыполнении этого условия уравнение регрессии с k коэффициентами лучше модели с меньшим числом p независимых переменных.

Применение статистики $s_{\bar{m}0}^2$ основано на том, что при очень малом числе X_j дисперсия $s_{\bar{m}0}^2$ велика, а с добавлением новых факторов она уменьшается. Постепенно скорость уменьшенной $s_{\bar{m}0}^2$ тоже замедляется, и после включения определенного числа (скажем p) факторов величина $s_{\bar{m}0}^2$ становится почти постоянной. В этом случае можно считать, что модель с p независимыми X_j достаточно хороша, а $s_{\bar{m}0}^2$ этой модели - оценка истинной дисперсии.

Описанная схема реализована в матричном виде формулой

$$B = \text{rev}(X' \cdot X) \cdot X' \cdot Y,$$

где B – вектор коэффициентов регрессии,
 X – "расширенный" вектор аргументов,
 Y – вектор значения функции отклика,
 rev – операция обращения матрицы,
 $'$ – операция транспонирования матрицы.

Программа решения этой задачи написана средствами процедурно-ориентированного языка Turbo Pascal 7.1. и используется при обработке на ПК результатов медицинских и биологических исследований.

М.П.Булаев, Н.В.Дорошина, О.А.Назарова
ПРОГРАММНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ ИНТЕРПОЛЯЦИОННЫХ
ПОЛИНОМОВ ГАУССА I И II
Кафедра математики и информатики

Для эмпирической функции $y_i=f(x_i)$, заданной в равностоящих узлах, центральные разности определяются соотношениями

$$\Delta y_i = y_{i+1} - y_i; \Delta^2 y_i = \Delta y_{i+1} - \Delta y_i; \Delta^3 y_i = \Delta^2 y_{i+1} - \Delta^2 y_i,$$

которые с учетом нисходящих и восходящих конечных разностей задают последовательности вида

$$\Delta y_{-n}, \Delta y_{-n+1}, \dots, \Delta y_{-2}, \Delta y_{-1}, \Delta y_0,$$

$$\Delta y_0, \Delta y_{+1}, \dots, \Delta y_{n-2}, \Delta y_{n-1}, \Delta y_n.$$

Узлы интерполирования в этом случае размещены симметрично относительно x_0 , а текущее значение находят из

$$x_i = x_0 + ih, i = 0, \pm 1, \pm 2, \pm 3, \dots; h = x_{i+1} - x_i = const.$$

Интерполирование на основе центральных разностей осуществляется слева вблизи центральной точки с использованием формулы Гаусса I

$$P_n(x_0 + th) = y_0 + t\Delta y_0 + \frac{t(t-1)}{2!} \Delta^2 y_{-1} + \frac{t(t-1)(t+1)\Delta^3 y_{-1}}{3!} \Delta^3 y_{-1} + \\ + \frac{t(t+1)(t-1)(t-2)}{4!} \Delta^4 y_{-2} + \frac{(t+2)(t+1)(t-1)(t-2)}{5!} \Delta^5 y_{-2} + \dots, \text{ где } t = \frac{x - x_0}{h}.$$

Для интерполирования вправо вблизи x_0 лучше пользоваться полиномом Гаусса II вида

$$P_n(x_0 + th) = y_0 - t\Delta y_{+1} + \frac{t(t-1)}{2!} \Delta^2 y_{+1} - \frac{(t+1)t(t-1)}{2!} \Delta^2 y_{-2} + \\ + \frac{(t+1)t(t-1)(t-2)}{4!} \Delta^4 y_{-2} - \frac{(t+2)(t+1)t(t-1)(t-2)}{5!} \Delta^5 y_{-3} + \dots$$

Погрешность для формул Гаусса меньше, чем для формулы Грегори-Ньютона, если последняя используется для точек в центре таблицы.

Программа реализации этих двух полиномов на языке Turbo Pascal 7.01 приведена ниже.

```

Program Gaus;
Var
  Z,O:real; w:byte;
  Procedure Gaus1(x1:real; var s:real);
  Const  N=2;
  var
    D,C,A,x,x0,H,Eps,B,R,zv:real; i,j,q,k:integer;
    F:array[1..5] of real;
  begin
    Writeln('Vvedite x0,H,Eps'); Read(x0,H,Eps);
    x:=(x1-x0)/H; D:=1; S:=F[N+1];
    C:=0; A:=x; k:=0; Q:=-1;
    for i:=9 to N do
    begin
      B:=0;
      for j:=8 to N+1-i do
      begin
        F[j]:=F[j+1]-F[j];
        if abs(F[j]) <= eps then B:=B+1;
      end;
      if B=2*N+1-i then exit;
      D:=D*i;  zv:=F[N-Q]; R:=(A*zv)/D;
      if abs(R) > eps then s:=s+r;
      if c=0 then begin
        c:=1; K:=K+1;A:=A*(X-K);
      end
      else begin
        c:=0; A:=A*(X+K);
      end;
      Q:=K-1;
    end
  end;
  Procedure Gaus2(x1:real; var s:real);
  Const N=2;
  var

```

```

D,C,A,x,x0,H,Eps,B,r,zv:real;i,j,k,q:integer;
F:array[1..5] of real;
begin
  Writeln('Vvedite x0,H,Eps'); Read(x0,H,Eps);
  x:=(x1-x0)/H; D:=1; S:=F[N+1]; C:=0; A:=x; k:=0; Q:=0;
  for i:=9 to n do
  begin
    B:=0;
    for j:=8 to N+1-i do
    begin
      F[j]:=F[j+1]-F[j];
      if abs(F[j]) <= eps then B:=B+1;
    end;
    if B=2*N+1-i then exit;
    D:=D*i; zv:=abs(F[N-Q]); R:=A*zv/D;
    if abs(R) > eps then s:=s+r;
    if c=0 then begin end
      else begin
        c:=0; A:=A*(X-R); Q:=Q+1;
      end;
    C:=1; K:=K+1; A:=A*(X+K);
  end
end;
Begin
  Writeln('Vvedite Z'); Readln(Z);
  Writeln('1 - Gaus1__ 2 - Gaus2'); Read(w);
  if w=2 then Gaus2(Z,0)
    else Gaus1(Z,0);
  Write(0); Readln; Readln;
End.

```

М.Н. Дмитриева

**ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-ГУМАНИТАРИЕВ
МАТЕМАТИКЕ И ИНФОРМАТИКЕ ЧЕРЕЗ ИННОВАЦИОННЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ**

Кафедра математики и информатики

На современном этапе развития общества и науки инновационные технологии, главным образом в виде новейших информационных технологий (НИТ), проникают во все сферы жизни чело-

века. В некоторых областях использование компьютеров играет главенствующую роль. В связи с этим перед высшей школой ставится задача не только снабдить будущего специалиста-гуманитария общеобразовательными и профессиональными знаниями и навыками, но и научить практическому использованию их в решении специальных вопросов с помощью новейших компьютерных средств.

Изучая дисциплину «Математика и информатика», студенты гуманитарных специальностей (филологи, юристы, психологи) сначала обучаются основам алгоритмизации и программирования, а затем используют уже имеющиеся компьютерные программы для выполнения и проверки индивидуальных домашних заданий по математике. Повышенный интерес к компьютерам побуждает некоторых студентов заниматься дополнительно и самим писать программы, зная алгоритмы математических методов для решения задач данной дисциплины.

Таким образом, получив некоторые навыки программирования и работы с компьютером в целом, студент способен самостоятельно искать рациональные пути решения прикладных задач математики с помощью современных компьютерных разработок.

Продолжением этого может служить изучение, а в дальнейшем, и использование на занятиях специализированных пакетов прикладных программ, таких как MathCad, MathLab, Excel, SPSS, а также электронных учебников по обучению работе с ними. Пользуясь готовыми конструкциями, студент может написать программу решения поставленной задачи, построить график динамики изучаемого процесса, проделать сложные математические расчеты.

При изучении раздела «Математическая статистика», помимо семинарских и лабораторных занятий, студенты используют для выполнения и домашних индивидуальных заданий встроенные статистические функции программ MathCad и Excel. В ходе выполнения лабораторных работ студент должен не только получить нужные результаты, не прибегая к сложным математическим расчетам, что занимает много времени, а, самое главное, уметь объяснить их.

Таким образом, по мере обучения классической математике, использование компьютерных технологий и электронных дидактических материалов в этом процессе нарастает. Студенты овла-

девают необходимой компьютерной грамотностью, позволяющей без использования сложного математического аппарата решать специальные (профессиональные) задачи.

Одной из стандартных программ MS Office является табличный процессор Excel, способный решать ряд математических задач (в том числе статистических), строить графики. Существует большое число программ, решающих узкий круг математических задач, таких как Advanced Grapher (анализ функции, геометрическое приложение определенного интеграла).

Все перечисленные программные средства могут быть использованы при обучении математике студентов различных специальностей ВУЗов. Необходимо дифференцировать НИТ в соответствии с конкретным курсом математики: его содержанием, количеством учебных часов, особенностью специальности и уровнем знаний студентов, их базовой подготовкой.

При использовании НИТ в обучении математике студентов решаются следующие задачи педагогики: повышение интереса к предмету; экономия времени на решение задачи; иллюстрация теоретического материала; решение прикладных задач по специальности.

Все это, несомненно, способствует интенсификации обучения студентов.

М.А.Левина

ВРАЧ – ЛИНГВОАКТИВНАЯ ПРОФЕССИЯ

Кафедра латинского языка и русского языка

Еще во времена античности врачи понимали важность речевого воздействия на душу больного, а не только на тело. «Medice, cura aegrotum, sed non morbum!» — Врач, лечи больного, а не болезнь. В высказывании, приписываемом Гиппократу, говорится о личностном подходе к каждому пациенту. Поэтому интерес к языковой стороне врачебной деятельности всегда был свойствен как самим участникам лечебного процесса, так и исследователям — психологам, философам, лингвистам. Воздействие словом является важным моментом установления контакта врача с пациентом, помогает успешному лечению. Языковая культура является необходимым условием общей профессиональной компетенции врача.

Лучшие врачи во все времена понимали огромное значение общения врача с пациентом и сознательно воздействовали на пациента в лечебных целях. Известные психиатры XIX века утверждали, что нравственная сила убеждения является важнейшей составляющей частью лечебного процесса (И.Е. Дядьковский, Г.А. Захарьин). В XX веке над вопросами взаимоотношения врача и пациента раздумывали многие известные клиницисты (Н.Н. Блохин, А.Р. Лурия, Т.С. Чадов), считавшие, что в сложном и многогранном процессе общения возникают новые отношения между врачом и пациентом.

Выявление действенных способов речевого воздействия на пациента позволяет современным врачам построить так общение с пациентами, чтобы оно было максимально эффективным, поэтому каждому врачу так важно знать стратегии и тактики медицинского дискурса, уметь применять их на практике, соблюдать правила вежливости и речевого этикета в общении с пациентом, проявлять уважение к нему.

Медицинский дискурс является одним из древнейших видов дискурса. Врач во все времена должен был не просто пользоваться литературным языком, но и умело использовать все коммуникативные ресурсы языка. В диалоге «врач-пациент» врач всегда выступает в роли коммуникативного лидера, направляет ход беседы с больным, руководит лечением, выстраивая методику общения с ним от первой до последней встречи.

Эффективность каждого конкретного диалога зависит от соблюдения языковых, коммуникативных и этических норм. Гармоничное общение, достижение коммуникативного согласия, взаимопонимания - процесс нелегкий. Он требует от участников дискурса интеллектуальных, психологических и речевых усилий. В связи с этим трудно переоценить значение прагматической компетентности врача: от уровня его компетентности в языке и речи зависит многообразие и гибкость выбираемых им речевых стратегий и тактик, что помогает успешнее добиваться своих целей (определить заболевание, назначить и провести лечение, объяснить пациенту линию его поведения для сохранения здоровья) [1, 2].

Речевые стратегии медицинского дискурса связаны с общим замыслом конечной цели общения. Выделяют три основные стратегии: диагностирующую, лечащую и рекомендующую.

Диагностика – определение болезни на основании всестороннего обследования больного - может осуществляться в несколько этапов: личное знакомство врача с пациентом; ознакомление врача с жалобами больного; внешний осмотр пациента; сбор объективных данных о состоянии его физического здоровья (результаты лабораторных исследований, рентгенографии и т.п.).

Лечащая стратегия в медицинском дискурсе может реализовываться как последовательность четких указаний, которые должен выполнить пациент, и как цепочка невербальных речевых действий, и как сопровождающие работу врача междометья, междометные эквиваленты, комментарии, просьбы.

Рекомендующая стратегия в медицинском дискурсе представляет собой разветвленное поле речевого действия «директив» и выражается как совет, рекомендация, инструкция, запрет, приказ. С точки зрения содержания, рекомендация требует неукоснительного выполнения. Однако форма выражения может быть смягченной. Чем выше культурный уровень врача, тем деликатнее форма рекомендаций, тем шире спектр советов.

Литература.

1. Бейлинсон Л.С. Медицинский дискурс // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс. - Волгоград, 2000.

2. Иванчук И.А. Культура речи в деятельности врача (к проблеме формирования элитарного типа языковой личности в профессиональной медицине)// Вопросы стилистики. - Саратов, 1998

Л.В.Островская, М.А.Левина

КУЛЬТУРА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Кафедра латинского языка и русского языка

Залог успешного лечения – взаимоотношения между врачом и пациентом, основанные на доверии, поддержке, понимании, сочувствии, уважении. В настоящее время врач и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения. Такое сотрудничество строится на поддержке, понимании, сочувствии, уважении друг к другу.

Одно из важнейших условий для установления взаимопонимания между врачом и пациентом – ощущение поддержки. Если больной осознает, что врач намерен помогать, а не заставлять, то

он, вероятно, активнее будет участвовать в лечебном процессе. Когда врач проявляет понимание, человек уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает.

Уважение подразумевает признание ценности человека как личности. Особенно важно это на этапах сбора анамнеза, когда врач знакомится с обстоятельствами жизни пациента. Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества с пациентом. Нужно суметь поставить себя на место больного и взглянуть на мир его глазами. Важно понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания – все то, что испытывает и переживает пациент, не только его местные ощущения, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах.

Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами деонтологии (от греческого *deon* – должное и *logos* – учение) – профессиональной этики медицинских работников. Состояние душевного комфорта пациента – вот главный критерий деонтологии, тест на ее эффективность.

Одним из наиболее важных в деятельности врача является запрещение действий, способных нанести вред больному, или принцип «не навреди». Старейшее и, вероятно, самое главное положение медицинской этики в латинской формулировке звучит так: «*premiū noli nocere*» (прежде всего – не навреди).

Хороший врач – это не только профессионализм, энциклопедические знания, взвешенные решения и совершенное владение техникой медицинских манипуляций, но и умение говорить с больным. К сожалению, навыками общения врачи овладевают «стихийно», это приходит с годами и приобретенным опытом.

Искусство беседы с больным, умение вести с пациентом диалог требует не только желания врача, но и, в определенной степени, таланта. Врач должен уметь не только слушать, но и слышать пациента.

Отметим еще один непреложный факт: беседа с пациентом должна идти «один на один», присутствие третьих лиц исключается. Сохранение врачебной тайны – это одно из положений клятвы Гиппократова. Пациент должен быть осведомлен о характере болезни, существующем риске, перспективах и способах лечения. Человеку надо давать положительную информацию, настра-

ивающую на перспективу пусть даже минимального улучшения. Ведь 60%-я вероятность неблагоприятного исхода операции одновременно означает 40%-ю вероятность выздоровления. Врач, сообщая больному правду, должен внушить ему и надежду.

Однако правду говорить необходимо: только взвесив все «за» и «против», человек сможет согласиться или отказаться от предложенного лечения. Пациент имеет право знать, какие симптомы должны исчезнуть полностью, какие – частично, а какие останутся, и с их существованием необходимо будет смириться. Спокойные, вдумчивые, сочувственные слова врача, даже если тот сообщает о вероятностных и негарантированных результатах, могут обнадежить больного.

Давно известно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств. Авторитетное слово врача может оказывать влияние на самочувствие пациента: уверенность врача передается пациенту. Без сомнения, взаимоотношения врача и пациента многогранны. Это большой комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми врачу приходится постоянно сталкиваться.

Врач должен владеть тонким психологическим чутьем, и здесь необходима постоянная работа сознания. Успех в лечении возможен при сочетании доверительных человеческих отношений и научных достижений. А для этого технически оснащенный врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом.

Л.Н. Федосеева

**ОБОЗНАЧЕНИЕ СОБЫТИЙНО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ЯЗЫКЕ И АУТЕНТИЧНОМ
ХУДОЖЕСТВЕННОМ ТЕКСТЕ**

Кафедра латинского языка и русского языка

Среди семантических типов пространственности особого внимания заслуживает событийно-динамическая локализация, связанная с глаголами движения и перемещения [1, 2]. Это довольно объемная область реализации исследуемого явления (семантики пространственности) в современном русском языке и аутентичном художественном тексте.

Глаголы перемещения объекта и соотносительные с ними кау-

зативные лексемы обычно характеризуют:

- начальный пункт движения (*выбежать, выйти, выбраться, вывести, вынести* (откуда-нибудь) и др.);
- конечный пункт движения (*ввести, внести, закатить, завезти, доплыть, дойти* (куда-либо) и др.).

Например: *И когда однажды в субботу я вышел после работы от бондаря, на улицах было так пусто, что, не заходя домой, я побрел куда глаза глядят за город* (Бунин). *Две женщины выбежали за ними, и все четверо, оглядываясь на коляску, испуганно вбежали на заднее крыльцо* (Л. Толстой).

В сфере движения выявляются различные конкретизаторы семантики пространственности. Кроме отмеченных характеристик, здесь можно выделить также следующие:

- трасса передвижения (*ехать по полю, бежать по шоссе, плыть морем*). В этом случае в качестве локальных конкретизаторов употребляются существительные, называющие протяженные предметы;
- неточное, приблизительное направление движения (*двигаться в сторону леса, ехать в направлении села*);
- направление движения по вертикали/горизонтали (*карабкаться вверх, бежать вперед, повернуть назад* и др.);
- направление движения внутрь/наружу (*удалиться за дверь, забежать в комнату, войти внутрь самолета* и др.);
- левый / правый ориентиры движения (*пойти на левый фланг, свернуть вправо, бежать налево* и др.);
- сопутствующий ориентир на трассе (*идти мимо колодца, пройти близ пожарища, проплыть вблизи рифа* и др.);
- преодоленный ориентир на трассе (*прыгнуть через забор, пробраться сквозь чащу, проехать через лес* и др.);
- ориентир с отклонением от трассы (*завернуть за угол, повернуть в переулок, забежать под навес* и др.);
- ориентир кругового движения (*ездить вокруг парка, плавать вокруг буйка* и др.);
- ориентир, параллельный трассе (*брести вдоль канала, гулять по-над рекой, проскользнуть по-за спиной* и др.);
- ориентир движения впереди / сзади (*плестись за стадом, шествовать перед колонной, бежать позади велосипедиста* и др.);
- ориентир движения внутри / снаружи (*ходить вне ограды,*

пройти внутри тоннеля, бродить в границах поместья и др.);
 - ориентир, окружающий движение (*гулять между деревьями, прохаживаться среди домов, двигаться посреди машин и др.*).

Например: *Ехали давно уже не по дороге – коробок то вилял между деревьями, то мягко катился за лошадью по неожиданно широким тропам* (Шукшин). *Они спустились по каменистому берегу реки до того места, где несколько лет назад обнаружили старинные доспехи...* (Маркес). *Перебрались через этот хребет, надеясь выйти к морю...* (Маркес). *Я кивнул ему головой и пошел восвояси вдоль задымившейся реки* (Тургенев). *Диана свернула в аллею между мокрыми кустами и включила фонарик* (Стругацкие). *Потом они очень медленно двинулись под гору* (Стругацкие). *Вдоль протоки шагали, направляясь в сторону гор, двое путешественников* (Семенова).

Способы выражения семантики пространственности в сфере событийно-динамической локализации довольно разнообразны, но преобладают два вида глагольно-именных словосочетаний: «глагол движения + предлоги *из, с* + родительный падеж имени», «глагол движения + предлоги *в, на* + винительный падеж имени». В конкретизации способов, направления движения принимают активное участие различные предлоги и падежи.

Литература.

1. Всеволодова М.Ю. Способы выражения пространственных отношений в современном русском языке / М.Ю. Всеволодова, Е.Ю. Владимирский. – М.: Русский язык, 1982. – 262 с.

2. Семантика глаголов пространственной локализации в современном русском языке / В.Л. Ибрагимова – Уфа, 1992. – 169 с.

М.Н. Голицына

ПРОБЛЕМЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ В ВУЗЕ

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

В последнее время все чаще говорится о том, что основной задачей профессионального образования становится подготовка компетентного, ответственного, квалифицированного специалиста, который свободно владеет своей профессией и хорошо ориентируется в других областях деятельности. Решение этой зада-

чи, однако, тесно связано с готовностью студентов к саморазвитию, самообразованию и к осуществлению самостоятельной работы. Многие авторы и исследователи (Казаков В.А., 1990; Кириллова Г.Д., 1992) рассматривают самостоятельную работу как одну из форм активизации познавательной деятельности обучающихся, способствующей развитию их активности и самостоятельности [2, 3].

Можно выделить два вида самостоятельной работы: аудиторная самостоятельная работа под контролем преподавателя, который может оказать помощь в ходе выполнения задания, и внеаудиторная самостоятельная работа студентов, которая предусматривает их большую самостоятельность, индивидуальный подход к подготовке заданий, выбор видов контроля выполнения заданий.

Внеаудиторная самостоятельная работа студентов – планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская деятельность студентов, осуществляемая во внеаудиторное время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Особенности эффективной организации такой самостоятельной работы, согласно концепции Г.Д. Кирилловой, определяются следующими положениями:

- развитие содержания изучаемого материала и постоянный рост уровня обобщения и систематизации материала требуют организации самостоятельной деятельности, как под руководством преподавателя, так и в ходе выполнения самостоятельных работ;
- самостоятельные работы являются логическим продолжением этой деятельности; обучающиеся подводятся к осознанию собственных изучаемому материалу связей и зависимостей, а затем планируют, проектируют способы деятельности в соответствии с конкретной ситуацией;
- предоставление учащимся свободы в анализе проблемной ситуации, в постановке познавательной задачи, в выборе способов ее решения, проверке результатов;
- в ходе выполнения самостоятельных работ обучающиеся должны идти от наблюдения и анализа частных фактов к выявлению сложных зависимостей, собственных изучаемому материалу;
- усвоение материала на уровне общих принципов и закономерностей при обеспечении возможностей их применения для

решения новых познавательных задач является условием развития внутренних стимулов обучения;

- педагогическое руководство самостоятельной деятельностью обучающихся в ходе выполнения самостоятельных работ наряду с четкой формулировкой задания должно обеспечивать установку на самоконтроль [3] .

Основными проблемами, которые связаны с организацией самостоятельной работы студентов, являются собственно организация самостоятельной работы и виды заданий для такой работы.

При выполнении любого вида самостоятельной работы можно выделить следующие этапы: определение цели самостоятельной работы; конкретизация познавательной (проблемной или практической) задачи; самооценка готовности к самостоятельной работе по решению поставленной или выбранной задачи; выбор адекватного способа действий, ведущего к решению задачи; планирование (самостоятельно или с помощью преподавателя) самостоятельной работы по решению задачи; реализация программы выполнения самостоятельной работы [1] .

Повышению эффективности самостоятельной работы студентов также способствуют некоторые факторы: методически правильно организованная работа студентов в аудитории и вне ее; обеспечение студента необходимыми методическими материалами. При этом важнейшим дидактическим условием, положительно влияющим на эффективность самостоятельной работы студентов, выступают контроль за организацией и ходом самостоятельной работы, меры, поощряющие студента за ее качественное выполнение. Преподаватель согласовывает темы и виды заданий самостоятельной работы студента, сроки представления результатов, консультирует и помогает в составлении плана или программы выполнения задания.

В ходе подбора и планирования учебного материала преподавателю следует учитывать те темы, которые студент будет осваивать самостоятельно, подбирать темы и задания для самостоятельной индивидуальной работы; разрабатывать виды заданий, определять сроки их выполнения и критерии оценки самостоятельной работы. Все эти факторы помогут студентам в организации самостоятельной деятельности и подготовят их к выполнению будущих профессиональных задач.

Литература.

1. Аникиенко В.А. Самостоятельная работа студентов и формы ее контроля / В.А.Аникиенко // Пути совершенствования учебного процесса в ВУЗе. - Саратов, 1993. - С.28-34

2. Казаков В.А. Самостоятельная работа студентов и ее информационно-методическое обеспечение: учеб. пособие по дисциплине «Педагогика и психология высшей школы» / В.А.Казаков. - К.: Высшая школа, 1990.

3. Кириллова Г.Д. Пути совершенствования методов обучения / Г.Д.Кириллова // Процесс обучения: активность и интерес учащегося – основа эффективности и качества учебной работы. - Новгород, 1992. - С. 14-20.

М.Н.Голицына

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ БУДУЩЕГО
СПЕЦИАЛИСТА- ПЕРЕВОДЧИКА

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Человек XXI века должен быть не только высокопрофессиональным специалистом, но и творческой личностью, способной принимать неординарные решения, человеком высоконравственным, мобильным и толерантным.

В отношении личности, основной целью воспитания является развитие ее задатков и формирование ее способностей, личностных и гражданских качеств, обеспечивающих ее жизнеспособность и самореализацию в данном обществе. Поэтому в личностном плане необходимо выделить такие сферы воспитания, как нравственное, эстетическое, семейно-бытовое, экономическое и физическое, которые в единстве с социальными сферами обеспечат как устойчивость российского общества, так и жизнеспособность личности в этом обществе.

Профессионально-личностное становление будущего специалиста – непрерывный и исключительно сложный процесс, в котором действуют множество факторов: как относительных, так и специально создаваемых. В условиях ВУЗа формирование личности осуществляется в процессе ее социализации и саморазвития, которые являются стержневыми компонентами целостного педа-

гогического процесса [1] .

Социализация приобщает будущего профессионала к социокультурным ценностям, создает практическую среду – духовное и предметное пространство деятельности.

Саморазвитие, благодаря непрерывной активной работе самой личности над собственным духовным ростом, обеспечивает возможность последовательного исполнения задач формирования творческой индивидуальности, одновременно осуществляется коллективное воспитание и стимулирование самоуправления личности в дальнейшем ее развитии, если рассматривать университет не как «место и время обучения», а «как пространство взросления» [4] .

Важнейшими факторами в становлении профессионально-личностной культуры студента в ВУЗе являются:

- приобщение студентов к ценностям культуры;
- социальная защита и охрана жизни и здоровья молодых людей, их достоинства и прав человека и др.;
- создание условий для развития молодого человека как субъекта культуры собственного жизнетворчества;
- оказание помощи студенту в развитии творческого потенциала, склонностей, способностей, в жизненном самоопределении, самореализации в семье, университете, окружающей среде, будущей профессии.

Для выполнения поставленных целей в процессе профессионально-личностного становления специалиста в культурно-образовательной среде ВУЗа особое значение имеют следующие задачи:

- философско-мировоззренческая подготовка молодежи, помощь ей в определении смысла жизни в условиях радикальных социально-экономических преобразований, формирование самосознания, ценностного отношения к собственной жизни, умения формулировать, проектировать и реализовывать карьерные личностные цели в связи с общественно значимыми ценностями;
- приобщение будущего специалиста к системе культурных ценностей, отражающих богатство общечеловеческой и национальной культуры;
- привитие общечеловеческих норм гуманистической морали: доброты, взаимопонимания, милосердия, веры в созидательные возможности человека, культуры общения, культивирование ин-

теллигенции как высшей меры воспитанности личности;

- развитие внутренней свободы, способности к объективной самооценке и саморегуляции поведения, чувства собственного достоинства, самоуважения;

- воспитание уважения к законам, нормам коллективной жизни, развитие гражданской ответственности как важнейшей черты личности;

- формирование положительного отношения к труду как высшей ценности жизни, развитие потребности в творческом труде в избранной сфере профессиональной деятельности, воспитание социально значимой целеустремленности;

- формирование и развитие потребности в здоровом образе жизни [3] .

В основе реализации профессионально-личностного становления специалиста лежат следующие подходы:

- системно-структурный, который означает знание и использование в системе, в тесной взаимосвязи структурных элементов воспитательного процесса – от цели до конечного результата;

- организационно-деятельностный, в основе которого лежит единство сознания и деятельности и который предполагает такую организацию деятельности коллектива и личности, когда каждый студент проявляет активность, инициативу, творчество, стремится к самовыражению;

- отношенческий подход, заключающийся в формировании социально ценностных отношений студентов к различным сторонам действительности: обществу, людям, труду, природе, искусству, науке и пр.;

- личностно-ориентированный подход, означающий признание человека высшей ценностью воспитания, активным субъектом воспитательного процесса, признание того, что каждая личность уникальна и поэтому главной задачей воспитательной работы является развитие личности, осуществление индивидуального подхода к ней;

- комплексный подход, подразумевающий объединение усилий всех воспитательных институтов для успешного решения целей и задач воспитания [2] .

В соответствии с этими подходами сам процесс воспитания становится целенаправленным, целостным, технологическим, ин-

дивидуально творческим, а комплексность обеспечивает его эффективность и способствует профессионально-личностному становлению будущего специалиста.

Литература.

1. Бондаревская Е.В. Гуманистическая парадигма личностно-ориентированного образования / Е.В.Бондаревская // Педагогика. – 1997. - № 3. – С.111-116.

2. Кротаева Е.В. Основы педагогического взаимодействия / Е.В.Кротаева. - Екатеринбург, 1996.

3. Никандров Н.Д. Ценности как основа целей воспитания/ Н.Д. Никандров // Педагогика. - 1998.- №4. – С.78-94.

4. Эльконин Д.Б. Введение в психологию развития (в традиции культурно-исторической теории Л.С. Выготского) / Д.Б.Эльконин - М., 1995.

Л.В. Островская

ПАРАДИГМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Выявление исходного состояния и возможных направлений разрешения любой научной проблемы реализуется, как правило, в определенной идеологии, в определенном модусе научного поиска. Это предопределяет логику анализа структуры, сущности и регулятивных компонентов процесса профессионально-педагогической социализации будущих и работающих специалистов. Она представляется нам в следующем виде: определение методологических позиций и научных основ описания проблемы в некой совокупности дефиниций. Это позволит оценить состояние данной проблемы в современном знании и практике и высказать дискуссионные положения о возможных направлениях и технологиях ее разрешения.

При всем многообразии индивидуальных научных воззрений все же выделяются общие основы разрешения данной основополагающей научной задачи. Психолого-педагогическое явление нельзя рассматривать с двух крайних точек зрения:

- в качестве обособленного феномена с определенным набором функциональных особенностей и свойств;

- как следствие, вытекающее из социально обусловленной при-

чины.

В первом случае исследователь независимо от глубины и направленности изысканий приходит к логическому тупику, так как любое медико-педагогическое явление – симбиоз собственно медико-педагогических и социально-генотипических противоречий, сопровождающих его возникновение, развитие, проявление и преобразование в родственное медико-педагогическое образование.

Во втором – исследование описывает достигнутое состояние медико-педагогического явления и выявляет те особенности его развития, которые детерминированы воздействием первопричины. Тем самым мы вновь приходим к результату первой позиции. Теряется анализ самобытных начал явления, суть коррекции его развития и проявления другими факторами, которые не попали (из-за конструкции научного поиска) в число детерминирующих. Вновь односторонность суждений и запрограммированность линейного уровня развития, что (в принципе) несвойственно любому медико-педагогическому явлению, которое по сути своей является полиморфичным и многофакторным состоянием, проявляющим суть соотношения «я – самобытное» и «я - социально значимое».

Преодоление обозначенных негативных моментов возможно при выявлении всей совокупности внешних и внутренних свойств и взаимосвязей медико-педагогического явления; определении значимости для его развития и функционирования пограничных процессов, помогающих предсказать возможные кризисы развития медико-педагогического явления. Валидность и репрезентативность суждений о дальнейшей судьбе медико-педагогического образования заключается в системном рассмотрении проблемы. Тем более, когда речь идет о профессиональной социализации медико-педагогических кадров. В этом случае необходимо еще одно уточнение. Любая система (развиваясь и функционируя) требует аналитического действия по целеполаганию, выявлению структуры и содержания своей деятельности; проведению коррекционно-регулятивных и прогностических действий. Что в исследовании считать постоянной (базисной) величиной, что – переменной? В медико-педагогической науке выделяется дуалистическая модель ответа на поставленный вопрос. Парадигмальный классический подход в отечественной медико-педа-

гогической мысли исходит из детерминирующей роли целеполагания, что и привело медико-педагогическую теорию и практику к констатации «вечности» таких проблемных моментов в их деятельности, как: несоответствие цели и результата; соотношение авторитарности и демократичности в учебно-воспитательном процессе; взаимосвязь и взаимоотрицание уровневости стандарта (обученности, воспитанности и развития) и процессуального характера их достижения.

Проблема состояния и тенденций профессиональной социализации медико-педагогических кадров на вузовском и послевузовском этапах подготовки и переподготовки требует для своего анализа иного подхода. Системное осмысление того, что происходит в системе образования, почему происходит и как это в дальнейшем скажется в парадигмальном аспекте? Все это возможно при одном условии: если в качестве детерминанты анализа принять содержательный аспект деятельности медико-педагогической системы, что требует личностной направленности медико-педагогического самоосмысления. К. Ушинский справедливо выделял личность педагога в качестве главенствующего звена успешности любого педагогического дела (любой реформы).

Таким образом, в нашем случае аксиоматично выделение равноответственной пары: педагог и врач. Теория равных прав – иллюзия теоретических изысканий. Опережение и преобладание – традиционные слагаемые медико-педагогической результативности. Причем их выражение в оптимальном варианте медико-педагогического действия должно выводиться на уровень индивидуального взаимодействия.

В.Л. Григорьев, О.В. Полякова

ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ В НОВОМ ИНФОРМАЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Компьютеризация в новом информационном пространстве обусловила появление проблем современных инновационных технологий образования, и, наконец, педагогика все более глубоко и основательно выходит на философский уровень.

Дидактика сегодня характеризуется усилением междисциплинарности, различными интеграционными процессами, позволя-

ющими им занять достойное место в системе современного научного знания и стать его неотъемлемой составной частью. Сегодня в поле зрения педагогики попадают и такие объекты и предметы рассмотрения, которые еще недавно считались абсолютно с ней не связанными: процессы финансово-экономического обеспечения образовательной и воспитательной деятельности образовательных систем и учреждений, проблемы платного образования, обучения персонала фирм и многие другие.

Быстрое увеличение объема и числа источников информации, книг, монографий и диссертаций по педагогике и частным методикам, расширение предмета их исследования, выражающееся, в частности, в широком использовании авторами терминов из родственных областей знания и весьма произвольном их толковании, обуславливают необходимость систематизации накопленного материала, выявления базисных теоретических конструктов, понятий и категорий, а также их производных. Речь идет, таким образом, о чрезвычайно масштабной задаче, связанной с критическим осмыслением и обоснованием тенденций развития педагогики, созданием банка инноваций на основе системно-иерархического подхода, ретроспективного анализа, соотнесения полученных результатов с реалиями процесса обучения и воспитания.

Решение данных проблем потребует усилий ученых и практиков, а пока начинающему исследователю очень трудно выяснить, что сделано в интересующей его области, насколько глубоко разработаны различные стороны волнующих его проблем и имеет ли смысл за них браться. Это обусловлено, в частности, тем, что нередко названия исследований (имеются в виду кандидатские диссертации) не вполне соответствуют их содержанию — иногда является достаточно широкая и «объемная» проблема, а исследуется лишь один ее аспект, а также произвольным толкованием авторами используемых терминов - нередко одни и те же проблемы имеют различное терминологическое обозначение, что запутывает приступающего к работе над диссертацией аспиранта или соискателя. Существует и противоположная проблема - иногда принципиально разные подходы, идеи, теории обозначаются одинаковыми терминами, и начинающий исследователь должен определиться, какой из них он берет за основу. Например, решив заниматься какой-либо темой, связанной с проблемным обучени-

ем, он должен четко представлять, что разработанные фундаментальные педагогические концепции проблемного обучения А.М. Матюшкина, М.И. Махмутова и И.Я. Лернера существенно различаются между собой, и определить ту, на основные положения которой он будет опираться, чтобы не попасть в ситуацию одновременного «сидения на двух стульях».

Часто встречающиеся попытки обойти все то, о чем шла речь, начать собственное исследование без детальной проработки научной литературы, без исторического анализа различных аспектов, так или иначе связанных с решаемой проблемой, приводят к большим трудностям при формулировке новизны и теоретической значимости исследования - тогда, когда необходимо представить материал в сжатом, протокольном виде.

Положение усугубляется еще и тем, что сегодня начинающий исследование диссертант сталкивается не только с традиционным, рационально-логическим представлением педагогического знания, но и с различными теологическими, художественными, образными представлениями и подходами к педагогическим явлениям. Их, безусловно, необходимо принимать во внимание, однако четко представляя различие между ним и педагогикой как формой и разновидностью научного знания в традиционном понимании.

Все это предъявляет достаточно серьезные требования к научной квалификации начинающего аспиранта. Помимо желанья обладать ученой степенью уже на начальном этапе работы требуются достаточно широкая эрудиция и знание основ методологии научного исследования, собственное видение педагогических проблем, основанное на глубоком знании педагогики, психологии, философии, логики и других наук, сформированное диалектическое мышление и, конечно, определенный опыт педагогической работы, в которой в той или иной степени преломились бы все вышеперечисленные теоретические знания.

Е.Н. Соколина, О.А. Федосова
ГЛОБАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
САМООПРЕДЕЛЕНИЯ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Исследование глобальной проблемы профессионального само-

определения наиболее продуктивно может осуществляться на основании процесса социализации в рамках анализа условий, обеспечивающих профессиональную (по сфере жизнедеятельности), полисоциокультурную, регламентированную (по характеру), успешную (по результативности) социализацию. При этом следует учитывать, что степень достоверности исследования зависит от степени соотнесенности сущностной и содержательной сторон социализации, диалектическое единство которых обеспечивает оптимальное развитие личности, том числе и профессиональное, на протяжении всей жизни человека.

С содержательной стороны для личности социализация выступает в качестве процесса осознания и соотнесения воздействий и требований с комплексом внутренних условий. Переводя в социологический дискурс приведенное положение, можно утверждать, что содержательно процесс социализации есть продукт пересечения действия трех факторов: врожденных механизмов; социальных условий; сознательного, направленного образования, обучения и воспитания.

Сущностный смысл социализации раскрывается на пересечении таких ее процессов, как адаптация и интериоризация, а ее результативность, как правило, связывают со степенью самореализации. Однако параллельно идущие процессы адаптации и интериоризации отражают преимущественно объектный характер взаимодействия личности и окружающего ее мира. Самореализация же — это уже субъектное проявление личности, развертывание ее сущностных сил в соответствии с присвоенными социальными качествами. Недостающим звеном является процесс самоопределения, синтезирующий в определенной пропорции, индивидуальной для каждой личности, взаимодействие объектной и субъектной составляющих и переводящих их потенциал в осознанное, целеуправляемое действие.

Профессиональное самоопределение - это многоаспектный, поэтапный социально детерминируемый процесс формирования социально профессиональных ориентаций индивида, определяющих его профессиональный выбор, создающий мотивационную основу приобретения знаний, умений и навыков, способствующий его становлению в качестве субъекта; конкретного вида профессиональной деятельности. Он является частью более ши-

рокого и полифункционального процесса - процесса формирования жизненных планов и подчиняется всем его законам.

Специфика профессионального самоопределения на этапе профессионального обучения, ее сложность и неоднозначность объясняются тем, что оно включает разнохарактерные процессы: профессионализацию личности, адаптацию к профессиональной деятельности и профессиональный выбор. Причем профессиональная адаптация как организованный и целенаправленный процесс во многом предшествует процессу профессионального выбора. С этой точки зрения для студенческой молодежи особое значение приобретает разрешение противоречий в триаде отношений «профессиональные ожидания — знания о профессии — профессиональная деятельность».

Что касается профессиональных ожиданий, то за время учебы они существенно меняются. Обучаемые переживают при этом два кризисных периода, в каждом из которых решающим фактором изменения выступает знание о профессии. В первом случае профессиональное самоопределение носит прожективный характер. Непосредственно перед выпуском оно обретает прогностические черты. Однако этот процесс не разрешается в рамках образовательного пространства медицинской школы.

Для решения проблемы профессионального самоопределения молодых специалистов с высшим образованием в первую очередь необходимо обеспечить подлинную реализацию их права на труд. Структура процесса обучения должна изменяться в соответствии с изменениями в экономической, социальной сферах. В модель специалиста с высшим образованием должны регулярно вноситься соответствующие изменения. Необходимо расширение деятельности составляющей профессиональной подготовки (практические навыки, профессиональная практика, реальная работа).

В связи с этим, решению проблем помогли бы хорошо структурированные службы трудоустройства в ВУЗах и проведение маркетинговых исследований на рынке труда. Учитывая тенденции развития современного рынка труда, перспективным можно назвать один из путей решения проблем трудоустройства – давать молодым людям одновременно основную и вторую специальность (конечно, тогда необходимы изменения в самой системе образования).

Л.Н. Бахарева, И.С. Островский
СОВРЕМЕННЫЕ ЗАДАЧИ ОБРАЗОВАНИЯ
Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Основной задачей российской образовательной политики сегодня является обеспечение «современного качества образования на основе сохранения его фундаментальности и соответствия актуальным и перспективным потребностям личности, общества и государства». Она обозначена в принятой правительством РФ «Концепции модернизации российского образования на период до 2010 года».

Концепция в качестве приоритетов в процессе модернизации образования называет повышение качества, эффективности и доступности образования, которое видится в системном подходе к решению существующих в настоящее время проблем, в придании образованию таких приоритетных черт, как опережающий и непрерывный его характер, универсальность знаний и их одновременная практикоориентированность.

Роль образования на современном этапе развития России определяется задачами ее перехода к демократическому, правовому государству, к рыночной экономике, необходимостью преодоления опасности отставания страны от мировых тенденций экономического и общественного развития. В современном мире значение образования как важнейшего фактора формирования нового качества экономики и общества увеличивается вместе с ростом влияния человеческого капитала».

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что образование все увереннее берет на себя функцию социализации личности, ее вовлечения в широкие социальные связи и отношения. Традиционное академическое образование, в большей степени ориентированное на интеллектуальное развитие личности, постепенно уступает место качественно новой образовательной системе, способной моделировать социальную практику в целом и воздействовать на личность будущего специалиста

Личностно ориентированный подход реализуется как научно обоснованная стратегия, направленная на обеспечение единства социально-нравственного, общекультурного и профессионально-

го развития личности с учетом тенденции функционирования и развития общества. В отношении профессионального образования это положение требует, чтобы формы организации учебно-образовательной деятельности были адекватны формам профессиональной деятельности, а теоретическая подготовка будущего специалиста осуществлялась в тесной и неразрывной связи с практической деятельностью.

Современный технологический подход к обучению предусматривает конструирование учебного процесса, исходя из образовательных ориентиров, целей и содержания обучения. Слово «технология» произошло от греческих «*techne*», мастерство, искусство и «*logos*» — понятие, учение. В широком смысле слова под технологией понимают совокупность знаний о способах и средствах осуществления процессов, при которых происходит качественное изменение объекта. Базируясь на имеющихся в педагогической науке понятиях системного подхода к обучению, педагогические технологии уместно считать инструментарием достижения образовательных целей.

В.А. Сластенин называет следующие причины, порождающие возникновение и практическое использование педагогических технологий в современных условиях:

- назревшая необходимость внедрения в педагогику системно-деятельностного подхода, систематизации способов обучения в школе и ВУЗе;
- потребность в осуществлении лично ориентированного обучения во всех звеньях образовательной системы, замены малоэффективного вербального способа передачи знаний;
- возможность экспертного проектирования технологической цепочки процедур, методов, организационных форм взаимодействия учеников и учителя, обеспечивающих гарантированные результаты обучения и снижающих негативные последствия работы малоквалифицированного учителя.

Таким образом, предметом образования методической системы педагогических технологий являются цели образования, содержание, методы, формы, средства и приёмы организации учебного процесса. Технолог начинает действовать тогда, когда цели уже определены, и нужно разработать конкретные процедуры их достижения, поэтому технология отвечает в основном на вопрос:

как учить?

О.В. Полякова, С.В. Шестопапов
ТЕНДЕНЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА
Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Компетентностный подход к современному образованию рассматривается не только в контексте присоединения России к Болонскому процессу. В.И. Байденко отмечает, что отечественная высшая школа уже на протяжении почти двух десятилетий ищет «свой путь» адаптации к мировым процессам и тенденциям реформирования и развития высшего образования». Интеграция российской системы высшего образования в мировое образовательное пространство ставит задачу наращивания в ней таких качеств, как прозрачность для международного образовательного рынка, сопоставимость и совместимость с другими образовательными системами. Ключевые аспекты современного образования, построенного на компетентностной основе, широко обсуждаются рядом учёных (Ю.Г. Татур, Э.Ф. Зеер, В.А. Козырев, В.В. Сериков, А.К. Маркова, И.А. Зимняя и др.).

Как педагогическая категория понятие «компетентность» появилось сравнительно недавно, и до настоящего времени наблюдается достаточно большое количество различных подходов к толкованию данного термина, а наряду с ним и термина «компетенция». Остановимся кратко на некоторых из существующих подходах к проблеме определения профессиональной компетентности специалиста в современной отечественной науке.

Понятие «компетентности» в специальной литературе трактуется либо слишком узко, сводясь к сумме знаний, умений и навыков, усвоенных субъектом в ходе обучения (Л.М. Митина, В.А. Ситаров), либо слишком широко, когда речь идет об уровне успешности взаимодействия молодого специалиста с окружающей средой (Ю.Г. Татур, Э.Ф. Зеер, И.А. Зимняя и др.).

Необходимо отметить, что имеется два варианта толкования соотношения понятий «компетентность» и «компетенция», которые могут отождествляться либо дифференцироваться.

А.В. Хуторской рассматривает компетенцию как совокупность взаимосвязанных качеств личности, отражающих заданные требования к образовательной подготовке выпускников, а компетент-

ность - как обладание чьей-то соответствующей компетенцией.

В.И. Байденко выделяет две основные группы компетенций:

1) общие (универсальные, надпредметные), которые являются переносимыми и менее жестко привязанными к объекту и предмету труда;

2) специальные (предметно-специфические, предметно-специализированные), которые отражают профессиональную квалификацию. Они различаются в зависимости от дисциплин, направлений и специальностей подготовки.

Применительно к профессиональному образованию нам близка позиция Э.Ф. Зеера, который констатирует, что компетентность человека определяют его знания, умения и опыт. Способность мобилизовать эти знания, умения и опыт в конкретной социально-профессиональной ситуации характеризует компетенцию профессионально успешной личности.

Ю.Г. Татур высказывает мнение, что компетентность выступает в русском языке как качество, характеристика личности, позволяющая ей решать какие-либо вопросы или выносить суждения в определенной области, как правило, профессиональной. Ученый приходит к выводу, что основой данного качества являются знания, осведомленность, а также опыт социально- профессиональной деятельности человека. Ю.Г. Татур подчеркивает, что понятию «компетентность» присущ собирательно- интегративный характер.

На наш взгляд, трудности толкования данных терминов определяются также тем, что даже в нормативных документах отсутствует однозначная трактовка результата образования: в Концепции модернизации образования в период до 2010 года речь идет о ключевых компетенциях, а в стратегии модернизации школьного образования - о ключевых компетентностях. Реализация компетентностного подхода, целью которого является формирование профессионально компетентного специалиста, требует уточнения и разграничения понятий «компетенция» и «компетентность».

Таким образом, компетентность представляется синтезом когнитивного, предметно-практического и личностного опыта и является, согласно В.А. Болотову и В.В. Серикову, следствием саморазвития индивида и включает в себя ряд компетенций.

В.Л. Григорьев, Е.А. Качармина
СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПАРАДИГМЫ
ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРОТВОРЧЕСКИХ ЦЕННОСТЕЙ
Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

При определении концептуальных основ и методического инструментария новых социально-педагогических парадигм гуманистической ориентации мы опирались на необычайно широкий круг культурологических, социально-гуманитарных, культуросозидающих и естественнонаучных знаний, приобретаемые большей частью путем самообразования и самовоспитания.

Гармонизация двух частей единой культуры познания: рационально-научного и ассоциативно-образного явились одним из важнейших условий при стимуляции познавательных интересов подрастающего поколения. Центральное место при подготовке обучающихся занимают в нашем исследовании коренные вопросы бытия и духовного роста личности, определенные социально-этические и интеллектуально-нравственные проблемы и устремления.

Главная концептуальная идея исследования состоит в том, что подготовку будущих специалистов мы рассматриваем не только как процесс, но и порождающую его социально-педагогическую систему. Отсюда следует, что полноценных результатов в обучении и воспитании личности по инновационным социально-педагогическим основам можно достичь, если таковая будет создана и будет обеспечено ее оптимальное функционирование в аспекте культуротворческих ценностей.

В целом наше исследование отличается четкой гуманистической направленностью, что получило отражение в методической инструментровке избранных в качестве предмета исследования стимулов подготовки будущих специалистов в рамках формирования по культуросозидающим основам как составной части их образовательного процесса.

Реализация культуротворческого потенциала – характерная особенность современного образовательного процесса подрастающего поколения. Концептуальными основами которого явились в нашем исследовании: гуманизм, свобода, дисциплина, соотношение коллективного и индивидуального, гражданственность, соци-

ально-педагогический такт, информационно-педагогическая этика, активность, честность, добросовестность, оптимизм и т.д.

Проблема создания научного метода социально-педагогического исследования связана с ее определением объекта педагогического исследования. Целостное представление о мире и человеке осознается в нашем исследовании как важнейший элемент методологии социально-педагогического мышления и действия личности на основе культуротворчества. Вопросы методологии решаются в нашем опытно-экспериментальном исследовании в неразрывной связи с теоретическими и методическими проблемами.

Проведенное исследование дает возможность сделать ряд важнейших теоретических и практических выводов и сформулировать соответствующие научно-методические рекомендации по проблеме информационной культуры.

Представленная в исследовании разработка научных основ социально-педагогических знаний, необходимых для формирования культуротворческих ценностей является, по сути, инновационным представлением тех социальных требований, которые сегодня выдвигаются обществом к подготовке обучающихся. В социально-педагогическом плане они выражаются в необходимости осуществления взаимодействия двух видов социализации: культуры и творчества личности. Взаимодействие это определяется нами в виде равноправного созидательства, которое обосновывается как новый интеграционный принцип подготовки будущих специалистов. Обоснование их сотворчества на теоретическом и практическом уровне интеграционного принципа позволили нам выделить как социальный, так и информационно-педагогический аспект в подготовке обучающихся.

Теоретическое осмысление проделанной исследовательской работы позволяет нам сделать заключение о том, что логика системного социально-педагогического исследования проблемы подготовки специалистов по культуротворческим основам, как одного из важнейших составных частей информационного образования обучающихся: разработанные инновационные принципы, требования, условия, технология «блочного» обучения по степени своего научного обобщения вполне применимы для научной разработки и практики подготовки личности к другим направлениям образовательной деятельности в целом, т.е. потенциально

могут лечь в основу научного решения более широкого круга исследовательских и практических задач.

Создание эффективной культуротворческой системы возможно только при обращении к интеграционному направлению социально-педагогических наук. Эффективность проблемы повышения качества подготовки личности будет достигнута, если обучение будет проходить по созидательной педагогике, включающей в себя инновационные социально-педагогические технологии, способы управления обучением и воспитанием современного образовательного процесса с гуманистическим направлением.

О.В.Крапивникова

ПРИНЦИП СИММЕТРИИ-АСИММЕТРИИ В ПЕДАГОГИКЕ ЗАОЧНОГО
ОБУЧЕНИЯ

Кафедра гистологии и биологии

Современная наука характеризуется взаимопроникновением, интеграцией различных отраслей знания, иногда таких, которые ранее представлялись несоединимыми и неприменимыми в той или иной науке. Одним из таких категорий является понятие симметрии-асимметрии, изначально известные в математике, физике, биологии, но проникшие позже в психологию и педагогику.

Поиск симметрии включает поиск тождественного в различном, когда два, на первый взгляд несоединимых, феномена становятся противоположностями на уровне взаимных переходов [2]. Классическим примером симметрии в педагогике является критический стиль мышления и толерантность. Первый предполагает несогласие человека с общепринятыми мнениями, глубокую оценочную деятельность, личное мнение по поводу собственной позиции и позиций окружающих, высокую степень недоверия и т.д. Однако, присмотревшись более внимательно к данному феномену, мы видим его переход (при определенных условиях) в феномен толерантности, способности принимать и обсуждать иное мнение, идти на компромисс, критически относиться к своим собственным оценкам. Учет описанных категорий педагогики особенно важны при обучении аспирантов, клинических психологов, подготовке преподавателей высшей школы, врачей.

Проблема понимания и непонимания материала студентами

также по сути является примером симметрии в педагогической науке. С одной стороны – это два несовместимых состояния человека. С другой – это единые понятия применительно к процессу разработки учебного процесса. Планируя методику проведения занятия, преподаватель четко представляет, какие понятия, знания, умения и навыки должны приобрести студенты. Однако при любой форме обучения возникают познавательные барьеры, непонимание, искажение информации, которые также должны быть предусмотрены преподавателем на основе его педагогического опыта и мастерства. Более того, эти искажения являются ключом к адекватным корректирующим действиям. Здесь остановимся на такой методике построения обучения, как антитезное представление материала. Констатация уже известных науке принципов и их усвоение студентом – лишь одна сторона учебной деятельности, подразумевающая незыблемость научных истин, их общезначимость. Однако науке свойственна критичность, способность подвергнуть сомнению уже установившиеся понятия и теории. Поэтому уместно при объяснении материала указывать на различные стороны изучаемых процессов, выявить, чем можно, а чем нельзя пренебречь при изучении данной проблемы, вывести противоречащее знаниям студентов положение при использовании на первый взгляд верных методов анализа. Таким образом, мастерство преподавателя, работающего со студентами-заочниками заключается также в умелом применении противоречий и стимулировании студентов к поиску сходных черт в на первый взгляд несовместимых понятиях.

Рассмотрим категорию асимметрии в педагогике, понимаемую как существование противоположностей и различий в едином, цельном, тождественном.

Ярким примером в развитии понятия асимметрии является открытие асимметрии мозга человека, которая проявляется не только в строении и расположении нервных центров, но и функционально. Так левое полушарие специализируется на абстрактно-логических формах психической деятельности, в то время как правое – на наглядно-образных и творческих. Однако уже первые современные исследования асимметрии привели к выводу о взаимодействии полушарий в любом виде психической деятельности, невозможности ее реализации средствами одного полуша-

рия. Используемые в педагогике методы предполагают, однако, работу преимущественно левого полушария, а работа правого учитывается в меньшей степени. Учет асимметрии мозга учтен нами при организации преподавания ряда учебных курсов в средней школе [1]. Разработка методов обучения с учетом межполушарной асимметрии в высшей школе – вопрос будущего, однако можно с уверенностью сказать, что сочетание абстрактных и образных, репродуктивных и творческих видов деятельности значительно повысит результативность обучения, снимет проблему доставки информации в мозг с использованием разнообразных сенсорных каналов. В связи с этим остановимся еще на одной проблеме дидактики – понятию ошибки при осуществлении учебной деятельности. На первый взгляд кажется, что ошибка есть однозначное понятие, иллюстрирующее нарушение порядка действий, конечного результата и основных установок. Обучать правильно сразу, и тогда исчезнут познавательные барьеры – такие установки частот присутствуют в педагогике высшей школы. Более внимательное рассмотрение проблемы ошибок выявляет и совершенное полярное мнение об этом феномене. Ошибка как досадный факт, стремление уйти от нее или замалчивание не всегда целесообразно. Более того, в будущем при возникновении неординарной ситуации молодой специалист может не найти готового правильного решения, ему придется вырабатывать его самостоятельно, выбирать один из возможных факторов, которые преподавались в ВУЗе. С этой точки зрения определенный риск ошибок при обучении в университете обязателен, о чем сказано выше при рассмотрении антитезного обучения.

В последние годы часто приходится сталкиваться с проблемой низкого исходного уровня знаний студентов-первокурсников. В связи с этим возникает еще один пример применения принципа асимметрии при анализе причин возникновения барьеров в обучении. Низкая успеваемость – это лишь конечный результат, впечатление о студенте в общем и целом. Барьеры являются абсолютно естественными в обучении, избежать их невозможно, цель обучения – не только наполнить голову студента знаниями, но привить навыки самостоятельного анализа источников информации, способов получения знаний. И здесь при анализе причин возникновения барьеров вернемся снова к категории асимметрии,

доказывающей неоднозначность и огромное разнообразие этих причин. В современной педагогической литературе рассматриваются два подхода к пониманию барьеров: 1. познавательные барьеры, обусловленные слабым исходным уровнем знаний и некорректным представлением информации в различных источниках, что приводит к искажению информации; 2. барьеры, связанные с неумением осуществлять те или иные операции, пользоваться познавательными стратегиями [2].

Из сказанного вытекает ряд принципов формирования содержательной и методической сторон обучения студентов-заочников. Фундаментально различные предметы и явления всегда имеют точки соприкосновения, сходные черты, которые необходимо выявить. Необходимо рассмотреть и все возможные полярные аспекты любого феномена, различия внутренних составляющих. Использование категорий симметрии-асимметрии позволит реализовать развивающую функцию обучения в ВУЗе.

Литература

1. Крапивникова О.В. Учет функциональной межполушарной асимметрии в курсе «Познай себя». – Деп. в ВИНТИ, 1998. – 46 с.
2. Попков В.А., Коржуев А.В. Дидактика высшей школы. – М.: «Академия», 2004. – 192 с.

О.В.Крапивникова, Л.В.Высоков

**СПЕЦИФИКА ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ОБУЧЕНИИ
СТУДЕНТОВ-ЗАОЧНИКОВ: ПРИНЦИПЫ И МОДЕЛИ ОБУЧЕНИЯ**

Кафедра гистологии и биологии

Большим местом в педагогике высшей школы является заочная форма обучения: результаты экзаменов показывают низкий уровень знаний, крайне слабую подготовку студентов, а степень овладения практическими навыками оставляет желать лучшего. С обучением студентов-заочников и его основными дидактическими принципами связана и еще одна проблема. Широкое распространение дистанционных форм обучения, использование Интернет ресурсов при всех их преимуществах имеет существенный недостаток: даже современные технологии не в состоянии компенсировать живого общения студента с преподавателем, живого обмена информацией и личного контакта.

Что может помочь студенту-заочнику получить качественное образование? Это прежде всего разработка научных основ педагогического подхода к организации обучения заочников, который в общих чертах складывается из следующих основных моментов.

Во-первых, учет индивидуальных особенностей и уровня подготовки студентов, что составляет основу индивидуализации обучения. Даже беглый взгляд на студенческую группу заочников показывает, что обучающиеся крайне неоднородны по уровню знаний школьной программы, особенно по возрасту, среди них много студентов старших возрастных групп. Объединение студентов в группы по уровню знаний с настоящим моментом задача сложная. Именно поэтому работа со студентами-заочниками требует высокого уровня педагогического мастерства от преподавателя. В качестве примера приведем методику «Три цвета – три формы», разработанную В.П. Гузеевым (1997) для средней школы, вполне адекватно работающую в ВУЗе при работе с заочниками. Суть методики состоит в разработке контрольных точек с позиций индивидуализации обучения. Студентам предлагаются не фиксированные билеты примерно одинакового уровня сложности, а пакет заданий низкой, средней и высокой степени сложности, отпечатанные на бумаге разного цвета или на карточках разной формы. Студент сам выбирает уровень сложности. В случае быстрого выполнения задания он в любой момент может перейти к более высокому уровню; в случае невозможности выполнить задачи – спускается на уровень, более приближенный к базовому. Этой работе предшествуют лекции, подготовленные преподавателем для всей группы, содержащей основные положения темы. Помимо индивидуализации обучения, в этой методике есть еще один важный момент – активности студента в планировании своей работы, развитии навыков самоорганизации, что является одним из ключевых моментов синергетического подхода в обучении; сама организация не навязывается студенту свыше, а организуется им самим. При этом он постоянно решает все новые и новые проблемы, как бы проходя точки бифуркации и перемещаясь на следующий уровень освоения программы.

Вторым важным моментом подготовки заочников является применение деятельностного подхода в обучении. Он связан не с простым воспроизведением определенного объема информации,

а глубокой ее проработкой на основе составленный преподавателем алгоритмов, отраженных в учебных пособиях кафедры. Здесь необходимо воздержаться от прямого цитирования научных журналов с их сложным для понимания языком; в пособии автор не должен ставить задачу реализовать свои научные амбиции путем наводнения его неактуальными в данный момент фактами, графиками, цитатами, выводами. Основная задача заключается в изложении материала понятным студенту языком с адекватными примерами и иллюстрациями, где абсолютно ясно, что является гипотезой, а что - установленным наукой фактом. Необходимым для преподавателя является также момент научно-исследовательской работы в части анализа барьеров познавательной деятельности студентов, анализ наиболее трудно усваиваемых вопросов программы, вопросов, систематически вызывающих затруднения студентов. Так на кафедре гистологии и биологии в курсе генетики важным аспектом практической деятельности студентов является решение генетических задач. Из года в год при их решении возникают одни и те же проблемные области: определение генотипа родителей по потомству, различение понятий гомозиготы и гетерозиготы, выписыванию гамет. Студенты не понимают, что признак определяется не одним, а парой генов, иногда не могут вычленить, что дано и требуется найти в задаче. В курсе паразитологии громадная трудность заключается в усвоении латинских названий паразитов, их жизненных циклов. И тут снова приходит на помощь деятельностный подход. Полезнейшим его элементом для студентов-заочников является пошаговая технология обучения, где студенту предлагается поэлементная последовательность действий, каждый шаг может быть самостоятельно осуществлен студентом, а переход от одного шага к другому сопровождается указаниями преподавателя, изложенными в учебном пособии. Создание такого пособия требует огромных усилий составителей. Повышению результатов обучения способствуют также рекомендуемая преподавателем система таблиц и схем по тексту прочитанного материала, предложенные опорные сигналы.

При обучении студента заочника выявляется еще одна серьезная проблема, рассмотрение которой только намечается в современной педагогической науке. Сегодня контроль за учебным процессом в ВУЗе в основном ориентирован на конечный резуль-

тат, не учитывает сколько и какие образовательные барьеры преодолены студентом, какие усилия затрачены. Оценка идет на конечный результат, его соответствие эталону, а не то, как он был достигнут. И это несмотря на то, что основу заочного обучения составляет самостоятельная работа. Мы считаем, что необходимо создать систему контроля, требующую постановки целей и задач, фиксацию этапов решения, нестандартные задания. Контрольные работы должны быть ориентированы не на списывание материала из книг, а на проработку материала. В связи с этим встает необходимость разработки основ исчисляемости результатов работы студента. Применение количественных методов оценки каждого этапа даст возможность не только оценить работу, но и правильно, научно, реально планировать тот скудный объем часов, выделенных на аудиторную работу. Планирование должно быть не монолитным, а мобильным, зависимым от результатов проверки контрольных работ. При разработке количественной дидактики заочного обучения полезно применение элементов бально-рейтинговой системы, а также статистических методов оценки качества. При этом мы снова обращаемся к синергетическому подходу в обучении, что позволит не тратить время занятия впустую, а планировать занятия с заочником не только как с объектом, но и субъектом обучения, участвующим в этом планировании.

Таким образом, наряду с разнообразными предлагаемыми в педагогической литературе приемами преодоления трудностей заочного обучения, мы предлагаем основные известные принципы оптимизации обучения в следующем сочетании: индивидуализация обучения, деятельностный подход в обучении и пошаговую технологию как элемент этого подхода; ориентация контрольных точек не только на конечный результат, но и на процесс обучения, синергетический подход в организации образования, расширение использования количественных методов в дидактике.

А.И.Фролов

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И МОТИВАЦИОННОЙ
НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ НА РЕГУЛЯРНЫЕ ЗАНЯТИЯ
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ**

Кафедра общей психологии с курсом педагогики

Здоровый образ жизни в психологии здоровья понимается, как: концентрированное выражение взаимосвязи образа жизни и здоровья человека. Здоровый образ жизни объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в оптимальных для здоровья и развития условиях. Он выражает определенную ориентированность деятельности личности в направлении укрепления и развития личного (индивидуального) и общественного здоровья. (Василевская О.В., Филатов Ф.Р.).

Из совокупности понятия «здоровый образ жизни», объединяющего все сферы жизнедеятельности личности, коллектива, социальной группы, нации, наиболее актуальной и универсальной составляющей является физическая культура и спорт. Сфера физической культуры и спорта выполняет в обществе множество функций и охватывает все возрастные группы населения. Полифункциональный характер сферы проявляется в том, что физическая культура и спорт - это развитие физических, эстетических и нравственных качеств человеческой личности, организация общественно-полезной деятельности, досуга населения, профилактика заболеваний, воспитание подрастающего поколения, физическая и психоэмоциональная рекреация и реабилитация, зрелище, коммуникация и т.д.

Понятие «здоровый образ жизни» на уровне смысловой сферы личности тесно взаимосвязано с пониманием здоровья. Анализ особенностей понимания здоровья личностью показывает, что:

- в нашем государстве у населения еще не сформирована в достаточной степени положительная мотивация на бережное отношение к своему здоровью;
- в человеческой природе заложена медленная реализация обратных связей (как негативных, так и позитивных воздействий на организм человека);
- здоровье в обществе, в первую очередь в силу низкой культуры, еще не стало на первое место в иерархии потребностей человека. (Василевская О.В., Филатов Ф.Р.).

Низкая физическая культура – характерная черта нашего времени, в нашей стране только 11,6 процентов граждан Российской Федерации систематически занимаются физической культурой и спортом (2004г.), тогда как в экономически развитых странах ми-

ра этот показатель достигает 40-60%. Причем, если в этих странах оздоровительными спортивными программами охвачено примерно равное количество мужчин и женщин, то в России, по социологическим опросам, физкультурой и спортом занимаются 12% мужчин и всего 5,1%. (2002 г.).

Здоровый образ жизни связан с личностно-мотивационным структурой личности, а именно с мотивационной направленности личности на регулярное занятия физической культурой.

Для разработки специальных программ для привлечения населения к регулярным занятием физической культурой и спортом, необходимо исследовать личностно-смысловой уровень отношения человека к регулярным занятиям физической культурой и спортом. При этом «физическая культура личности» необходимо понимать как реальную физкультурно-спортивную деятельность конкретного человека, мотивом которого является удовлетворение его индивидуальных интересов и потребностей в физическом самосовершенствовании.

Основными признаками личностной физической культуры необходимо считать:

- систематические занятия физическими упражнениями для решения задач физического самосовершенствования;
- специальные физкультурные занятия, позволяющие с пользой применить их на практике;
- владение определенными двигательными умениями и навыками для решения лично значимых задач;
- владение достаточными организационно-методическими умениями построения своих самостоятельных физкультурно-спортивных занятий, т.к. самостоятельная физкультурная деятельность по праву считается высшей формой личной физической культуры (А.М. Максименко, 2001).

Мотивационная направленность личности на развитие личностной физической культуры служит одним из основных факторов формирования физического и психологического здоровья обучающихся в образовательных учреждениях Российской Федерации. Дальнейшие практические исследования данной проблемы позволят разработать специальные программы по привлечению населения РФ к регулярным занятиям физической культурой и спортом.

Т.М.Беспалова, М.Н.Котлярова
АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ РЕЧЕВЫХ
ДЕЙСТВИЙ КУРСАНТОВ ВОЕННОГО ВУЗА
Московский психолого-социальный институт
Кафедра общей психологии с курсом педагогики

Личность, ее индивидуальность формируются и проявляются в деятельности, в том числе и речевой, поэтому важно исследовать лингвистические и психологические характеристики речи.

Наше исследование ставило своей целью определение выраженности ответственности в речевой деятельности курсантов военного ВУЗа.

Волевые свойства личности, в том числе ответственность, складываются в основном в юношеском возрасте, в период формирования самосознания личности, включающего и отношение к себе как к субъекту профессиональной деятельности. Поэтому, на наш взгляд, целесообразно изучать ответственность юношей (курсантов военного ВУЗа) именно в этот важнейший период становления их личности.

Волевая сфера личности, и ответственность в частности, наиболее ярко проявляется в экстремальных условиях деятельности, к которым, безусловно, относится военная служба, требующая подлинной ответственности как самодетерминации.

В исследовании, проводимом на базе Рязанского высшего военного командного училища связи (военного института) им. Маршала Советского Союза М.В. Захарова, приняли участие 54 курсанта 1 курса.

Исследование выполнено в русле целостного подхода к изучению проявлений личности и ее свойств в речи, разработанного Фоминой Н.А. (Мирошкиной) и реализованного ее учениками (Чивилевой И.В., Елгиной С.В., Власовой Л.А.), который предполагает, с одной стороны, системное рассмотрение личности и ее свойств в соответствии с целостно-функциональным подходом Крупнова А.И., с другой – многоуровневый, поликомпонентный анализ текста как продукта индивидуальной речевой деятельности.

В соответствии с этим подходом индивидуальные особенности личности, ее индивидуальности проявляются в тексте как про-

дукте речевой деятельности в собственно лингвистических характеристиках (языковых, речевых и содержательно-смысловых), а также в психологических компонентах речевых действий (мотивационном, операционально-динамическом, когнитивном, эмоциональном, регуляторно-волевом и продуктивно-результативном). Остановимся на операционально-динамическом и мотивационном компонентах.

Для изучения проявлений особенностей ответственности в целостном тексте как продукте индивидуальной речевой деятельности курсантам военного ВУЗа было предложено зафиксировать в письменном виде высказывания на актуальную, лично значимую для них тему «Выбор профессии». Анализ целостных высказываний курсантов военного ВУЗа на тему «Выбор профессии» осуществлялся с помощью методики многоуровневого, поликомпонентного анализа текста Н.А.Фоминой.

Ниже представлены результаты исследования психологических компонентов речевых действий курсантов военного ВУЗа.

Анализ речевой деятельности курсантов военного ВУЗа предполагал рассмотрение психологических компонентов их речевых действий: операционально-динамического, мотивационного, когнитивного, эмоционального, регуляторного и продуктивного.

Операционально-динамический компонент речевых действий характеризовался разнообразием и многообразием используемых языковых средств, т.е. объемом словаря и лексической вариативностью, которые составили соответственно 95,6 слов и 96,3%.

Мотивационный компонент речевых действий оценивался по социоцентричности или эгоцентричности (или отсутствию ярко выраженной мотивации), определяемой выбором себя или другого в качестве главного действующего лица, направленностью стремлений, целей и задач, а также коммуникативной ориентированности текстов, выражающейся в вопросительности, сослагательности и повелительности.

У курсантов доминирует эгоцентрическая направленность речевых действий (17,5). Они часто выбирают в качестве основного действующего лица себя, используя при этом личное местоимение я, притяжательное местоимение мой, возвратное местоимение себя, строя «Я-фразы» («я обязательно стану хорошим военным», «мне необходимо это сделать», «я долго к этому шел»,

«нечего себя корить»).

Неярко выражены в текстах курсантов коммуникативная ориентированность текстов (2,1%) и социоцентричность (7,6).

Некоторые курсанты в своих рассказах приводят примеры из жизни своих новых товарищей («ему пришлось строго следовать приказу командира», «новые условия сначала их не очень радовали», «ему было полезно пообщаться с командиром»); вспоминают об одноклассниках и родных («ему нужно было еще в школе взять себя в руки», «договорились с отцом, что он не будет достраивать дом без меня»).

В некоторых текстах курсантов (5,3) отсутствует ярко выраженная мотивация авторов: они в равной степени говорят и о себе, и о других.

Таким образом, у курсантов военного ВУЗа доминирует эгоцентрическая мотивация речевых действий и невысока коммуникативная ориентированность текстов, свидетельствующая о социоцентрической мотивации.

З.Ф.Громова

АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ПО ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ХИМИИ

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии

При определении качества образовательного процесса обычно опираются на понятия «качество образования», включающее в себя следующие основные положения: удовлетворение потребностей каждого человека в эффективной социализации; удовлетворение «социального заказа» со стороны общества и государства к качествам и умениям, обладание которыми ведет к развитию данной социально-экономической системы; постоянная ориентация на удовлетворенность потребителя образовательными результатами.

Стремление удовлетворить потребности студентов в приобретение профессиональных знаний является одним из направлений кафедры в области политики качества. С целью анализа удовлетворенности студентов образовательным процессом по дисциплине «Токсикологическая химия», мы применили метод анкетирования. С его помощью было изучено мнение студентов 5 курса

фармацевтического факультета, которые прошли обучение по данной дисциплине на 4 курсе и сдали по ней экзамен со средним баллом 3,80. Этот метод позволяет преподавателю установить обратную связь со студентами, посмотреть на состояние процесса обучения их глазами.

Следует отметить, что токсикологическая химия - динамическая наука. Объем информации по мере возрастающего потребления лекарственных средств, техногенной нагрузки на человека, алкоголизма и наркоманий постоянно увеличивается. При этом количество часов на изучение дисциплины не меняется. Преподаватели и студенты поставлены в условия резкой интенсификации труда. Как усвоить студенту большой объем информации на качественно более высоком уровне при небольшом объеме времени решает преподаватель. Поэтому важно выяснить: влияние отдельных факторов на процесс обучения студентов, их мнение по качеству лекций и лабораторных занятий, а также, их замечания, пожелания и предложения по организации учебного процесса.

Анализ результатов анкетирования показал, что при оценке качества лекций и лабораторных занятий по дисциплине прослеживается зависимость мнений студентов от их знаний. Студенты, получившие на экзамене оценки «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно» оценили лекционный курс по токсикологической химии на 5,0, 4,53, 4,79 баллов соответственно, а лабораторные занятия – на 5,0, 4,58, 4,57 баллов соответственно. При оценке лекционного курса, студенты отметили, что лекции необходимы для подготовки к лабораторным занятиям (91,9%) и экзамену (97,3). Не повторяют содержание учебника (89,2%), материал излагается доступно и четко. Лабораторные занятия, по мнению студентов, дают возможность приобретения практических навыков (97,2%), помогают в овладении теоретического материала предмета (94,6%). В качестве пожеланий и предложений, студенты предлагают организовывать экскурсии в БСМЭ, улучшить материально-техническую базу кафедры (реактивы, приборы), увеличить количество часов лабораторных занятий.

Мы проанализировали успеваемость по дисциплине студентов, проживающих в Рязани, и иногородних. Средний балл по результатам экзамена у студентов - рязанцев выше (3,89), чем у иногородних (3,58). Это, вероятно, можно объяснить тем, что иногород-

родный студент вынужден затрачивать время на устройство быта. Можно также предположить, что и них и слабее базовая подготовка по химии.

По результатам анкетирования успеваемость студентов, имеющих собственную семью и не имеющих, примерно одинаковая: средний балл по экзамену 3,75 и 3,73 соответственно.

В настоящее время многие студенты сочетают учебу и работу. Анализ проведенного анкетирования показал, что средний балл по экзамену у студентов, обучающихся и одновременно работающих, даже выше (3,78), чем у студентов, которые только учатся (3,68). Возможно, что студенты, имеющие дефицит времени, более организованы. Однако, практика показывает, что многое зависит от самого студента, его базовой подготовки и отношения к учебе.

При переходе к рейтинговой системе оценки знаний студентов, для определения количества контрольных точек, в том числе и промежуточного контроля, важно знать и мнение студентов по данному вопросу. 94,6% студентов считают, что не следует проводить коллоквиумы чаще, чем 2 раза в семестр и только 5,4% студентов (сдали экзамен на «хорошо» «отлично») считают, что количество коллоквиумов можно увеличить.

Обработка полученной информации позволяет сделать заключение о том, что студенты удовлетворены процессом приобретения профессиональных знаний по токсикологической химии. В соответствии с их пожеланиями, нами проведены экскурсии студентов в Бюро судебно-медицинской экспертизы Рязанской области, где опытные специалисты показали практическую сторону их будущей деятельности. Студенты имели возможность применить знания, приобретенные в процессе обучения на практике. Многие из них отметили практическую направленность учебного процесса по токсикологической химии. Недостаточное материально-техническое обеспечение, особенно современными приборами, компенсируется внедрением в учебный процесс по дисциплине видеофильмов.

Таким образом, анкетирование студентов позволяет корректировать и совершенствовать учебный процесс.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| <u>Гормональная регуляция метаболизма в норме и при патологии</u> | 3 |
| Рязанова Е.А. Доменная структура и свойства кальпастина..... | 3 |
| Свирина В.И. Достоинства и недостатки различных типов иммуноферментного анализа..... | 5 |
| Свирина В.И. Оценка показателей крови детей в возрасте 2-3-х лет..... | 8 |
| Фомина М.А., Звягина В.И. Изоферменты кислой и щелочной фосфатаз в современной биохимической оценке состояния костной ткани..... | 10 |
| | |
| <u>Физиология и патология нервной системы и анализаторов</u> | 13 |
| Карасев Р.П., Лапкин М.М., Трутнева Е.А. Особенности нервной системы человека и результативность его целенаправленной деятельности при обучении в вузе..... | 13 |
| Прошляков В.Д., Семенкина Т.И. О направленности подготовки студентов медицинского университета..... | 15 |
| Колесникова М.А., Лапшова Е.В., Потоцкая О.А. Влияние консервативной терапии на зрительные функции и гемодинамику глаз при первичной открытоугольной глаукоме..... | 18 |
| Колесникова М.А., Лапшова Е.В., Сафонова Н.С. Состояние увеального кровотока при острой передней ишемической нейропатии | 20 |
| Меринов А.В. Соотношение ассортативности и панмиксии на примере формирования браков мужчинами страдающими алкогольной зависимостью..... | 22 |
| Меринов А.В. Сравнительный анализ аутоагрессивных особенностей у больных хроническим алкоголизмом и их жен..... | 24 |
| Петров Д.С. Влияние психического заболевания родственника на состояние семьи..... | 26 |
| Стариков А.С. Роль гамма- и альфа-мотонейронов в формировании хорей и хореоатетоза..... | 29 |

- Евдокимова О.В., Жаднов В.А. Использование внутривенной лазеротерапии в комплексном лечении больных эпилепсией.....31
- Бутова В.М., Лорина Л.В. Сравнительная характеристика нейропсихологического статуса пациентов с болезнью Паркинсона и остеохондрозом нижнего отдела позвоночника.....33
- Бирюков А.Н. Клинико-энцефалометрические корреляции при менингеомах мосто-мозжечкового угла.....35
- Крылова Е.А., Леонов Г.А., Малахов Г.А., Мишаков Н.А. МРТ-диагностика опухолей головного мозга у детей.....37
- Леонов Г.А., Крылова Е.А., Утешева М.О., Желтикова С.Ю., Поташова Т.Н., Пирязева С.В. Случай спинального ишемического инсульта.....39
- Казакова С.С., Хазов П.Д. Инсульты вертебробазилярного бассейна: причины и факторы риска.....41
- Шатрова Н.В., Юдаева Т.А., Худзик О.М. Опыт применения локального радиоволнового воздействия в клинической практике....43
- Закономерности адаптации клеток, тканей, органов к действию различных биологических, физических и химических факторов.....46
- Солдатов В.А. Анализ смертности от туберкулеза по данным Рязанского бюро судебно-медицинской экспертизы (за период с 2004 по 2008 гг.).....46
- Швальб П.Г., Ухов Ю.И., Царегородцев А.А. Особенности гистологических изменений в стенке вен при рецидивах варикозной болезни вен нижних конечностей.....49
- Новые методы в диагностике и лечении хирургических заболеваний эндокринной системы, органов грудной, брюшной полостей и опорно-двигательного аппарата.....53
- Парамонова В.А., Пономарева Г.А., Куликов Е.П., Зубарева Т.П. Специализированная медицинская помощь больным злокачественными новообразованиями в Рязанской области.....53
- Швальб П.Г., Баранов С.В. Ампутация как одна из штатных методов лечения больных в стадии критической ишемии.....56

| | |
|---|----|
| Швальб П.Г., Баранов С.В. К вопросу о причинах неблагоприятных исходов вторичных ампутаций..... | 58 |
| Швальб А.П., Грязнов С.В., Калинин Р.Е., Кумахов В.Т., Карпов В.В. Особенности хирургической тактики у пациентов с наркотической зависимостью..... | 60 |
| Швальб А.П., Грязнов С.В., Калинин Р.Е., Кумахов В.Т., Карпов В.В. Морфологические особенности поражения сосудистой системы у пациентов с наркотической зависимостью..... | 62 |
| Кириллов Ю.Б., Пузин Д.А., Шилова М.И., Донюков А.И. Роль срочного интраоперационного гистологического исследования при раке щитовидной железы..... | 64 |
| Аристархов Р.В., Кириллов Ю.Б., Аристархов В.Г., Хашумов М.В. Причины ошибочных хирургических вмешательств у больных с подострым тиреоидитом де Кервена..... | 67 |
| Аристархов В.Г., Пузин Д.А., Аристархов Р.В., Шилова М.И. Динамика тиреоидной патологии и тактика ведения больных после Чернобыльской трагедии..... | 70 |
| Аристархов В.Г., Медведев В.А. Новые инструменты в хирургическом лечении комбинированной деформации носа в виде комбинации горбатого носа с западением его спинки..... | 74 |
| Медведев В.А. О роли новых инструментов в хирургическом лечении кривого горбатого носа..... | 76 |
| Мостыка С.В., Юдин В.А. Эндоскопическая хромоэзофагоскопия с метиленовым синим в диагностике пищевода баретта и рака кардиальной зоны..... | 78 |
| Мостыка С.В., Кучаева Л.В. Случай раннего рака кардиального отдела желудка..... | 82 |
| Юдин В.А., Фалетров М.В., Семёнов Ю.Н. Использование чрескожного низкоинтенсивного лазерного облучения зоны транзита центральной гемолимфы при эндогенной интоксикации у детей..... | 83 |
| Качанова Т.А., Юдин В.А. Комплексное лечение патологических рубцов кожи..... | 85 |
| Трушин С.Н., Коробков Е.Е., Дмитриев А.А. Отдаленные результаты хирургического лечения опухолей поджелудочной железы, | |

- осложненных механической желтухой.....86
- Пимахина Е.В., Орлов В.Я. Изменение показателей центральной гемодинамики при проведении вводного наркоза бриеталом.....88
- Пимахина Е.В., Орлов В.Я. Изменение показателей центральной и периферической гемодинамики при проведении вводного наркоза бриеталом по авторской методике.....90
- Разработка и внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем.....93
- Ракита Д.Р., Фалетрова С.В., Бирюков В.В. Использование тиотропия бромида (Спиривы) в комбинированной терапии больных неконтролируемой бронхиальной астмой.....93
- Чунтыжева Е.Г., Ракита Д.Р., Луняков В.А. Качество жизни больных ХОБЛ, работников предприятия машиностроения.....95
- Луняков В.А., Соловьёва А.В., Чунтыжева Е.Г., Бурцева Л.В. Острая профессиональная интоксикация веществами раздражающего действия.....97
- Соловьёва А.В., Дашкевич О.В., Ракита Д.Р. Исследование качества жизни при метаболическом синдроме.....100
- Низов А.А., Филатова Т.Е., Колдынская Э.И., Журавлева Н.С., Гуркина Г.И. Опыт применения диетического продукта «Ламижель-хром» для коррекции углеводного обмена у пациентов с сахарным диабетом типа 2.....102
- Дашкевич О.В., Низов А.А., Соловьёва А.В., Пахомкина О.Ю. Метаболический синдром в практике участкового терапевта.....105
- Прилуцкий А.А., Добин В.Л., Шамин С.Г., Николаев А.Н., Рубин Ю.А., Мирошина Е.П. Хирургическая профилактика бронхоплевральных свищей после пневмонэктомий в торакальном отделении РОКПТД.....108
- Оськин Д.Н., Добин В.Л., Лавренова Л.В., Курасова Е.Л., Чесалина В.Н. Эпидемиологическая характеристика хронических вирусных гепатитов у пациентов с туберкулезом.....110
- Натальская Н.Ю., Федотов И.А., Якушин С.С. Особенности психологии и психопатологии гериатрических пациентов.....112
- Епишина Т.А., Крылова Е.А., Казакова С.С. К вопросу клинико-

| | |
|---|-----|
| рентгенологической диагностики муковисцидоза..... | 115 |
| Котляров С.Н. Анализ течения хронической обструктивной болезни легких в сельской местности..... | 118 |

Клинико-иммунологическая характеристика, профилактика и терапия наиболее распространенных инфекционных заболеваний и заболеваний органов пищеварения.....

| | |
|--|-----|
| Караганова О.В., Пратик Анил Саксена. Туризм и инфекции.... | 120 |
| Терентьев С.Ю., Ермошина Н.П., Яковлева Н.В. Психологический статус больных экземой..... | 122 |
| Жильцова Е.Е., Жокина С.Ю., Тарасова Е.И. Профилактические осмотры декретированных групп населения и их роль в выявлении заразных кожных и венерических заболеваний..... | 124 |
| Жильцова Е.Е., Жокина С.Ю., Тарасова Е.И. Роль профилактических осмотров иностранных граждан в выявлении заразных кожных и венерических заболеваний..... | 126 |
| Жучков М.В. Современные возможности терапия кератоакантомы с позиции доказательной дерматологии..... | 128 |
| Жучков М.В., Ермошина Н.П. Дерматофитийная сенсibilизация у пациентов с бронхиальной астмой: клинические аспекты проблемы | 130 |
| Гладкова Н.С., Кленина Л.П. Синдром раздраженного кишечника и кишечная проницаемость..... | 133 |
| Гладкова Н.С., Низов А.А. Влияние пробиотиков на основные клинические проявления синдрома раздраженного кишечника..... | 135 |
| Миронова М.А. Использование гирудотерапии в комплексном лечении обострения ХВП..... | 137 |
| Котова Л.А., Котов К.С. Сравнительная оценка влияния апипрепаратов на скорость заживления протезных травматически-адаптационных стоматитов..... | 139 |
| Котов К.С. Клиническое наблюдение непереносимости штампованных коронок из серебряно-палладиевого сплава..... | 141 |
| Филимонова Л.Б., Пешкова М.Н. Применение ультразвуковых | |

аппаратов с пьезоэлектрическим эффектом в хирургической стоматологии.....143

Разработка оптимальных технологий, обеспечивающих сохранение здоровья женщин, детей, подростков и студенческой молодежи.....145

Ткаченко Т.Г., Шатская Е.Е., Дмитриев А.В., **Гудков Р.А.**, Петрова В.И. Проблемы диагностики и лечения гемолитической болезни новорожденных у детей в Рязанской области.....145

Гудков Р.А., Ткаченко Т.Г., Шатская Е.Е., Петрова В.И., Дмитриев А.В. Применение препарата Гевискон при лечении сочетанной патологии у детей.....147

Шатский В.Н., Клипова Л.Н. Особенности течения острого аппендицита у детей младшего возраста.....151

Аникеева Н.А., Гребова Л.П., Иешкина М.Н., Давыдкина В.С., Левушкин С.К. Особенности гипофизарно-тиреоидной системы и неврологические исходы у детей, перенесших нейроинфекции и менингококкемию.....153

Чикин В.Г., Пчелинцев В.В., Цыганкова Л.В., Приступа Е.М. Тактика ведения полипов эндометрия в различные возрастные периоды.....156

Чикин В.Г., Мирон А.И., Ананьина В.П., Зотова Г.А., Салтан Л.А. Гистероскопия в диагностике, лечении и профилактике рецидивов полипов эндометрия в условиях отделения ургентной гинекологии.....159

Чикин В.Г., Пчелинцев В.В., Цыганкова Л.В. Взаимосвязь факторов риска возникновения неразвивающейся беременности поздних сроков осложнений послеоперационного периода.....161

Мирон И.М. Рвота беременных – варианты клиники и комплексной терапии в начале XXI века.....163

Супруга А.А. Определение показателей тревожности с помощью теста Люшера у рожениц в физиологическом отделении.....166

Дейнека Л.А. Ведение беременных с единственной почкой.....168

Коваленко М.С., Пономарева Г.А., Соломатина Л.М., Пыхтунова О.И. Проблемы беременности у пациенток подросткового возраста.....172

| | |
|--|-----|
| Соломатина Л.М., Жабинец Е.Д., Коваленко М.С. Проблемы внутриутробного инфицирования новорожденных у женщин позднего репродуктивного возраста..... | 174 |
| Тузлуков И.И., Матвеева Л.В., Соломатина Л.М., Тузлукова О.И. Клинико-лабораторные особенности течения послеродового эндометрита..... | 176 |
| Афони娜 Н.А., Гудков Р.А., Шмаков П.Ю. Медико-социальная характеристика семей часто болеющих детей дошкольного возраста..... | 180 |

Изучение современных закономерностей формирования здоровья и организации лечебно-профилактической помощи отдельным группам населения в условиях бюджетно-страховой медицины.....

| | |
|---|-----|
| Панфилова Т.Н., Медведева О.В. Динамика и тенденции детности семьи (на примере Рязанской области)..... | 182 |
| Панфилова Т.Н., Медведева О.В. Медико-демографические особенности специальных коэффициентов рождаемости населения Центрального федерального округа..... | 184 |
| Марков В.В., Коновалов О.Е. Оценка пациентами и врачами профилактической работы в поликлиниках г. Пензы..... | 187 |
| Коновалов О.Е., Сычев М.А. Современные тенденции смертности трудоспособного населения Рязанской области..... | 190 |
| Андреева И.В., Потапова С.В. Характеристика контрацептивного поведения жительниц Рязанской области..... | 192 |
| Коновалов О.Е., Брынза Н.С. Обоснование внедрения семейно-ориентированных технологий в систему охраны репродуктивного здоровья..... | 194 |
| Соколова Е.А. К вопросу о правовой основе реформирования здравоохранения в России..... | 197 |
| Воронин Р.М., Минаев В.В., Воронина Т.А. Медицинская активность допризывников Рязанской области..... | 200 |
| Воронин Р.М., Минаев В.В. Образ жизни как показатель отношения призывников к своему здоровью..... | 202 |
| Шатрова Н.В., Филимонова А.В., Володина Е.А. Острые отравления химической этиологии в структуре поступлений в городскую больницу скорой медицинской помощи..... | 204 |

Разработка научных основ медицины труда, экологического благополучия населения и окружающей среды.....207

Стунеева Г.И., Макарова Т.И. Гигиенические аспекты, влияющие на здоровье детей в дошкольных образовательных учреждениях.....207

Макарова Т.И. Формирование здоровья детей в дошкольном возрасте.....209

Стунеева Г.И. Анализ учебной нагрузки школьников при разных формах обучения.....211

Стунеева Г.И., Казаева О.В. Актуальные вопросы профессиональной ориентации подростков.....213

Моталова Т.В. Гигиеническая оценка условий труда работников Рязанского хлебозавода № 1.....216

Никитин А.С., Кирюшин В.А. Средневзвешенная температура кожи как показатель влияния нагревающего микроклимата на организм.....218

Чудинин Н.В., Кирюшин В.А. Санитарно-гигиенические условия труда литейщиков на машинах литья под давлением.....220

Пешкова Г.П., Толь Я.В., Пешкова М.Н., Маслова М.В. Питание населения центральной зоны нечерноземья России.....222

Моталов А.Н., Дмитриева О.В. Гигиеническая характеристика условий труда ветеринарных работников.....225

Дмитриева О.В., Головин С.В. Некоторые аспекты мониторинга атмосферного воздуха на муниципальном уровне.....226

Головин С.В. Оценка качества атмосферного воздуха муниципального образования.....229

Абрамова А.О. Проблема инфекционной заболеваемости в системе социально-гигиенического мониторинга.....230

Ермолаева Т.В. Организация взаимодействия медицинской службы УФСИН России по Рязанской области с областным центром СПИД и инфекционных заболеваний в вопросах профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.....232

Совершенствование управления аптечной службой и лекарственное обеспечение населения в рыночных условиях, изыскание но-

| | |
|--|-----|
| <u>вых способов изготовления лекарств и их анализ</u> | 235 |
| Чекулаева Г.Ю. К вопросу биологической активности полисахарида листьев подорожника большого..... | 235 |
| Сычев И.А. Влияние полисахаридов донника желтого ВРПК и пектин на изменение уровня железа в сыворотке крови крыс..... | 236 |
| Сычев И.А. Новые данные о механизме стимулирующего действия полисахаридов донника желтого на процессы эритропоэза..... | 238 |
| Мартынов Е.Г., Локштанов В.З. Водорастворимые полисахариды лядвенца рогатого..... | 239 |
| Фролова М.А., Кулешова Л.Ю. Имидазол и его производные как биологически активные вещества..... | 241 |
| Лаксаева Е.А. Перспективы изучения и использования нетрадиционных растений для получения биологически активных веществ..... | 242 |
| Боровикова Н.А., Селезнев Н.Г., Попов Д.М. Характеристика водных извлечений из цветков липы, изготовленных по технологии настоев и отваров..... | 244 |
| Леонидов Н.Б., Стрельцова Р.М., Шубкина А.А. Нанотехнологии – настоящее и будущее фармации..... | 246 |
| Яковлев Р.Ю., Леонидов Н.Б., Селезнев Н.Г., Кулакова И.И. Химические аспекты и перспективность применения наноалмазов в системах доставки лекарственных веществ..... | 248 |
| Казакова Н.Т. К вопросу создания поливитаминных инъекционных препаратов..... | 250 |
| Николашкин А.Н., Селезнев Н.Г., Попов Д.М. Нормирование показателей качества настойки сушеницы топяной..... | 252 |
| Стрельцова Р.М., Котелевец Е.П. Сравнительное изучение технологий, антимикробной стабильности и сроков годности водных растворов прополиса, полученных различными вариантами технологий..... | 254 |
| Шестопалова С.Г. Виды ретардированных лекарственных форм..... | 256 |
| Корецкая Л.В. Обеспечение качества лекарственных средств в Марокко..... | 259 |
| Корецкая Л.В., Назарова М.С. Анализ взаимосвязи функций и статуса аптечных учреждений..... | 261 |

Назарова М.С. Анализ результатов и оценка дальнейших перспектив деятельности центра по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ во Владимирской области.....263

Новые технологии в современном медицинском образовании и перспективы его гуманитаризации.....267

Булаев М.П. Выбор оптимальной модели множественной регрессии.....267

Булаев М.П., Дорошина Н.В., Назарова О.А. Программная реализация интерполяционных полиномов Гаусса I и II.....269

Дмитриева М.Н. Интенсификация обучения студентов-гуманитариев математике и информатике через инновационные технологии.....271

Левина М.А. Врач – лингвоактивная профессия.....273

Островская Л.В., Левина М.А. Культура взаимоотношений врача и пациента.....275

Федосеева Л.Н. Обозначение событийно-динамической локализации в современном русском языке и аутентичном художественном тексте.....277

Голицына М.Н. Проблемы эффективной организации самостоятельной работы студентов в ВУЗе.....279

Голицына М.Н. Профессионально-личностное становление будущего специалиста-переводчика.....282

Островская Л.В. Парадигмы профессиональной подготовки специалистов.....285

Григорьев В.Л., Полякова О.В. Теория обучения в новом информационном пространстве.....287

Соколина Е.Н., Федосова О.А. Глобальные проблемы профессионального самоопределения.....289

Бахарева Л.Н., Островский И.С. Современные задачи образования.....292

Полякова О.В., Шестопапов С.В. Тенденции компетентностного подхода.....294

Григорьев В.Л., Качармина Е.А. Социально-педагогические парадигмы формирования культуротворческих ценностей.....296

Крапивникова О.В. Принцип симметрии-асимметрии в педагогиче-

| | |
|--|-----|
| ке заочного обучения..... | 298 |
| Крапивникова О.В., Высоков Л.В. Специфика педагогического подхода в обучении студентов-заочников: принципы и модели обучения..... | 301 |
| Фролов А.И. Взаимосвязь здорового образа жизни и мотивационной направленности личности на регулярные занятия физической культурой..... | 304 |
| Беспалова Т.М., Котлярова М.Н. Анализ психологических компонентов речевых действий курсантов военного ВУЗа..... | 307 |
| Громова З.Ф. Анализ удовлетворенности студентов образовательным процессом по токсикологической химии..... | 309 |

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

| | | | |
|-----------------|------------|-----------------|----------|
| Абрамова А.О. | 230 | Епишина Т.А. | 115 |
| Ананьина В.П. | 159 | Ермолаева Т.В. | 232 |
| Аникеева Н.А. | 154 | Ермошина Н.П. | 122, 130 |
| Андреева И.В. | 192 | Жабинец Е.Д. | 174 |
| Аристархов В.Г. | 67, 70, 74 | Жаднов В.А. | 31 |
| Аристархов Р.В. | 67, 70 | Желтикова С.Ю. | 39 |
| Афоница Н.А. | 180 | Жильцова Е.Е. | 124, 126 |
| Баранов С.В. | 56, 58 | Жокина С.Ю. | 124, 126 |
| Бахарева Л.Н. | 292 | Жучков М.В. | 128, 130 |
| Беспалова Т.М. | 307 | Журавлева Н.С. | 102 |
| Бирюков А.Н. | 35 | Звягина В.И. | 10 |
| Бирюков В.В. | 93 | Зотова Г.А. | 159 |
| Боровикова Н.А. | 244 | Зубарева Т.П. | 53 |
| Брынза Н.С. | 194 | Иешкина М.Н. | 154 |
| Булаев М.П. | 267, 269 | Казаева О.В. | 214 |
| Бурцева Л.В. | 97 | Казакова Н.Т. | 250 |
| Бутова В.М. | 33 | Казакова С.С. | 115 |
| Володина Е.А. | 204 | Калинин Р.Е. | 60, 62 |
| Воронина Т.А. | 200 | Караганова О.В. | 120 |
| Воронин Р.М. | 200, 202 | Карасев Р.П. | 13 |
| Высоков Л.В. | 301 | Карпов В.В. | 60, 62 |
| Гладкова Н.С. | 133, 135 | Качанова Т.А. | 85 |
| Голицына М.Н. | 279, 282 | Качармина Е.А. | 296 |
| Головин С.В. | 226, 229 | Кириллов Ю.Б. | 64, 67 |
| Гребова Л.П. | 154 | Кирюшин В.А. | 218, 220 |
| Григорьев В.Л. | 287, 296 | Кленина Л.П. | 133 |
| Громова З.Ф. | 309 | Клипова Л.Н. | 151 |
| Грязнов С.В. | 60, 62 | Коваленко М.С. | 172, 174 |

| | | | |
|-----------------|---------------|---------------------|---------------|
| Гудков Р.А. | 145, 147, 180 | Колдынская Э.И. | 102 |
| Гуркина Г.И. | 102 | Колесникова М.А. | 18, 20 |
| Давыдкина В.С. | 154 | Коновалов О.Е. | 187, 190, 194 |
| Дашкевич О.В. | 100, 105 | Корецкая Л.В. | 259, 261 |
| Дейнека Л.А. | 168 | Коробков Е.Е. | 86 |
| Дмитриев А.А. | 86 | Котелевец Е.П. | 252 |
| Дмитриев А.В. | 145, 147 | Котляров С.Н. | 118 |
| Дмитриева М.Н. | 271 | Котлярова М.Н. | 307 |
| Дмитриева О.В. | 225, 226 | Котов К.С. | 139, 141 |
| Добин В.Л. | 108, 110 | Котова Л.А. | 139 |
| Донюков А.И. | 64 | Крапивникова О.В. | 298, 301 |
| Дорошина Н.В. | 269 | Крылова Е.А. | 37, 39, 115 |
| Евдокимова О.В. | 31 | Кулакова И.И. | 248 |
| Кулешова Л.Ю. | 241 | Островский И.С. | 292 |
| Куликов Е.П. | 53 | Оськин Д.Н. | 110 |
| Кумахов В.Т. | 60, 62 | Панфилова Т.Н. | 182, 184 |
| Курасова Е.Л. | 110 | Парамонова В.А. | 53 |
| Кучаева Л.В. | 82 | Пахомкина О.Ю. | 105 |
| Лавренова Л.В. | 110 | Петров Д.С. | 26 |
| Лаксаева Е.А. | 242 | Петрова В.И. | 145, 147 |
| Лапкин М.М. | 13 | Пешкова Г.П. | 222 |
| Лапшова Е.В. | 18, 20 | Пешкова М.Н. | 143, 222 |
| Левина М.А. | 273, 275 | Пимахина Е.В. | 88, 90 |
| Левушкин С.К. | 154 | Пирязева С.В. | 39 |
| Леонидов Н.Б. | 246, 248 | Полякова О.В. | 287, 294 |
| Леонов Г.А. | 37, 39 | Пономарева Г.А. | 53, 172 |
| Локштанов В.З. | 239 | Попов Д.М. | 244, 252 |
| Лорина Л.В. | 33 | Потапова С.В. | 192 |
| Луняков В.А. | 95, 97 | Поташова Т.Н. | 39 |
| Макарова Т.И. | 207, 209 | Потоцкая О.А. | 18 |
| Малахов Г.А. | 37 | Прадик Анил Саксена | 120 |
| Марков В.В. | 187 | Прилуцкий А.А. | 108 |
| Мартынов Е.Г. | 239 | Приступа Е.М. | 156 |
| Маслова М.В. | 222 | Прошляков В.Д. | 15 |
| Матвеева Л.В. | 176 | Пузин Д.А. | 64, 70 |
| Медведев В.А. | 74, 76 | Пчелинцев В.В. | 156, 161 |
| Медведева О.В. | 182, 184 | Пыхтунова О.И. | 172 |
| Меринов А.В. | 22, 24 | Ракита Д.Р. | 93, 95, 100 |
| Минаев В.В. | 200, 202 | Рубин Ю.А. | 108 |
| Миров А.И. | 159 | Рязанова Е.А. | 3 |
| Миров И.М. | 164 | Салтан Л.А. | 159 |
| Миронова М.А. | 137 | Сафонова Н.С. | 20 |
| Мирошина Е.П. | 108 | Свирина В.И. | 5, 8 |

| | | | |
|-----------------|---------------|-------------------|---------------|
| Мишаков Н.А. | 37 | Селезнев Н.Г. | 244, 248, 252 |
| Мостыка С.В. | 78, 82 | Семенкина Т.И. | 15 |
| Моталов А.Н. | 225 | Семёнов Ю.Н. | 83 |
| Моталова Т.В. | 216 | Соколина Е.Н. | 289 |
| Назарова М.С. | 261, 264 | Соколова Е.А. | 197 |
| Назарова О.А. | 269 | Солдатов В.А. | 46 |
| Натальская Н.Ю. | 112 | Соловьёва А.В. | 97, 100, 105 |
| Низов А.А. | 102, 105, 135 | Соломатина Л.М. | 172, 174, 176 |
| Никитин А.С. | 218 | Стариков А.С. | 29 |
| Николаев А.Н. | 108 | Стрельцова Р.М. | 246, 254 |
| Николашкин А.Н. | 252 | Стунеева Г.И. | 207, 211, 213 |
| Орлов В.Я. | 88, 90 | Супряга А.А. | 166 |
| Островская Л.В. | 275, 285 | Сычев И.А. | 236, 238 |
| Сычев М.А. | 190 | Худзик О.М. | 43 |
| Тарасова Е.И. | 124, 126 | Чекулаева Г.Ю. | 235 |
| Терентьев С.Ю. | 122 | Чесалина В.Н. | 110 |
| Ткаченко Т.Г. | 145, 147 | Чикин В.Г. | 156, 159, 161 |
| Толь Я.В. | 222 | Чудинин Н.В. | 220 |
| Трутнева Е.А. | 13 | Чунтыжева Е.Г. | 95, 97 |
| Трушин С.Н. | 86 | Царегородцев А.А. | 49 |
| Тузлуков И.И. | 176 | Цыганкова Л.В. | 156, 161 |
| Тузлукова О.И. | 176 | Шамин С.Г. | 108 |
| Утешева М.О. | 39 | Шатрова Н.В. | 43, 204 |
| Фалетров М.В. | 83 | Шатская Е.Е. | 145, 147 |
| Фалетрова С.В. | 93 | Шатский В.Н. | 151 |
| Федосеева Л.Н. | 277 | Швальб А.П. | 60, 62 |
| Федосова О.А. | 289 | Швальб П.Г. | 49, 56, 58 |
| Федотов И.А. | 112 | Шестопалов С.В. | 294 |
| Филатова Т.Е. | 102 | Шестопалова С.Г. | 256 |
| Филимонова А.В. | 204 | Шилова М.И. | 64, 70 |
| Филимонова Л.Б. | 143 | Шмаков П.Ю. | 180 |
| Фомина М.А. | 10 | Шубкина А.А. | 246 |
| Фролов А.И. | 304 | Юдаева Т.А. | 43 |
| Фролова М.А. | 241 | Юдин В.А. | 78, 83, 82 |
| Ухов Ю.И. | 49 | Яковлев Р.Ю. | 248 |
| Хазов П.Д. | 41 | Яковлева Н.В. | 122 |
| Хашумов М.В. | 67 | Якушин С.С. | 112 |