

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»



**МАТЕРИАЛЫ**  
**IV Российской (итоговой) научно-практической**  
**конкурс-конференции студентов и молодых ученых**  
**«АВИЦЕННА—2013»,**  
**посвященной 140-летию со дня рождения**  
**академика АМН СССР В.М. Мыша**

**Т о м I**

НОВОСИБИРСК  
2013

УДК УДК 61(063)  
ББК 5  
А-20

**Редакционная коллегия:**

д-р мед. наук, профессор *М. Ф. Осипенко*

д-р мед. наук, профессор *А. П. Надеев*

д-р мед. наук, профессор *В. Г. Кузнецова*

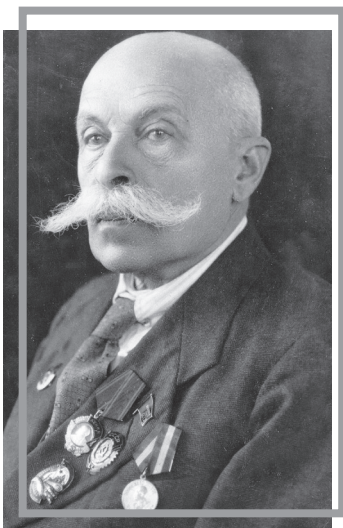
**А20 Материалы IV Российской (итоговой) научно-практической конкурс-конференции студентов и молодых ученых «Авиценна–2013» : в 2 т. — Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2013. — Т. 1. — 404 с.**

Настоящий сборник включает тезисы докладов IV Российской итоговой научно-практической конкурс-конференции студентов и молодых ученых ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава РФ, ГУ НЦ и ГУ НИИ СО РАМН и СО РАН г. Новосибирска, вузов г. Новосибирска, Бурятии, Киргыстана, Омска, Красноярска, Томска, Барнаула, Кемерово, Екатеринбурга, Читы и Астрахани. Представленные работы тесно связаны с научной тематикой кафедр и лабораторий, содержат фрагменты перспективных научных разработок в различных областях медицины.

Знакомство с материалами сборника будет полезно студентам, аспирантам, и клиническим ординаторам, преподавателям, а также практическим врачам всех специальностей.

УДК УДК 61(063)  
ББК 5

© НГМУ, 2013



**Владимир Михайлович  
МЫШ  
(1873–1947)**

**ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ МЫШ.  
«ИНЖЕНЕР ОТ ХИРУРГИИ»...**

Блестящий хирург-клиницист и ученый, человек большого организаторского таланта и неиссякаемой энергии, видный общественный деятель – таким навсегда вошел в историю отечественной и мировой хирургии

академик Владимир Михайлович Мыш.

В.М. Мыш родился 4 января 1873 г. в Санкт-Петербурге, в семье адвоката (присяжного поверенного) Михаила Игнатьевича Мыша, хорошо известного своими трудами в области юриспруденции. Мать, Любовь Абрамовна происходила из купеческой семьи, была домохозяйкой. В семье помимо Владимира Михайловича было еще двое детей: сестра – Е.М. Мыш (в замужестве Гринберг) и брат – А.М. Мыш, пошедший по стопам отца, став членом коллегии защитников.

Среднее образование В.М. Мыш получил в Санкт-Петербурге в 6-ой классической гимназии. К моменту окончания гимназии он владел немецким и французским языками, и настолько хорошо играл на скрипке, что перед ним стоял выбор, чему посвятить жизнь – музыке или медицине. Сделав выбор в пользу медицины, В.М. Мыш поступил в Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге. Несмотря на известность отца, попасть в это учебное заведение было трудно, но блестяще сдав экзамены, в возрасте 17 лет В.М. Мыш стал самым молодым студентом академии. В академии царила жесткая дисциплина, но обучение студентов в хирургической клинике профессора М.С. Субботина и в терапевтической клинике профессора Л.П. Попова велось на высоком уровне. Под их руководством В.М. Мыш на 4-ом курсе выполнил свою первую научную и конкурсную работу «Панкреатический диабет, его патогенез и клиника», которая представляла собой монографическое исследование, базирующееся на многочисленных литературных источниках, в основном иностранных, и экспериментах, выполненных на собаках. Эта работа, в которой В.М. Мыш проявил самостоятельность,

огромное трудолюбие и талант исследователя, была удостоена золотой медали академии.

В 1895 г. В.М. Мыш с отличием окончил Военно-медицинскую академию, получив звание врача. Он три года проработал в клинике одного из самых выдающихся представителей хирургии того времени академика Н.А. Вельяминова, с которым познакомился еще на 5-ом курсе академии. Свой практический опыт хирурга В.М. Мыш приобретал не только в рабочее время, но и во время отпуска. Так, летом 1896 г. он посетил клиники Германии и Швейцарии, где познакомился с работой выдающихся хирургов-клиницистов. В 1897 г. в хирургической лечебнице г. Кисловодска за три месяца своего отпуска выполнил много различных операций, подчас довольно сложных.

За время работы в клинике Н.А. Вельяминова Владимир Михайлович успешно сдал докторские экзамены, выполнил 7 научных работ, написал и в 1898 г. защитил докторскую диссертацию на тему «*Herniae vaginales inguinales* в детском возрасте», получив степень доктора медицины.

В 1898 г. на пути становления В.М. Мыша как хирурга встала неожиданная преграда. В.М. Мыш, как выпускник Военно-медицинской академии, был военнообязанным. Без учета его специальной хирургической подготовки он был назначен Главным военно-медицинским управлением на должность младшего врача в один из пехотных полков в глухой провинции. С большим трудом Владимиру Михайловичу удалось отстоять свое право на научно-исследовательскую работу в области хирургии, и он был переведен в Калугу заведующим хирургическим отделением на 30-40 коек в военном госпитале. Здесь ему приходилось оперировать на желудке и кишечнике при грыжах и различных гнойных поражениях, в частности, и при гнойных отитах, а иногда проводить ортопедо-травматологические и гинекологические операции. На протяжении трех лет работы в Калуге (1898-1901) В.М. Мыш проводил научные исследования, опубликовал 6 новых работ и совершенствовал свою оперативную технику, состоял секретарем общества практических врачей.

В 1888 г. был открыт Томский университет – единственная тогда в Сибири высшая школа для подготовки врачебных кадров. Вскоре Владимиру Михайловичу представилась возможность участвовать в конкурсе на объявленную университетом вакансию профессора кафедры общей хирургии с десмургией и учением о вывихах и переломах на медицинском факультете (в то время – кафедра теоретической хирургии). Пройдя по конкурсу в Томский университет, В.М. Мыш демобилизовался из армии. Пока проходила процедура его утверждения в новой должности, В.М. Мыш посетил Берлин и Гейдельберг. Там он углубленно изучил организацию рентгенологической, ортопедической и хирургической помощи в образцовых клиниках Европы. Все эти знания позднее В.М. Мыш применил на практике впервые в Сибири.

В Калуге медицинская общественность с большим сожалением расставалась с молодым доктором, избрав его почетным членом общества врачей

города. Осенью 1901 г. В.М. Мыш был уже в Томске. Так начался главный период его жизни — сибирский, продолжавшийся без малого 50 лет.

В ноябре 1901 г. состоялась вступительная лекция В.М. Мыша в Томском университете в качестве молодого руководителя кафедры теоретической хирургии. По традиции она была прочитана в торжественной обстановке, в актовом зале, в присутствии профессорско-преподавательского персонала и переполнившего зал студенчества. Лекция была посвящена первостепенному значению хирургических знаний в деле теоретической и практической подготовки современного врача.

Преподавательская деятельность В.М. Мыша началась в очень трудных условиях — не было ни клиники, ни сколько-нибудь оборудованной кафедры. Читаемый курс оказался теоретическим в полном смысле слова, кафедру пришлось оснащать с «нуля». Основной материал студенты получали из лекций Владимира Михайловича, к которым он готовился очень тщательно, но, полагаясь на свою превосходную память, почти ничего не фиксировал на бумаге. Впоследствии эти лекции вошли в отдельное издание для студентов и врачей «Основы хирургической патологии и терапии» (1907). Этот труд имел такие важные разделы, как учение об асептике, местное и общее обезболивание, спинномозговая анестезия, учение о повреждениях (огнестрельные, закрытые, термические), влияние их на организм и влияние различных состояний организма на течение повреждений, а также учение о пересадке тканей и основы пластической хирургии. Сам В.М. Мыш считал книгу незаконченной, но, по отзывам современников, в ней нашли отражение важнейшие вопросы хирургии. Свой труд Владимир Михайлович посвятил профессору Н.А. Вельяминову. Кроме того, В.М. Мыш впервые в Томском университете стал читать курс лекций по рентгенологии для врачей и студентов, а в 1904 г. при кафедре им был организован первый в Сибири рентгеновский кабинет на основе опыта, полученного им ранее в европейских клиниках. В 1905 г. была опубликована научная работа В.М. Мыша «Лекции по практическому курсу рентгенографии». Это дает право считать его основателем и пионером рентгенологии в Сибири.

В.М. Мышу удалось открыть при кафедре хирургическое отделение в больнице при Томской общине сестер милосердия Красного Креста. В начале работы отделения в стационаре было всего 2 койки, но уже к 1904 г. их число достигло 16-ти. Отделение стало клиникой, которая имела большое значение для демонстрации больных студентам, проходившим курс общей хирургии.

Владимир Михайлович уделял внимание работе не только отделения. Он занимался подготовкой врачей-специалистов и консультировал тяжелых больных в губернской больнице, военном госпитале, позднее — в физиотерапевтическом институте, акушерско-гинекологической, железнодорожной и городской больницах Томска, а также на курортах Сибири. Кроме того, в течение около полутора лет В.М. Мыш одновременно, по поручению факультета, заведовал кафедрой нормальной анатомии.

В 1909 г. Владимир Михайлович перешел на заведование кафедрой факультетской хирургической клиники Томского университета, которой он руководил до 1931 г. Здесь в 1911 г. по проекту В.М. Мыша для его клиники и кафедры был построен отдельный кирпичный двухэтажный хирургический корпус на 165 коек. Там было центральное отопление, вентиляция и необходимое оборудование. Для клиники был подготовлен персонал и обеспечены асептические условия работы в операционной. Именно здесь усилиями В.М. Мыша впервые в Томске и в Сибири помимо рентгенологического, были открыты урологический и стоматологический кабинеты.

В этой клинике делались самые сложные по тем временам и подчас уникальные операции, на которые не решались другие хирурги. В 1912 г. В.М. Мыш первым в России и третьим в мире выполнил радикальную операцию при альвеолярном эхинококкозе печени, заболевании, вызываемом паразитированием в организме человека и животных плоского червя эхинококка. В клинике проводился и амбулаторный прием больных, в котором участвовал как сам профессор, так и его ближайшие сотрудники. В лаборатории клиники осуществлялись гистологические, бактериологические и иные исследования, необходимые для практики и науки. Только за три года (1909-1913) через клинику В.М. Мыша прошло более 10 тысяч больных, из них около тысячи стационарных и более 9 тысяч – амбулаторных.

В годы гражданской войны работа клиники была перестроена под нужды военного времени – вместо прежних трех операционных дней в неделю был введен четвертый, коечный фонд увеличился вдвое, резко возросла пропускная способность. В.М. Мыш лично следил за сохранностью имущества и инвентаря. В палатах всегда поддерживалась достаточная температура, что дало возможность выполнять указание губернской власти о непрерывной работе клиники в течение круглого года. В эти годы В.М. Мыш ни на минуту не ослаблял своей деятельности как врач, как научный работник и преподаватель. Стараниями Владимира Михайловича Мыша клиника выделялась среди других медицинских учреждений своей оснащенностью, объемом научной работы, что неоднократно отмечали нарком просвещения А.В. Луначарский, нарком здравоохранения Н.А. Семашко и другие члены правительства во время посещения Томского университета.

С 1922 г. В.М. Мыш стал совмещать работу на кафедре факультетской хирургической клиники с руководством созданной им кафедры урологии, которую он также возглавлял до 1931 г. В 1926 г. им были опубликованы «Клинические лекции по урологии». Тогда же при его кафедре были выделены курсы оториноларингологии, стоматологии, ортопедии и травматологии, ставшие вскоре самостоятельными и положившие начало возникновению соответствующих служб и клиник в Сибири.

В 1927 г. в Томске был открыт Государственный институт для усовершенствования врачей (ГИДУВ). В.М. Мыш был одним из инициаторов его открытия и первым профессором этого института. Он возглавил кафедру хирургии этого нового учебного заведения, а в 1928 г. также был первым приглашен и утвержден в должности профессора хирургической кли-

ники при этой кафедре. Эта клиника стала крупнейшим в Сибири научно-хирургическим центром для усовершенствования и специализации врачей Сибири и образцовым, по современным требованиям, лечебным учреждением. В.М. Мыш охотно делился с врачами-курсантами своим опытом, часто советовался с ними и сам при этом учился. Его девизом было: «Постоянно учись, постоянно совершенствуй себя и свое мастерство». Мысль о том, что никогда не надо останавливаться на достигнутом, он постоянно внушал как студентам, так и врачам, приходившим к нему на усовершенствование. В своей клинике Владимир Михайлович регулярно делал обходы и клинические разборы. Студенты курировали больных и часто ассистировали ему на операциях. Каждый студент в ней был не только учеником, но и коллегой В.М. Мыша, его сотрудником.

Когда в 1931 г. институт усовершенствования врачей из Томска был переведен в Новосибирск, В.М. Мыш первый дал согласие на переезд, оставив престижную работу в Томском университете (тогда уже в выделившемся из него - медицинском институте), оставив и свои многочисленные консультации в различных лечебных учреждениях Томска. Новосибирск тогда был центром Сибирского края, и работа предвещала еще большие возможности для Владимира Михайловича. Руководство края охотно шло ему навстречу, понимая, что все, что делает В.М. Мыш – это не для него лично, а для блага здравоохранения Сибири.

В ГИДУВе Владимир Михайлович продолжал заведовать кафедрой хирургии до конца своих дней. Его новая клиника в Новосибирске вскоре стала самой передовой не только в Сибири, но и во всей стране, как по ее оснащению, так и по результатам хирургических операций, по разработке новых технологий, новых методов лечения больных. В 1934 г. В.М. Мыш первым из новосибирских медиков получил почетное звание Заслуженного деятеля науки.

В 1935 г. В.М. Мыш принял активное участие в открытии на базе ГИДУВа Новосибирского медицинского института и создании в нем кафедры факультетской хирургии (1936–1937). Основной его работой по-прежнему оставался ГИДУВ, где он помимо оказания хирургической помощи больным, занимался разработкой и внедрением новых методов более эффективного лечения. Все новые разработки и методики сначала тщательно продумывались, проверялись на экспериментальных животных и только после проверки их безопасности и высокой эффективности применялись в клинике.

Владимиру Михайловичу неоднократно предлагали переезд в Москву и Ленинград, но он отказывался, так как считал, что в Сибири он сможет сделать больше полезного и нужного людям. В Новосибирске установилась тесная научная и творческая связь В.М. Мыша с профессорами НГМИ и ГИДУВа, заведующими кафедрами госпитальной терапии Я.И. Бейгелем и факультетской терапии А.Л. Мясниковым. Тесные и многолетние связи сложились у Владимира Михайловича с профессорами, заведующими кафедрами микробиологии П.В. Бутягиным и акушерства и гинекологии Н.И. Горизонтовым.

В 1937 г., когда в стране начались политические репрессии, «врагами народа» были объявлены многие врачи, в том числе заведующий Запсибкрайздравом, профессор М.Т. Тракман (руководитель кафедры гигиены ГИДУВа и НГМИ), директор ГИДУВа и НГМИ И.Х. Лившиц и другие. Нависла угроза и над В.М. Мышом. У НКВД были основания причислить его к их возможным «сообщникам», так как он происходил из «буржуазной среды», многократно бывал за границей, имел деловые связи с осужденными и расстрелянными. К счастью ему удалось избежать участи названных лиц. Несмотря на то, что контактировать с репрессированными было опасно, В.М. Мыш иногда шел на риск. Так, еще в 1926 г. по ходатайству В.М. Мыша был освобожден из ссылки в Туруханске известный хирург-священник В.Ф. Войно-Ясенецкий. В 1941 г. В.М. Мышу снова, рискуя своей жизнью, пришлось ходатайствовать за В.Ф. Войно-Ясенецкого, находившегося в очередной ссылке за свои религиозные убеждения в поселке Большая Мурта Красноярского края. Благодаря этому ходатайству известный хирург, автор уникального труда «Очерки гнойной хирургии» смог выехать в Томск и написать новую работу, получившую впоследствии Сталинскую премию.

Опыт работы в военных госпиталях во время Первой мировой и гражданской войн был использован В.М. Мышом в годы Великой Отечественной войны. Профессор В.М. Мыш был назначен главным консультантом эвакогоспиталей Сибирского военного округа в Новосибирске, продолжая работать в хирургических клиниках Новосибирского государственного медицинского института и института для усовершенствования врачей. Как и прежде, он ни на день не прекращал своей врачебной, научной и преподавательской деятельности. Владимир Михайлович уделял много внимания организации и постановке хирургической деятельности в эвакогоспиталях. Внедрение многих предложений, методик, операций, разработанных В.М. Мышом, позволило хирургам получить блестящие результаты лечения раненых и возвращать их в строй в более короткие сроки. Особо важно в условиях военного времени было лечение ран и переливание крови. Заслуженное внимание уделялось рентгенологическому исследованию свищей с введением контрастной массы (метод фистулографии). Метод нашел широкое применение в эвакогоспиталях Сибири при лечении огнестрельных остеомиелитов, удалении огнестрельных инородных тел.

Некоторые операции, выполненные В.М. Мышом в эвакогоспиталях, были очень сложными и требовали большого хирургического мастерства. Так, Владимир Михайлович однажды извлек из прострелянного легкого куски шинели. Через два месяца после проведенной операции В.М. Мыш получил письмо из Северной Буковины от этого раненого, капитана Андреева, со словами благодарности за спасение жизни и за то, что он снова в боевом строю.

В военные годы В.М. Мыш продолжал научную деятельность, работая над монографией «Материалы к истории хирургии военного времени (1938-1944)», в которой он обобщил свой опыт лечения раненых в эвакогоспиталях. Под его редакцией вышли два сборника научных работ сотрудни-



ков эвакогоспиталей и его кафедр в ГИДУВе и мединституте. В 1944 г. вышел второй том книги «Очерки хирургической диагностики (опухоли живота)». В 1945 г., в числе многих видных деятелей советской науки, В.М. Мыш был избран действительным членом Академии медицинских наук СССР.

В 1947 г. к 50-летию юбилею научной, врачебной и педагогической деятельности В.М. Мыша вышел сборник со статьей директора ГИДУВа и НГМИ, доцента Г.Т. Шикова «Выдающийся хирург и ученый». В ней Г.Т. Шиков отмечал, что В.М. Мыш «... обладает исключительной природной склонностью расшифровывать самые трудные, сложные, запутанные клинические случаи». Этим объяснялась его изумительная диагностика сложных и относительно редких заболеваний, а далее их блистательное хирургическое лечение. «При этом, – отмечал Г.Т. Шиков в своей статье, – сам В.М. Мыш не видел ничего чудесного в своих действиях. Он показывает, сколь велико значение тщательного исследования анамнеза, учит, как терпеливо, вдумчиво и разносторонне должен врач изучать больного, он учит бережливому, мягкому, корректному обращению с больным. Учит осторожному, тонкому и чуткому пальпированию и перкутированию больного. Его ученики всегда внимательно следят за деятельностью его чутких и одухотворенных пальцев, которые прощупывают исследуемую область больного нежно, нечувствительно для больного...».

В.М. Мыш продолжал свою научную и клиническую деятельность до последних дней своей жизни. Скончался Владимир Михайлович 31 декабря 1947 г. на 75-ом году жизни. Похоронен на Засельцовском кладбище г. Новосибирска. На могиле воздвигнут памятник, увенчанный его бюстом.

Трудно назвать область хирургии, которой бы не занимался в течение своей жизни Владимир Михайлович, причем его работы всегда отличались новаторством и фундаментальностью. В сферу его научных интересов входили почти все разделы хирургии – урология, травматология и ортопедия, рентгенология, оториноларингология, стоматология, нейрохирургия, костно-суставной туберкулез, онкология (радикальные операции при злокачественных опухолях на легких). Научная тематика коллективов всех кафедр, которыми руководил В.М. Мыш и в Томске и Новосибирске, всегда имела «собственное лицо». Эта тематика не была случайной, она диктовалась требованием времени и уровнем развития медицины в Сибири.

В.М. Мыш был сторонником использования принципов асептики и антисептики в хирургии, активно применял как химические вещества, убивающие микробы, так и физические методы обеззараживания всех предметов, соприкасающихся с ранами. Так, в клиниках, возглавляемых В.М. Мышом, нашла широкое применение обработка операционного поля 10% водным раствором марганцовокислого калия вместо дефицитной в то время настойки йода. Еще до Великой Отечественной войны в его клиниках пропагандировался вторичный шов на гранулирующие раны, который лишь в период войны стал обязательным при огнестрельных ранениях и считался достижением в военно-полевой хирургии. При лечении ран Владимир Ми-

хайлович придерживался строго индивидуального подхода, требовал обоснованного применения сульфаниламидных препаратов.

Усилиями В.М. Мыша в Сибири стали применяться и были популяризованы такие способы местной анестезии, как спинномозговое и общее обезболивание, обезболивание при помощи морфинно-эфирного ингаляционного наркоза при хорошо разработанных показаниях их применения.

Владимир Михайлович Мыш стал инициатором внедрения специализированной урологической помощи в Сибири. Специальному разделу – хирургии мочевых путей – В.М. Мыш уделял особое внимание. В те годы, когда эта область науки и медицинской практики была еще слабо изучена, В.М. Мыш добился такой высокой организации обследования урологических больных, диагностики и успешного хирургического лечения, которые были доступны еще очень узкому кругу хирургов страны. Он первым в урологической практике ввел бескатетерное ведение послеоперационного периода в операции высокого сечения мочевого пузыря. Им впервые в стране разрабатывалось учение о хирургических нефритах, была доказана возможность одностороннего заболевания, а также разработан вопрос о фосфатурии, о раздельной функции почек. В.М. Мыш усовершенствовал диагностику почечных заболеваний, в частности туберкулеза, гидронефроза и др. Заслуживают внимания разработанные им принципы операций на мочевом пузыре, почек, уретре, мочеточниках. Он одним из первых провел двухмоментную чрезпузырную простатэктомия при гипертрофии предстательной железы, предложил ряд оригинальных операций по пересадке мочеточника по видоизмененному им способу, пластику как способ лечения фимоза. Им были опубликованы «Клинические лекции по урологии с приложением указателя отечественной урологической литературы» (1926), монография «Клинические лекции по урологии» (1936).

Важной заслугой и новаторством В.М. Мыша является развитие им в Сибири черепно-мозговой хирургии. Эта особенно сложная область медицины – нейрохирургия – только в XX веке оформилась в самостоятельную научную дисциплину благодаря трудам В.М. Бехтерева, Н.Н. Бурденко, А.Л. Поленова. Первые работы В.М. Мыша по нейрохирургии опубликованы в журналах «Хирургический архив Вельяминова», «Хирургия» уже в 1911-1912 гг. Успешные исследования В.М. Мыша об оперативном лечении эпилепсии, опухолей головного и спинного мозга, пересадке мышечной ткани для остановки кровотечения при черепно-мозговых операциях – существенный вклад в советскую нейрохирургию. В.М. Мыш указывал, что «... в тесной, совместной с невропатологами работе (профессора Л.И. Омороков в Томске, А.В. Триумфов в Новосибирске), удалось развить хирургию головного и спинного мозга, до того времени в Сибири не представленную».

Наиболее важными В.М. Мыш признавал попытки хирургического лечения атетоза при помощи операции Горсли. В.М. Мыш отмечал, что не все случаи атетоза неизлечимы, но не всегда удается сознательно отбирать пригодные для операции случаи. Этой проблеме были посвящены такие рабо-

ты В.М. Мыша как «Об операции Горсли в деле лечения корковых разновидностей эпилепсии и атетоза» (1926), «Еще к вопросу о хирургическом лечении атетоза» (1929).

Большое внимание В.М. Мыш уделял в двух своих работах лечению мозгового пролапса, а также искал способы хирургического лечения при различных формах эпилепсии. В.М. Мыш первым еще в Томске стал проводить операции на головном мозге по поводу опухолей. В своих статьях «Паллиативные операции при неоперируемых опухолях мозга» (1912) и «Прокол мозолистого тела, как декомпрессивная операция» (1924) он привел подробную сводку литературы, статистику, обоснование операции и т.д. В других статьях, посвященных этой проблеме, изложены единичные наблюдения, однако исчерпывающим образом освещена мировая литература.

В.М. Мыш успешно проводил операции по удалению звездчатого узла при каузалгиях, при рецидивирующих кистах мозжечка, при патологии периферической нервной системы и при различных случаях послеоперационных невралгий (попадание нервов в лигатуры при операциях грыжесечения, аппендэктомии, операциях на почках), собрав свои наблюдения и дав рекомендации по их предупреждению в статье «Послеоперационные невралгии, их профилактика и лечение» (1934). Всего В.М. Мышом было опубликовано 16 работ по нейрохирургии.

Особое внимание В.М. Мыш уделял хирургии брюшной полости, в том числе желудка и двенадцатиперстной кишки. Он предложил способ борьбы с опасным осложнением операции заднего гастроэнтероанастомоза – передним с добавочным энтероанастомозом по Брауну. Имелись у него и приоритетные достижения в хирургии эхинококка печени.

Значительное число работ В.М. Мыша посвящено вопросам, касающимся переломов и вывихов, костной патологии. Им была опубликована монография «Очерки хирургической диагностики - позвоночника, таза, конечности» в Томске (1934), переизданная в Новосибирске (1938). В третий раз эта монография с дополнениями вышла в 1941 г. Определенный вклад внес Владимир Михайлович в лечение костно-суставного туберкулеза, в том числе коленного сустава, разработал свою методику оперативного вмешательства.

В.М. Мыш предложил ряд пластических и восстановительных операций: операцию при фимозе, пересадку мочеочника, восстановление подвижности нижнечелюстного сустава при двустороннем костном анкилозе. Наибольшее распространение в годы войны получил гетеротрансплантат в виде декальцинированной и кипяченой так называемой «бульонной кости».

Все это – далеко не полный перечень достижений В.М. Мыша.

Такой же насыщенной, как клиническая, была и педагогическая деятельность В.М. Мыша. Профессор В.М. Мыш – лектор и преподаватель – постоянно работал над собой. Его лекции обычно хорошо иллюстрировались красочными таблицами. Владимир Михайлович всегда говорил ровно и спокойно, не повышая голоса, корректно и уважительно общался с больным. В студенческой среде он считался одним из наиболее почитаемых

и любимых профессоров, его аудитория всегда была до отказа переполнена. Он пользовался заслуженной любовью и уважением студентов. Его деятельность снискала внимание, уважение и поддержку общественности и руководства. Однако особо увлекательными, особо ценными представлялись его лекции для коллег. И чем выше оказывался стаж врачей-курсантов, тем больше восхищения вызывали эти лекции – глубоко содержательные, ясные, четкие, методически безупречно выстроенные. Особенно содержательны были демонстрации больных с неясными для диагноза проявлениями тяжелых заболеваний.

Владимир Михайлович уделял большое внимание самообразованию, считая это необходимым для каждого врача. Он писал: «...я хотел бы подчеркнуть исключительную важность достаточного личного книжного оснащения. Книга для врача вообще и для желающего расти врача-специалиста, в особенности необходима так же, как и инструмент для мастера. Будущий врач еще на студенческой скамье должен быть заинтересован в составлении библиотечки, которая будет его надежным спутником и советчиком в будущей самостоятельной работе. Эту библиотеку надо заботливо пополнять в течение всей своей жизни...». Сам он был истинным книголюбом, любил и ценил книги. Его личная библиотека, накопленная почти за полвека врачебной работы, содержала до 20 тысяч экземпляров и была передана в дар Новокузнецкому институту усовершенствования врачей. Она стала общественным достоянием. В.М. Мыш, свободно владея несколькими европейскими языками, постоянно читал не только отечественную, но и зарубежную литературу, выписывал все книги по медицине и хирургии, издававшиеся в Европе.

По общему признанию, В.М. Мыш удивительным образом сочетал в себе качества блестящего хирурга, выдающегося клинициста и преподавателя. Задача, которую ставил перед собой Владимир Михайлович в последнее десятилетие своей долгой и насыщенной жизни – подготовить целую группу своих учеников с законченным академическим стажем, «кадров для кадров», дать еще одну когорту руководителей хирургических кафедр.

К числу профессоров-хирургов, вышедших из его научной школы, он сам причислял профессоров В.С. Левита (Москва), Г.М. Мухадзе (Тбилиси), М.С. Рабиновича (Омск), С.Л. Шнейдера (Новосибирск), Б.И. Фукса (Куйбышев), К.Н. Черепнина (Томск), А.Г. Савиных (Томск), В.М. Галкина (Ленинград). К ним же он относил и молодых преподавателей ГИУДВа и НГМИ доцентов М.Д. Пономарева, Н.К. Дица, Д.В. Мыша, В.А. Стогова, Л.А. Каплана и других, а также видных практических хирургов. Учениками В.М. Мыша издано свыше 400 работ, из них несколько докторских и кандидатских диссертаций.

Собственное литературное наследие В.М. Мыша весьма значительно – более 130 монографий, брошюр, статей, докладов. Оно содержит такие фундаментальные труды, как «Основы хирургической патологии и терапии», «Хронический болевой нефрит без изменений в моче и с таковым», «Клинические лекции по урологии», «Очерки хирургической диагности-

ки – позвоночник, верхние и нижние конечности», статьи в «Большой медицинской энциклопедии». В 40-е годы опубликованы работы В.М. Мыша, посвященные вопросам истории медицины и истории общего наркоза, а также был создан прекрасный хирургический музей в Томске.

Большое число его работ были опубликованы в центральных журналах: «Военно-медицинский журнал», «Хирургия», «Советская клиника», «Советская хирургия» и др. В.М. Мыш был членом редакционной коллегии журналов «Хирургия», «Новый хирургический архив», соредактором ряда медицинских журналов: «Сибирские врачебные ведомости», «Сибирский медицинский журнал», «Сибирский клинико-профилактический журнал», «Новый хирургический архив». Владимир Михайлович принимал участие в создании журнала «Сибирский архив теоретической и клинической медицины».

Последней крупной работой В.М. Мыша в 1945 г. явились биографические очерки «Мой путь врача-специалиста (1894-1944)» с почти полным библиографическим указателем его научных работ. В этой книге в главе о педагогической деятельности он подчеркивал: «Не будет в клинике должной дисциплины, если заведующий клиникой, профессор сам не будет безукоризненным образцом ее. Не будет у будущего врача чувства моральной ответственности за недостаточно внимательное отношение к больному, если он видит таковое в обиходе клиники...».

В.М. Мыш принимал активное участие в жизни медицинского научно-го сообщества. Он был членом ученого медицинского Совета при Наркомздраве РСФСР, выполнял задания по научной части от Крайздрава. Владимир Михайлович являлся членом Президиума Всесоюзных обществ (нейрохирургического и онкологического), почетным членом Московского, Ленинградского и Омского хирургических обществ, почетным председателем новосибирского филиала Всесоюзного общества хирургов. Неоднократно выступал с докладами на съездах российских и сибирских хирургов.

В.М. Мыш активно участвовал в общественной жизни страны и региона. В 1940 г. он вступил в ряды ВКП(б) и его неоднократно избирали парторгом ГИДУВа и 1-й городской больницы г. Новосибирска. Он дважды избирался депутатом Верховного Совета СССР (1937, 1946). В качестве делегата и члена Президиума принимал участие в работе 2-го съезда Советов Западно-Сибирского края и 3-го чрезвычайного Краевого съезда Советов. Регулярно проводил депутатский прием посетителей, отвечал на многочисленные запросы и письма, оказывая посильную помощь. В разные годы в Томске и Новосибирске В.М. Мыш был председателем государственной и экзаменационной предметной комиссии по хирургии, председателем учебно-плановой комиссии.

В.М. Мыш положил начало медицинской династии. Семейную традицию продолжил Дмитрий Владимирович Мыш — сын Владимира Михайловича, который окончил медицинский факультет Томского государственного университета и прошел школу в хирургической клинике своего отца. Д.В. Мыш впервые в Новосибирске организовал онкологическое отделение.

ние и явился первым пропагандистом знаний в этой сложной отрасли хирургии. В 50-е годы он проводил большую преподавательскую, научную и лечебную работу в Новосибирской хирургической клинике имени академика В.М. Мыша.

Внук - Георгий Дмитриевич Мыш. Окончил Новосибирский государственный медицинский институт, работал хирургом в г. Белово Кемеровской области, а, вернувшись в Новосибирск – на кафедре госпитальной хирургии НГМИ. С 1971 г. стал первым заведующим кафедрой факультетской хирургии вновь созданного педиатрического факультета и одновременно главным врачом Новосибирской областной клинической больницы. Около десятка работ Г.Д. Мыша посвящены новым в то время методам диагностики и лечения с использованием технических средств (компьютерный контроль за больным, полуавтоматический аппарат для получения искусственной управляемой гипотермии и т.д.). Отдельные его работы освещают вопросы ангиологии, курортологии, пластики, эндокринологии, онкологии.

Правнук В.М. Мыша – Владимир Георгиевич Мыш, выпускник НГМИ. Начав карьеру хирурга, впоследствии принял решение стать терапевтом. После защиты диссертации работал в институте терапии, продолжив свои исследования под руководством академика Ю.П. Никитина. В середине 80-х годов В.Г. Мыш эмигрировал в Израиль.

Второй правнук В.М. Мыша – Дмитрий Георгиевич Мыш, после окончания НГМИ работал практическим врачом-хирургом, но также как и его брат, после эмиграции в Америку, стал терапевтом.

На протяжении всей жизни деятельность Владимира Михайловича Мыша не оставалась без внимания государства и правительства. Так, еще в 1905 г. за вклад в развитие медицины в России он получил чин действительного статского советника. До октябрьской революции В.М. Мыш имел награды Российской империи: ордена Святого Станислава 3 степени (1901), Святой Анны 3 степени (1906), Святой Анны 2 степени (1909), Святого Станислава 2 степени, а также медали в память царствования Императора Александра III и 300-летие царствования Дома Романовых (1913).

В советское время В.М. Мыш был награжден двумя орденами Ленина, орденом Трудового Красного Знамени и медалями «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За трудовую доблесть», а также «Почетный железнодорожник». Кроме орденов и медалей В.М. Мыш в 1935 г. постановлением Запсибкрайисполкома был премирован легковым автомобилем «Форд». В 1936 г. хирургической клинике ГИДУВа было присвоено имя В.М. Мыша, а позже – кафедре факультетской хирургии Новосибирского мединститута. Еще при его жизни были учреждены две стипендии имени В.М. Мыша. Все награды свидетельствуют о больших заслугах Владимира Михайловича как ученого и выдающегося отечественного хирурга.

Владимира Михайловича Мыша называли живой хирургической энциклопедией, «инженером от хирургии». Им было проведено свыше 30 тысяч операций. Доцент Г.Т. Шиков (директор НГМИ и ГИДУВа с 1937 по 1947



гг.) отмечал: «Многие операции ученого вошли в учебные пособия, монографии, по которым учатся врачи. Их техника изумительна, они доставляют даже опытным хирургам эстетическое наслаждение, остроумием и законченным совершенством приемов, которые создают впечатление полной простоты даже там, где хирург решает сложнейшую, техническую задачу. Такой технике надо учиться... Она требует не только хирургической подготовки, хирургического рвения, но и вдохновения...».

Своей жизнью, творческим, ярким трудом Владимир Михайлович Мыш доказал, что большая наука может развиваться не только в столичных центрах, но и далеко за ее пределами, в том числе в Сибири.

*И.И. Николаева, к.м.н., доцент,  
заведующая кафедрой социально-  
исторических наук НГМУ  
С.Г. Шамовская-Островская,  
заведующая музеем НГМУ*

## **ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ МЫШ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ХИРУРГ И УЧЕНЫЙ, УЧИТЕЛЬ И ОРГАНИЗАТОР КЛИНИКИ И КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА**

Имя Владимира Михайловича Мыш неразрывно связано с историей кафедры факультетской хирургии Новосибирского государственного медицинского института, который был создан по приказу правительства СССР в 1935 году. Предтечей возникновения кафедры была хирургическая клиника на 150 коек Новосибирского государственного института усовершенствования врачей. Клинику возглавлял с 1932 года выдающийся отечественный хирург, учёный и в последующем общественный деятель, депутат Верховного Совета СССР, заслуженный деятель науки, действительный член Академии Медицинских наук СССР, профессор В.М. Мыш. Через несколько лет на этой базе в 1936 году развернула работу еще одна хирургическая кафедра - факультетской хирургии Новосибирского медицинского института. Нужно сказать, что институт начал свою работу с 3 курса обучения студентов. Курс факультетской хирургии преподносился студентам на 4 курсе с октября 1936 года. Первым лектором и заведующим кафедрой и руководителем клиники был академик В.М. Мыш. Основатель кафедры и первый её заведующий академик В.М. Мыш занимал эту должность в течение одного семестра, а затем с 07.02.1937 г. он передал эту должность своему ученику - доценту М.Д. Пономареву, который возглавлял эту кафедру почти 30 лет. Таких высот он достиг благодаря величайшему труду и любви к хирургии и преданности своему делу и чувству, и осознанию высочайшего долга перед пациентом - больным человеком. Все началось в Военно-медицинской ака-

демии Санкт-Петербурга, которую он окончил с отличием в 1895 году. Блестяще защитил в 1898 году диссертацию на степень доктора медицины, написав 6 крупных научных работ. В знак высокой оценки в 1896 году он был направлен на стажировку в клиники Германии и Швейцарии к выдающимся хирургам и ученым Бергману и Ру. Он владел иностранными языками. Владимир Михайлович начал практическую врачебную работу на периферии в должности младшего врача пехотного полка. Затем младшим врачом и заведующим хирургического отделения в г. Калуге. По прошествии трех лет работы в Калуге, в 1901 году, в возрасте 28 лет избирается по конкурсу профессором Томского университета, на кафедру хирургической патологии с десмургией и учением о вывихах и переломах. В 1909 году состоялся его переход на клиническую кафедру факультетской хирургии Томского университета. Работая в Томской хирургической клинике В.М. Мыш создал первый в Сибири рентгеновский кабинет и впервые в Томском университете читал студентам курс рентгенологии, являясь, таким образом, основателем рентгенологии в Сибири. Эту кафедру он возглавил до второй половины 1931 года, когда с кафедрой Института усовершенствования врачей переехал в Новосибирск. Высочайшие знания и навыки в хирургии и урологии он приумножил и пронес через всю свою жизнь, достигнув высот, несмотря на разрушительную Революцию и гражданскую войну. Он и его деятельность оказалась связующим мостом между Европейскими хирургическими школами и развивающейся, возрастающей из года в год Советской хирургической школой.

Он очень широко оперировал во всех областях хирургии, выполнял нейрохирургические операции, операции в абдоминальной хирургии, торакальной хирургии, урологии, онкологии, остеологии, в челюстно-лицевой хирургии. Он выполнял фантастической сложности по тому и по нашему времени операции, гемипельвизектомии по поводу саркомы костей таза. Он создал лучшую в городе хирургическую клинику на 150, а затем и на 200 коек на базе окружной больницы (ныне в городской клинической больнице № 1). Эта клиника представителями Наркомздрава ставилась в разряд лучших клиник Советского Союза. При клинике были организованы специальные кабинеты: рентгенологический, урологический, стоматологический, и впервые в Сибири был организован при клинике филиал по переливанию крови. В этой клинике проходили лечение не только жители г. Новосибирска, но и пациенты из разных городов Сибири. Большое развитие в этой клинике получили различные разделы хирургии в том числе: асептика и антисептика, обезболивание, хирургия грудной полости и грудной клетки, хирургия брюшной полости, грыжи живота, нейрохирургия, восстановительная и пластическая хирургии, хирургия конечностей, урология. Следует особо отметить, что в течение 45 лет В.М. Мыш был организатором и руководителем урологической помощи в Сибири, владея в совершенстве методикой и техникой инструментальных исследований и урологических операций, он впервые широко развил хирургическую урологию и впервые читал студентам специальный курс урологии.



Особенно выдающаяся работа была им проведена в годы Великой Отечественной войны. Много сил, энергии и времени уделял лечению раненых воинов в госпиталях, являясь главным консультантом-хирургом эвакогоспиталей Новосибирска. За более чем 50 летний период его преподавательской деятельности многие тысячи врачей хирургов прошли у него профессиональную подготовку, в том числе для работы в действующей армии и на фронтах Великой Отечественной войны.

Его ученики, о чем они говорили с огромной гордостью, были ведущими хирургами госпиталей и армии и флота в суровые годы Великой Отечественной войны. Они возвращали в строй до 75% раненых. А войну мы выиграли, как говорят историки, ранеными, возвращенными в строй. Блестящий диагност, владел в совершенстве мастерством хирургической техники и сделал более 30 тысяч операций. Под его руководством выполнялись докторские и кандидатские диссертаций.

Многие его ученики стали преподавателями нашего вуза: профессор С.Л. Шнейдер, доценты Н.К. Диц, В.К. Карпов, М.Д. Пономарев, Д. В. Мыш и многие другие.

В.М. Мыш — автор 130 научных работ. Среди них ряд капитальных трудов: "Основы хирургической патологии", "Очерки хирургической диагностики" в двух томах", "Клинические лекции по урологии", "Материалы к истории хирургии военного времени" и другие. В Большой Советской энциклопедии Владимир Михайлович составил разделы "Гидронефроз", "Пионефроз" и "Хирургия почек".

Его учениками при его непосредственном руководстве было выполнено более 400 научных работ по разным направлениям хирургии.

В 1934 году ему было присвоено звание заслуженного деятеля науки, а хирургической клинике присвоено имя Владимира Михайловича Мыш. В 1937 г. В.М. Мыш избирался депутатом Верховного Совета СССР. Он был награжден орденом Трудового Красного Знамени, и дважды орденом Ленина. В 1945 г. он был избран действительным членом Академии медицинских наук СССР. В.М. Мыш по праву считается выдающимся хирургом своего времени и основателем большой школы советских и сибирских хирургов.

*Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой факультетской хирургии НГМУ  
В.В. Атаманов*

## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

---

М.В.Батищева, Е.Ю.Кранц, А.Е.Горбачёва, А.В. Крашенина\*,  
Т.В.Швецова\*, Е.А.Кияшко\*, Ю.В.Шоркин\*, Селякова М.С.\*

### **ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА В ЭНДОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии, кафедра патологической анатомии, Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: д.м.н., профессор Киселёва Т.В.,  
д.м.н., профессор Агеева Т.А.*

**Актуальность.** Гиперпластические процессы эндометрия выступают наиболее частой причиной маточных кровотечений, характеризуются рецидивирующим течением и трудностями лечения. Возраст возникновения заболевания имеет неуклонную тенденцию к снижению и приходится на 30–35 лет, что приводит к преждевременной утрате репродуктивной функции, росту частоты оперативных вмешательств, увеличению степени риска развития рака эндометрия у молодых женщин.

В последние годы все больше внимания уделяется состоянию специфических белков - рецепторов в органах-мишенях, чувствительных к стероидам, посредством взаимодействия которых и обеспечивается реализация биологического эффекта стероидных гормонов в тканях-мишенях, в частности в эндометрии. Реализация гормонального эффекта в эндометрии зависит как от концентрации соответствующего стероида в крови в соотношении с содержанием стероидов других классов, так и от эффективности образования комплекса гормона со специфическим рецептором. Применяемая в настоящее время гормональная терапия имеет различную эффективность, вплоть до полной нечувствительности к лечению гормонами, что, в частности, объясняется состоянием рецепторного аппарата матки.

**Цель исследования:** оценить характер экспрессии рецепторов эндометрия к эстрогенам и прогестерону у женщин с дисфункциональными маточ-

ными кровотоками (ДМК) как одному из возможных патогенетических механизмов развития гиперплазии эндометрия.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включены 40 пациенток с ДМК, которым было проведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала: 1 группа (основная) – 30 женщин с доброкачественными гиперпластическими процессами эндометрия, 2 группа (контрольная) – 10 женщин без гиперплазии эндометрия. Использовались соскобы эндометрия для гистологического, иммуногистохимического исследования. Исследуемые женщины были разделены на 2 подгруппы по возрасту: 1 группа - до 45 лет, 2 группа - 45 лет и старше.

**Результаты исследования.** Морфологические изменения при гиперпластических процессах в эндометрии характеризовались его утолщением, увеличением количества и кистозным расширением желёз, неравномерным их распределением в строме. При иммуногистохимическом окрашивании экспрессия рецепторов к эстрогену и прогестерону была неодинакова у всех женщин и характеризовалась неоднородностью по фрагментам эндометрия. В сравнении с контролем в 1 возрастной подгруппе отмечалось снижение экспрессии и к эстрогенам и к прогестерону (в железах - 20% и 40% клеток позитивны, в строме - 30% и 50% соответственно); во 2 возрастной подгруппе также было отмечено снижение степени экспрессии рецепторов к эстрогену и прогестерону (в железах - 15% и 30% клеток позитивны, в строме – 25% и 60% соответственно).

**Выводы.** Нормальная иммуногистохимическая картина складывается только в том случае, если происходит сбалансированная смена степени экспрессии рецепторов к эстрогену и прогестерону. Этот баланс обуславливает правильные структурно-функциональные преобразования в эндометрии, характерные для каждой фазы менструального цикла. Выявленная неоднородность экспрессии стероидных рецепторов при гиперпластических процессах в эндометрии требует дальнейшего изучения и разработки индивидуального подхода в лечении.

М.В. Батищева, Е.О. Кранц, М.Г. Овчинникова,  
Ю.А. Ефимова, А.Е. Горбачева

## **СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРИЕМЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ОРАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель к.м.н., ассистент Усова А.В.*

**Актуальность.** В 2011 году были опубликованы результаты исследования, согласно которому использование гормональных контрацептивов (чи-

сто гестагенных) увеличивает вос-приимчивость женщин к вирусу иммунодефицита (Renee Heffron, University of Washington, 2011). В настоящее время наиболее эффективным методом контрацепции по критериям ВОЗ (2009) являются комбинированные оральные гормональные контрацептивы (КОК). Помимо противозачаточного действия, они обладают широким лечебно-профилактическим эффектом, улучшающим прогноз и качество жизни женщин (Прилепская В.Н., 2006; Адамян Л.В., 2008). В то же время, несмотря на несомненные преимущества КОК, распространенность их применения в структуре других методов контрацепции в России не превышает 5-6% (Адамян Л.В., 2010). Сегодня появляется все больше подтверждений тезиса Druckmann R. о том, что половые гормоны оказывают как непосредственное, так и опосредованное влияние на иммунный ответ. Каким же эффектом обладают препараты с содержанием эстрогенов на иммунную систему?

**Цель исследования.** Определение влияния КОК на соматический и иммунный статус женщин репродуктивного возраста (при поддержке гранта на проведение прикладных научных исследований Правительства Новосибирской области).

**Задачи исследования.** 1. Изучить соматический статус женщин репродуктивного возраста. 2. Уточнить уровень информированности женщин репродуктивного возраста о существующих методах контрацепции. 3. Оценить эффективность, безопасность и влияние КОК на соматический и иммунный статус женщин репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие женщины ( $n=21$ ) в возрасте  $\pm 26,3$  лет, страдающие хроническим тонзиллитом и принимающие различные КОК. В последствие исследуемые были разделены на 3 группы в зависимости от принимаемого КОК (Джес, Клайра, Зоэли). Критериями включения в исследование были: возраст от 20 до 40 лет; нормальные результаты бактериологического и цитологического исследования влажно-листных и цервикальных мазков; регулярная половая жизнь (более 4 вагинальных половых актов за последний месяц); применение КОК не менее 6 месяцев. Обследование включало: анкетирование, общеклиническое, гинекологическое, биохимическое исследование, цитокиновый профиль.

**Результаты.** По результатам первичного и контрольного исследования плазмы крови не было обнаружено достоверных различий в показателях цитокинового профиля: ИЛ1 $\beta$   $4,2 \pm 1$  пг/мл, ИЛ6  $6,4 \pm 1,2$  пг/мл, ИЛ8  $4,8 \pm 1$  пг/мл, рецепторный антагонист ИЛ1 $\beta$   $88 \pm 0,1$  пг/мл).

**Выводы.** В течение 6 месяцев приема КОК не было выявлено обострения хронического тонзиллита. Вероятно, это достигается путем снижения в КОК концентрации эстрогенного компонента, комбинирования его с высоко специфическими современными прогестинами, а также максимальной приближенности компонентов противозачаточного гормонального препарата с естественными женскими половыми гормонами.

Е.А. Дубкова  
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И  
СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С  
БЕСПЛОДИЕМ**

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.В.Усова*

**Актуальность.** Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) относительно частая причина нарушений менструального цикла и бесплодия, встречающийся у 5-10 % женщин репродуктивного возраста и составляет 80-90 % всех форм гиперандрогенемии (Гринвальд Д.В, 2007). У 52,2% пациенток СПКЯ протекал на фоне патологии щитовидной железы (Назаренко, 2008). Сибирь традиционно относится к регионам, эндемичным по зобу щитовидной железы, поэтому целесообразно исследование взаимосвязи патологии щитовидной железы и СПКЯ.

**Цель исследования:** определить распространенность дисфункции щитовидной железы среди женщин с бесплодием, обусловленным СПКЯ.

**Задачи исследования:**

1. Выявить взаимосвязь гиперпролактинемии и тиреоидного дисбаланса у женщин с СПКЯ на примере синдрома Ван-Вика-Громбаха-Росса
2. Изучить состояние функции щитовидной железы при СПКЯ

Материал и методы исследования: для данного исследования были отобраны женщины в возрасте  $25 \pm 3$  года, пришедшие на прием в женскую консультацию №4, 3 НГПЦ с диагнозом первичное бесплодие в течение 1-5 лет ( $n=44$ ). Сроки исследования: 7 месяцев. Критерии включения: средний возраст  $25 \pm 3$  года, первичное бесплодие 1-5 лет, гиперпролактинемия, СПКЯ (ЛГ/ФСГ  $> 2,5$ ). Критерии исключения: возраст старше 30 лет, вторичное бесплодие, отсутствие диагностических критериев СПКЯ. Согласно критериям, исследуемую группу составили 5 пациенток ( $n=5$ ). Пациенткам определялись уровни гормонов: тестостерона, ФСГ, ЛГ, ДЭАС, пролактина, ТТГ, свободного Т4, Т3, антител к тиреопероксидазе (АТПО). Проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза.

**Результаты исследования.** У всех женщин с СПКЯ и бесплодием имела место аменорея, при УЗИ органов малого таза были выявлены изменения в яичниках, что проявлялось в увеличении объема яичников  $> 10 \text{ см}^3$ , количеством фолликулов  $> 12$ , их атрезии до 9 мм. При исследовании уровней гонадотропных гормонов отмечалось значительное повышение ЛГ ( $12,2 \pm 2,4 \text{ мМЕ/мл}$ ), значительное увеличение соотношения ЛГ/ФСГ ( $2,7 \pm 0,3$ ). Уровень пролактина у пациенток с СПКЯ существенно не отличался от показателей в контрольной группе ( $672 \pm 14,9 \text{ мЕД/л}$ ). У всех пациенток с СПКЯ, гиперпролактинемией был выявлен субклинический гипотиреоз (чаще, чем в контрольной группе,  $p < 0,01$ ) как вариант синдрома Ван- Вика-Громбаха-Росса, что интересно в силу редкой встречаемости. За-

частую причиной бесплодия и нарушения менструальной функции является патология щитовидной железы, и лечение тиреоидными гормонами может привести к восстановлению менструальной функции и наступлению беременности. Поэтому важно включить исследование гормонов щитовидной железы в протокол гинеколога, как обязательное.

Ю.А. Ефимова, Ю.С. Тимофеева  
**ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
ПОЛИПОВ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН  
В ПОСТМЕНОПАУЗЕ**

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета,  
Центральная научно-исследовательская лаборатория,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.б.н., проф. С.В. Айдагулова*

**Актуальность.** К специфическим заболеваниям мочеиспускательного канала у женщин в постменопаузе относятся пролапс и полипы уретры, часто идентичные по клиническим проявлениям. При этом полипы являются доброкачественными образованиями слизистой оболочки уретры, возникающими вследствие воздействия различных факторов: нарушение микрофлоры влагалища у женщин в связи с дисбактериозом и изменением гормонального фона, механическое травмирование в случаях локализации наружного отверстия уретры близко к влагалищу; кроме того, обсуждается патогенетическая роль хронических воспалительных заболеваний уретры и мочевого пузыря в условиях инфицирования микоплазмами. При больших размерах полипа уретры выполняется его клиновидная резекция, перед операцией проводят цистоскопию с биопсией мочевого пузыря при наличии патологически измененных участков слизистой оболочки.

**Цель работы** – электронно-микроскопическое исследование образцов резецированных полипов наружного отверстия уретры при хроническом цистите у женщин в постменопаузе, инфицированных *Ureaplasma urealyticum*.

**Материалы и методы.** Проведено ультраструктурное исследование 8 полипов наружного отверстия уретры у женщин в возрасте от 50 до 65 лет с длительностью заболевания от 2 мес до 1 года. Методом культурального исследования и ПЦР-диагностики во всех случаях диагностирована инфекция *Ureaplasma urealyticum* уrogenитального тракта.

Фрагменты резецированных полипов объемом не более 1 - 2 мм<sup>3</sup> фиксировали в приготовленном на фосфатном буфере Миллони (pH = 7,2 - 7,4) и охлажденном до 4°C 4%-ном растворе параформальдегида не менее 48 ч, отмывали в трех сменах буфера и постфиксировали в 1% растворе четырехоксида осмия; после дегидратации в серии спиртов возрастающей концентра-

ции и ацетоне заливали в смесь эпона и аралдита. Полутонкие и ультратонкие срезы получали на ультратоме LKB 8800. Полутонкие срезы окрашивали 1%-ным водным раствором азура II, ультратонкие срезы контрастировали насыщенным спиртовым раствором уранилацетата и цитратом свинца в парах щелочи натрия. Ультратонкие срезы анализировали в электронном микроскопе JEM-100S при ускоряющем напряжении 60 кВт.

**Результаты.** При исследовании полутонких срезов полипов наружного отверстия уретры в 7 случаях выявлен многослойный плоский неороговевающий и в 1-м наблюдении – ороговевающий эпителий. Высота эпителиального пласта резко варьировала, отмечен также полиморфизм эпителиоцитов – полигональные или резко уплощенные клетки. Кроме того, в 3 образцах клетки промежуточного слоя отличались выраженным перинуклеарным или диффузным отеком цитоплазмы, при этом в 1 случае отек имел место и в базальном слое, что сопровождалось расширением интерцеллюлярных пространств и деструкцией десмосом. В этих наблюдениях в эпителиоцитах были резко редуцированы органеллы синтеза белка и митохондрии, формировались резидуальные структуры. В подэпителиальной строме во всех случаях отмечены вакуолизация и дегрануляция канальцев цитоплазматической сети в плазматических клетках и ультраструктурные признаки биосинтеза в фибробластах.

**Заключение.** Электронно-микроскопическое исследование образцов резецированных полипов наружного отверстия уретры у женщин в постменопаузе, инфицированных *Ureaplasma urealyticum*, выявило полиморфизм ультраструктурной организации покровного эпителия полипов в сочетании с идентичными изменениями в плазмочитах и фибробластах.

А.Е. Загурская, И.Н. Сухина  
**ВЛИЯНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА  
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С  
НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ СИНДРОМАМИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. К.Ю. Макаров*

**Актуальность.** Проблема грудного вскармливания при нейроэндокринных синдромах у женщин является актуальной, так как репродуктивное здоровье ухудшается с каждым годом и диагноз СПКЯ (синдром поликистозных яичников) встречается часто. При ретроспективном анализе данных научного исследования Чилийского университета (2011), целью которого была оценка изменения концентрации гонадотропина и динамика колебаний цир-

кулирующего ЛГ в ночное время, при полном грудном вскармливании у здоровых женщин и у больных с СПКЯ во время лактационной аменореи и после отлучения, для того, чтобы дать ответ на начало этого синдрома. Кроме того, активность яичников оценивали по УЗИ и по концентрации стероидных гормонов в сыворотке крови.

**Цель исследования.** Анализ зарубежной литературы с целью популяризации грудного вскармливания у женщин с нейро-эндокринными синдромами.

**Материалы и методы исследования.** Для исследования были отобраны двенадцать кормящих женщин с СПКЯ и шесть здоровых лактирующих женщин того же возраста. На 4-й и 8-й недели после родов и на восьмой неделе после отъема, отбирали образцы крови каждые 10 мин (10.00-20.00). Концентрация гонадотропина была определена во всех образцах. Стероидные гормоны были измерены в одном образце. На 8-й неделе после родов, частота импульсов ЛГ была выше, а концентрация ФСГ - ниже у женщин с СПКЯ по сравнению со здоровыми. Морфологию яичников оценивали с помощью ультразвука. Концентрация стероидных гормонов оставалась низкой, за исключением андростендиона, который был выше у пациентов с СПКЯ. После отнятия от груди, подобные различия наблюдаются между обеими группами.

**Выводы.** Проанализировав все данные, мы пришли к выводу, что в состоянии естественного бездействия яичников, таких как лактационная аменорея, картина пульсирующей секреции ЛГ лактирующих пациенток с СПКЯ отличается от наблюдений у здоровых женщин, кормящих грудью. С другой стороны, увеличение размеров яичников и более высокие уровни андростендиона наблюдаются у таких пациенток, что может привести нас к мысли, что это, по сути, первичный дефект яичников.

**Н.Л. Иванова, А.С. Савченко, С.Б. Цыденова, А.Е. Чурина**  
**МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В СОВРЕМЕННОМ**  
**АКУШЕРСТВЕ**

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: д.м.н., проф. О.Г. Пекарев,  
к.м.н., ассистент Н.В. Оноприенко*

**Актуальность.** Проблема многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности и родов, повышении удельного веса кесарева сечения, осложнений послеродового периода, повышенном уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки, высокой частоте неврологических нарушений у выживших де-



тей. Многоплодные беременности составляют 0,7—1,5% от всех беременностей. Увеличение встречаемости многоплодной беременности в последние 20 лет может быть связано с развитием вспомогательных репродуктивных технологий и с увеличением среднего возраста беременных. Пациентки с многоплодной беременностью остаются в группе высокого риска перинатальных осложнений. Даже при современном развитии медицины перинатальная смертность при беременности двойней в 5 раз выше, чем при одноплодной беременности, внутриутробная гибель плода выше в 4 раза, неонатальная – в 6 раз, перинатальная — в 10 раз. Частота церебрального паралича у детей из двойни выше в 3—7 раз, при тройне — в 10 раз. Уровень ante- и интранатальных осложнений со стороны матери в 2—10 раз превышает таковой у пациенток с одноплодной беременностью.

**Цель исследования.** Изучить особенности течения беременности и родов при многоплодной беременности у женщин.

**Материалы и методы:** Был проведен ретроспективный анализ 50 истории родов пациенток с многоплодной беременностью за 2012 год на базе МБУЗ НГПЦ.

**Результаты.** В большинстве случаев многоплодная беременность наступила спонтанно и лишь в 20% возникла в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ). Многоплодная беременность значительно увеличивает нагрузку на женский организм и способствует возникновению большего числа осложнений. Так в 80% случаев беременность протекала с явлениями фетоплацентарной недостаточности, у 64% респонденток наблюдался гестоз, в 18% случаев истмикоцервикальной недостаточности и лишь в 12% случаев течение беременности было физиологическое. Наиболее часто, в 68% случаев роды протекали по принципу преждевременных, и методом родоразрешения была выбрана операция кесарева сечения, в 32% случаев при доношенной беременности наблюдались самопроизвольные роды.

**Выводы.** Таким образом, многоплодная беременность – фактор высокого риска перинатальных осложнений, предъявляющий повышенные требования к организму матери. Вероятность развития угрозы прерывания, плацентарной недостаточности, гестоза, анемии при многоплодной беременности выше, чем при одноплодной. Все мероприятия, направленные на профилактику развития этих состояний необходимо проводить непосредственно с начала второго триместра. Беременные с монохориальными двойнями должны наблюдаться с особой тщательностью. УЗ-мониторинг с ранних сроков беременности позволяет осуществлять дифференцированный подход к ведению беременности и родов, способствуя снижению перинатальной заболеваемости и смертности. Родоразрешение женщин с двойней желательно проводить в роддоме высокого уровня (перинатальном центре), способном обеспечить квалифицированную помощь с реанимацией новорожденных.

Е.Ю. Кранц, М.В. Батищева, А.Е. Горбачева, С.З. Алиева\*,  
К.М. Харитонов\*, У.Т. Ярымджанян\*

## **ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭНДОМЕТРИЯ К ЭСТРОГЕНАМ И ПРОГЕСТЕРОНУ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета,  
кафедра патологической анатомии лечебного факультета,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: д.м.н., профессор Киселёва Т.В.,  
д.м.н., профессор Агеева Т.А.*

**Актуальность.** Вопросы бесплодия продолжают сохранять свою актуальность и статус наиболее приоритетных направлений современного акушерства. Синдром бесплодия есть проявление истощения компенсаторных возможностей тех или иных звеньев системы регуляции репродукции и на сегодняшний день представляет собой не только серьезную медицинскую, но и социальную проблему. Нормальное развитие эндометрия и его изменения в течение лютеиновой фазы менструального цикла являются важными для успешной имплантации и наступления беременности. Функциональная полноценность и адекватное созревание эндометрия осуществляются посредством взаимодействия половых стероидов с рецепторами клеток эндометрия и являются важным условием для наступления беременности. Успешная имплантация требует наличия рецептивного эндометрия и нормального взаимодействия между ним и зародышем, при этом не все аспекты этих взаимодействий полностью изучены.

**Цель исследования:** оценить характер экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов клеток эндометрия у женщин с неразвивающейся беременностью (НБ) как одному из возможных патогенетических механизмов развития бесплодия.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включены 20 пациенток с НБ, которым было проведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала в МУЗ «Новосибирская гинекологическая больница №2», а также 10 пациенток с нормально развивающейся беременностью, которым была произведена операция медицинского аборт на 8-10 неделе беременности (контроль). Использовались соскобы эндометрия для гистологического, иммуногистохимического исследования, а также сыворотка крови для определения уровня эстрогенов и прогестерона.

**Результаты.** 1. У пациенток контрольной группы в эндометрии имели место изменения, характерные для беременности (хорошо развитый спонгиозный слой, железы Опитца, формирование децидуальной оболочки); ворсины соответствовали сроку гестации. При НБ наблюдали неравномерность секреторной трансформации желез, вариабельность размеров децидуальных

клеток и их ядер. Наличие гипер- и гипопластических изменений эндометрия свидетельствуют о нарушениях гормонального фона. В разных случаях НБ вышеперечисленные признаки, а также выраженность лейкоцитарно-макрофагальной инфильтрации варьировали.

2. У пациенток с НБ в эндометрии отмечена сниженная экспрессия рецепторов к прогестерону на клетках стромы и эпителия желез, которая колебалась от 55 до 70% клеток. Экспрессия рецепторов к эстрогену на клетках стромы и эпителия желез была достаточной - у всех пациенток от 90 до 100% клеток имели соответствующие рецепторы.

**Выводы.** 1. Наиболее выраженные отклонения от нормальных показателей экспрессии эндометрия к стероидным гормонам были характерны для клеток железистого эпителия функционального слоя. 2. Полученные в работе данные подтверждают, что снижение чувствительности эндометрия к прогестерону является возможным механизмом нарушения его репродуктивной функции. 3. Хронический воспалительный процесс в эндометрии способствует снижению экспрессии рецепторов прогестерона и в меньшей степени - рецепторов эстрогенов.

Е.Ю. Кранц, М.В.Батищева  
**ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ  
КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ  
СОСТОЯНИЕ, СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И МАССУ ТЕЛА  
ЖЕНЩИНЫ**

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель к.м.н., ассистент Усова А.В.*

**Актуальность.** Комбинированная гормональная контрацепция пользуется большой популярностью во всём мире, обеспечивая высокую контрацептивную надёжность, хорошую переносимость, доступность и простоту применения, отсутствие связи с половым актом, адекватный контроль менструального цикла, обратимость эффектов. Между тем, воздействие комбинированных оральных контрацептивов (КОК) на психоэмоциональную сферу неоднозначно. По-разному оценивается влияние КОК и на сексуальную функцию женщин (снижение либидо). Одной из причин отказа от приема оральных контрацептивов является боязнь увеличения массы тела на фоне их использования. При исследовании побочных действий КОК рассматривают чаще всего соматические нарушения, а психоэмоциональным изменениям уделяется меньше внимания. По нашему мнению, этот вопрос не менее важен. К тому же хотелось бы проследить динамику встречаемости психоэмоциональных нарушений с усовершенствованием КОК.

**Цель исследования.** Выявить частоту встречаемости таких нежелательных явлений, как депрессивность, раздражительность, снижение либидо, увеличение массы тела, возникающих при приёме КОК «Джес», «Клайра», «Зои». ».

**Материалы и методы.** В исследовании приняла участие 21 пациентка. Впоследствии исследуемые были разделены на 3 группы в зависимости от принимаемого КОК (Джес, Клайра, Зоэли). Критериями включения в исследование были: возраст от 20 до 40 лет; нормальные результаты бактериологического и цитологического исследования влагалищных и цервикальных мазков; регулярная половая жизнь (более 4 вагинальных половых актов за последний месяц); применение КОК не менее 6 месяцев. Обследование проводилось с помощью анкетирования, которое включало: общую часть (возраст, семейное положение, образование, профессия, род деятельности, особенности работы, физическая активность, общий анамнез, заболевания, акушерский и гинекологический анамнез); анамнестические данные по контрацепции (тип и продолжительность использования контрацептивных средств); опросники-шкалы - опросник качества жизни SF-36, сексуальная формула женская (модифицированная). Кроме того, определяли антропометрические показатели - рост и массу тела, для определения распределения жировой клетчатки - толщину кожной складки на плече, бедре, окружности живота, вычислялся индекс массы тела. Больным проведено комплексное обследование в следующем объеме: оценка состояния кожи (визуально), клинический и биохимический анализы крови, гормональный спектр крови, стероидный профиль мочи, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза.

**Выводы.** Использование комбинированных гормональных контрацептивов в целом оказывает положительное влияние на основные аспекты качества жизни, в том числе на сексуальную сферу. На основании проведенных исследований можно с достоверностью считать, что прием КОК в течение 6 циклов не приводит к значимому изменению массы и индекса массы тела. При этом не происходит перераспределения подкожно-жировой клетчатки.

**В.И. Кувшинова, О.О. Такина, К.А. Пученина**  
**ИСХОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЙ ПРИ ИСТИННОМ**  
**ПРИРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ**

*Кафедра акушерства и гинекологии*  
*Новосибирский государственный медицинский университет*  
*Научный руководитель: ассистент, к. м. н., О.Д. Лузан*

**Актуальность.** Истинное приращение плаценты - это акушерская патология, характеризующаяся прорастанием ворсин хориона в слои матки. В зависимости от степени прорастания ворсин в мышечную оболочку матки раз-

личают placenta accreta, increta, percreta. Placenta accreta- ворсины хориона достигают миометрий, соприкасаются с ним, не повреждая его структуры, placenta increta- прорастание ворсинами миометрия с нарушением его структуры, placenta percreta- прорастание ворсинами всей толщи миометрия и серозного слоя матки, иногда с прорастанием в соседние органы.

Развитие истинного приращения может быть обусловлено такими патологическими состояниями как нарушение ферментативного равновесия между слизистой матки и ворсинами хориона, структурные изменения стенки матки (вследствие воспалительных заболеваний, абортов, операций, неполноценного рубца после кесарева сечения), патология месторасположения плаценты (низкое расположение, предлежание).

Достаточно часто данное патологическое состояние не диагностируется во время беременности, что приводит к тяжелым осложнениям во время родоразрешения (массивная кровопотеря, вплоть до летального исхода, ДВС - синдром и др.). В связи с возрастанием в последние годы процента кесарева сечения и проведенных абортов количество случаев истинного приращения может увеличиваться, поэтому во время таких родов необходимо учитывать возможные осложнения и их коррекцию, а также провести оптимальное родоразрешение.

**Цель исследования.** Определить эпидемиологию истинного приращения плаценты, влияние данной патологии на течение, исходы и осложнения при родоразрешении.

**Материалы и методы.** За период 2009 - 2012 года на базе ГБУЗ НСО Новосибирского городского перинатального центра нами был проведен ретроспективный анализ 22177 историй родов, среди которых доля истинного приращения плаценты составила 9 случаев. Основным методом исследования являлся статистический.

**Результат исследования.** Эпидемиология истинного вращения в ГБУЗ НСО Новосибирского городского перинатального центра составила 0,04% (в РФ данная патология встречается в 0,007% случаях). В 100% случаев истинное приращение плаценты было выявлено лишь при родоразрешении - во всех случаях кесаревым сечением. В 100% случаев был отягощен акушерско-гинекологический анамнез (предшествующее кесарево сечение, аборт, инфекционные заболевания матки). Средний возраст беременных составил 34,5 лет. В среднем данная беременность 4,5 по счету, срок беременности 33 недели. Сопутствующая патология плаценты: в 11,1% отслойка нормально расположенной плаценты, в 66,7%- полное предлежание плаценты, в 22,2% - неполное предлежание. Операции проводились: в плановом порядке - 33,3%; в экстренном - 66,7%, показания к операции - кровотечение. Количество срочных родов составило 55,5 %, преждевременных - 44,5%. В исходе родов экстирпация матки была проведена в 66,7 % случаев, надвлагалищная ампутация в 33,3 %. По гистологическому заключению: placenta accrete - 22,2%; pl.increta - 44,3%; pl.percreta - 33,5% случаев. Средний объем кровопотери составил 3155 мл. Состояние всех новорожденных

удовлетворительное, из них - 22,2% с нарушением кардиореспираторной адаптации.

**Выводы.** Во всех случаях истинному вращению плаценты предшествовал отягощенный анамнез в виде аборт, неполноценного рубца на матке после кесарева сечения, инфекционных заболеваний матки. Установление группы риска по данному заболеванию может способствовать снижению тяжести осложнений и неблагоприятных исходов.

Е.Е.Лаврентьева  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО  
ДИСТРЕСС-СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ  
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН  
С ОЖИРЕНИЕМ**

*Кафедра акушерства и гинекологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., доцент А.В. Якимова*

Респираторный дистресс-синдром (РДС) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности недоношенных детей, несмотря на успехи по его профилактике и лечению, достигнутые в последние годы. Основным методом пренатальной профилактики РДС при преждевременных родах является введение глюкокортикоидов роженице, причем, профилактику проводят в сроке гестации до 34 недель и используют стандартную курсовую дозу препаратов, без учета индивидуальных особенностей роженицы.

**Цель исследования** – оценить риск развития РДС при проведении профилактики по стандартной методике у женщин с преждевременными родами и индексом массы тела (ИМТ) более 29.

**Материалы и методы:** проведен анализ 60 историй преждевременных родов, произошедших в 2011-2012 гг., в акушерском стационаре МБУЗ ГКБ № 25. Возраст родильниц составил 28-33 года. Срок беременности, когда произошли преждевременные роды, от 32 до 36 недель. Срок беременности, когда была проведена профилактика РДС, составил 31-34 недели. Статистическая обработка данных была проведена в программе SPSS 17.0, определяли коэффициент корреляции Пирсона между массой тела роженицы и возникновением РДС на фоне и без проведения пренатальной профилактики. Результаты. У беременных женщин, чья беременность закончилась преждевременными родами, был отягощенный соматический и гинекологический анамнез: преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта, почек и мочевыводящих путей, воспалительные заболевания органов малого таза. У 50% женщин в анамнезе были медицинские аборты. У большинства беременность развивалась в неблагоприятно: имела место хроническая

внутриутробная гипоксия плода смешанного генеза, была диагностирована внутриматочная инфекция. По результатам подсчета ИМТ женщин установлено, что у 35% из них было ожирение. Пренатальная профилактика РДС дексаметазоном по стандартной методике была проведена 29 женщинам; 31 – ее не получали. РДС был у 43 новорожденных детей, что составило 71,7%. На основании подсчета коэффициента корреляции Пирсона ( $r=-0,08$ ) была определено отсутствие зависимости между частотой возникновения РДС и ожирением роженицы, но имела место прямая зависимость между ожирением и необходимостью проведения профилактики РДС ( $r=0,3$ ): у беременных женщин с ожирением роды до 34 недель происходили достоверно чаще, чем у женщин с нормальной или избыточной массой тела.

#### **Выводы.**

1. Преждевременные роды в сроке до 34 недель чаще происходят у женщин с ожирением.
2. Частота развития РДС недоношенного новорожденного не коррелирует с наличием ожирения у роженицы.

Е.В. Мезит, И.П. Краснова

### **МИОМА ТЕЛА МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ**

*Кафедра акушерства и гинекологии, Новосибирский  
государственный медицинский университет*

*Научные руководители: д.м.н., проф. О.Г. Пекарев,  
к.м.н., ассистент Н.В. Оноприенко*

**Актуальность.** Беременность при миоме матки встречается от 0,5 до 6% случаев, а также роды и послеродовой период нередко имеют осложненное течение и в ряде случаев заканчиваются потерей плода и матки. Так, при беременности нередко отмечается быстрый рост опухоли, некроз узла. Беременность сопровождается угрозой прерывания, возможна отслойка плаценты. Узлы миомы могут привести к неправильному положению и предлежанию плода, создать механическое препятствие в родах. Возможны такие осложнения, обусловленные состоянием плода, как фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки развития плода. Наиболее частыми осложнениями родов и послеродового периода являются несвоевременное излитие вод, аномалии родовой деятельности, плотное прикрепление плаценты, гипотоническое кровотечение, субинволюция матки, некроз узла. Таким образом, с одной стороны, миома матки значительно снижает репродуктивную функцию женщины. С другой стороны, увеличение числа пациенток фертильного возраста, страдающих этим заболеванием, возрастающая современная тенденция к планированию первой беременности в позднем репродуктивном возрасте сталкивают акушеров-гинекологов с проблемой ведения беременности при миоме матки.



**Цель исследования.** Изучить влияние миомы тела матки на течение беременности и исходы родов.

**Материалы и методы.** В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 100 историй родов с миомами тела матки на базе МБУЗ НГПЦ за период 2011-2012 гг.

**Результаты.** По результатам нашего исследования наиболее часто миома матки возникает у первородящих позднего репродуктивного возраста 30-35 лет с отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом. В 49% случаев беременные имели в анамнезе более 2 аборт, в 7% - бесплодие, в 68% - воспалительные заболевания. Наиболее часто миома тела матки во время беременности сочеталась с различной соматической патологией: сердечно-сосудистой системы (19%), заболеваниями почек (16%), вегетативной дисфункцией (16 %), миопия различной степени (26%). Обращает на себя внимание рождение у женщин с диагнозом миома тела матки в 3 раза чаще плодов женского пола чем мужского пола. Чаще миома тела матки диагностирована во время скринингового УЗИ во 2 триместре беременности. У 69% женщин были выявлены единичные миоматозные, в 31% отмечена множественная миома тела матки, все миоматозные узлы были обнаружены и удалены интраоперационно во время операции кесарева сечения.

**Выводы.** Выявление миомы тела матки во время беременности требует дифференцированного подхода к методу родоразрешения и способствует уменьшения частоты осложнений, улучшают исходы для матери и плода. Выявление миомы матки интраоперационно является прямым показанием к консервативной миомэктомии с последующим назначением соответствующей гормонональной терапии.

М.Г. Овчинникова, Ю.А. Ефимова, Е.А. Дубкова, И.Н. Сухина  
**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ  
ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ СРЕДИ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ.  
ВНЕДРЕНИЕ В ВУЗЫ, ШКОЛЫ И ДЕТСКИЕ ДОМА  
ГОРОДА НАУЧНО-ОБОСНОВАННОЙ ПРОГРАММЫ  
«РЕПРОДУКТИВНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ»**

*Кафедра акушерства и гинекологии, Новосибирский  
государственный медицинский университет*

*Научные руководители: к.м.н., ассистент А.В. Усова,  
к.м.н., доцент Р.В. Волков, к.м.н., ассистент Г.А. Авдюк*

**Цель.** Сохранение репродуктивного здоровья молодого поколения.

**Задачи.** Первичная профилактика абортов, первичная профилактика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).



**Методы.** Санитарно-просветительская работа среди подростков и молодежи в виде лекций и круглых столов по актуальным вопросам репродуктивного здоровья: «Введение в анатомию женской репродуктивной системы, гигиена», «Современные методы контрацепции», «Последствия аборта: социальные и медицинские проблемы, связанные с ним», «Ознакомление с понятием ИППП и способы защиты от них».

**Результаты.** Нами были проведены лекции-беседы в детском доме №9 (1 ноября 2012), беседы в виде круглого стола в детском доме №15 (12.12.12). В итоге мы пришли к следующим выводам: в любой аудитории беспроблемно воспринимается ролик (про гигиену), красочные слайды; форму подачи информации можно выбирать в зависимости от активности и настроения аудитории; внимание детей быстро рассеивается, поэтому имеет смысл делать лекции или беседы короткими; лекция в чистом виде плохо удерживает внимание подростков – предпочтительно перейти на круглый стол или другие формы. В ходе беседы были выявлены (анамнестически) гинекологические проблемы у пары девушек, с ними проведена индивидуальная беседа, рекомендовано посетить кабинет гинеколога. Так же одна из девушек высказалась, что она против аборт, но тем не менее при случае отдала бы ребенка в детский дом. В связи с этим возможно необходима более интенсивная работа психологической службы в детских домах, а так же информирование о методах контрацепции. Мы получили обратную связь, что является свидетельством эффективности бесед.

В заключении хочется отметить, что мы хотим внушить мысль о необходимости и важности следить за своим здоровьем и сохранять его, о том, что не нужно бояться врача-гинеколога, и о том, что многие гинекологические болезни – «не болят» и именно поэтому важно ходить на врачебный осмотр.

М.Г. Овчинникова, Ю.А. Ефимова, Е.А. Дубкова,  
А.Ю. Сергеева\*, О.И. Ярошенко\*  
**ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ АКУШЕРА-  
ГИНЕКОЛОГА. ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ  
ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ  
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ**

*Кафедра акушерства и гинекологии, Новосибирский  
государственный медицинский университет.  
Научные руководители: к.м.н., ассистент А.В. Усова,  
к.м.н., ассистент Г.А. Авдюк.*

**Актуальность.** Как не ошибиться в выборе специальности на всю жизнь? Как развить качества необходимые в будущей работе? Как не поте-

рять интерес к каждодневному труду и оставаться творческой личностью. Как избежать синдрома профессионального выгорания? Что объединяет людей, выбирающих акушерство и гинекологию как дело всей жизни? Все это и много другое мы хотели бы определить для себя, и для наших будущих коллег.

**Цель.** Сформировать основные ориентиры для помощи в профориентации студентов младших курсов НГМУ.

**Задачи.** Выявить основные качества, необходимые в профессии врача акушера-гинеколога. (Портрет личности).

**Методы.** Анкетирование (тест О.Ф. Потемкиной для оценки социально-психологических установок личности в мотивационно-потребительской сфере), интервьюирование.

**Результаты.** Нами было проанализировано 32 теста по методике О.Ф. Потемкиной, направленной на выявление степени выраженности социально-психологических установок: "альtruизм - эгоизм", "процесс - результат", "свобода - власть", "труд - деньги". Самые низкие показатели оказались у следующих установок: эгоизм, власть и деньги. Эти результаты соответствуют нашим ожиданиям, в то время как процесс и результат получили самые высокие показатели. Интерпретировать такие данные можно следующим образом: люди, ориентирующиеся на результат, одни из самых надежных. Они могут достигать результата в своей деятельности вопреки суете, помехам, неудачам. Так же высоки показатели у таких категорий, как альтруизм, труд и свобода. Люди, ориентирующиеся на альтруистические ценности, часто в ущерб себе, заслуживают всяческого уважения. Альтруизм наиболее ценная общественная мотивация, наличие которой отличает зрелого человека. Если сравнить результаты ответов студентов и врачей со стажем, то можно заметить, что врачи в большей степени ориентированы на такие установки как деньги и власть, чем студенты, но эти установки, тем не менее, уступают процессу, труду и альтруизму. Таким образом, можно сказать, что врач независимо от возраста остается бескорыстным, трудолюбивым и склонным к самоотречению человеком.

В.А. Погосян

## **АНКЕТИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ 5-ГО КУРСА ПО ВОПРОСАМ ВЛИЯНИЯ АЛКОГОЛЯ НА ПЛОД**

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии  
детей и подростков*

*Иркутский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н., А.Ю. Марьянн*

Причиняемый алкоголем вред выходит далеко за рамки физического и психологического здоровья человека, употребляющего алкоголь. Чрезмер-

ное употребление алкоголя сказывается на благополучии и здоровье людей. Фетальный алкогольный синдром (ФАС) это расстройство, возникающее вследствие употребления алкоголя матерью в пренатальный период. В настоящее время не выявлено количество алкоголя, которое можно назвать абсолютно безопасным для развивающего плода. Психические нарушения у будущего ребенка способен вызвать даже однократный прием спиртного.

**Цель исследования.** Определить уровень знания студентов 5 курса о последствиях тератогенного влияния алкоголя на плод.

**Материалы и методы.** Проведено анонимное анкетирование 194 студентов 5-го курса. Результаты. По итогам анкетирования выявлено, что 105 студентов (54,1%) знают, что ФАС встречается не реже, чем синдром Дауна. О том, что во время беременности женщина должна полностью воздерживаться от алкоголя известно 24 студентам (12,3%). На вопрос, что вызывает более тяжелые поражения плода, алкоголь или наркотики, правильно ответили 75 студентов (38,6%). О том, что алкогольный синдром плода неизлечим и длится всю жизнь знают 113 студентов дали положительный ответ, что составило 58,3%. Каждый второй студент не знает, какие инструменты скрининга применяются для выявления женщин с повышенным риском рождения детей с ФАС.

Каждому 3-му студенту известно, что при потреблении эквивалентных доз алкоголя, концентрация этанола в крови женщины достигает большего уровня, чем в крови мужчины. На вопрос, «Приём витаминов предотвращает тератогенное воздействие алкоголя на плод во время беременности?», 126 студентов ответили «Да», что составило 64,9%. Употребление умеренных доз слабоалкогольных напитков, таких как пиво или красное вино во время беременности не представляет риска, считают 75 (38,6%) студентов. Каждому второму студенту не известны характерные для ФАС клинические проявления.

**Выводы.** По результатам анкетирования можно сделать вывод, что студенты не достаточно владеют информацией о тератогенном влиянии алкоголя на плод. Поэтому, на наш взгляд, необходимо больше уделять внимания на изучение данной темы на занятиях и при внеаудиторной подготовке студентов.

Е.А. Соболева, П.П. Штрауб,  
А.С. Курбанисматлова, О.Н. Рахманкулова,  
Р.А. Гагин

## **ОПЕРАТИВНЫЕ ВЛАГАЛИЩНЫЕ МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ**

*Кафедра акушерства и гинекологии  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: доцент, к.м.н. В.В. Кузьмина*

**Актуальность.** В настоящее время возросший процент операций кесарева сечения незаслуженно вытесняет из практического родовспоможения применение акушерских щипцов и операций вакуум-экстракции.

**Целью** нашей работы явилось изучение показаний в современном акушерстве к оперативному влагалищному родоразрешению и их исходов для матери и плода.

**Задачи.** Перед нами стояла задача анализа показаний и исходов родов по родильному дому 25 МКБ за 2012 г, закончившихся наложением акушерских щипцов и применением операции вакуум-экстракции.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 10 историй родов, закончившихся наложением вакуум-экстрактора и 1 истории родов, закончившейся наложением акушерских щипцов, что составило 0,37% к общему количеству родов (родов всего за год 2905).

**Результат.** Наиболее частой причиной к влагалищному оперативному родоразрешению явились слабость потуг и острая прогрессирующая гипоксия плода до 2 степени, в равных пропорциях с благоприятными исходами для новорожденного. Случаев перинатальных потерь не отмечено. 7 новорожденных выписаны из стационара домой, 4 переведены в детскую больницу.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что акушерские щипцы и вакуум-экстракция незаслуженно забыты и могут оказаться незаменимыми инструментами в ургентных ситуациях, требующих немедленного родоразрешения по показаниям, как со стороны матери, так и плода. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о целесообразности применения значительно шире вакуум-экстракции и акушерских щипцов в практическом акушерстве, что позволит снизить процент операций кесарева сечения, выполняемых по сумме относительных показаний.

Ю.С. Тимофеева, Ю.А. Ефимова  
**КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИПОВ УРЕТРЫ У  
ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ, ИНФИЦИРОВАННЫХ  
UR. UREALITICUM, В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО  
ЦИСТИТА**

*Кафедра акушерства и гинекологии  
Центральная научно-исследовательская лаборатория,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.б.н., проф. С.В. Айдагулова*

**Актуальность.** Уреаплазмы, как и другие представители микоплазм, вовлечены в широкий спектр урогенитальной патологии, в том числе уретрит и цистит. Важно отметить, что при наличии уреаплазм инфекционный процесс развивается у 40–80% женщин, чаще всего протекая бессимптомно. У пациенток в постменопаузе в условиях рецидивирующего течения хронического цистита могут формироваться полипы наружного отверстия уретры – доброкачественные опухоли, значительно снижающие качество жизни пациенток и требующие оперативного лечения.

**Цель исследования** – комплексное патоморфологическое изучение резецированных полипов наружного отверстия уретры и биоптатов слизистой оболочки мочевого пузыря при хроническом цистите у женщин в постменопаузе, инфицированных *Ureaplasma urealiticum*.

**Материалы и методы.** Проведено светооптическое исследование мазков-отпечатков и образцов ткани полипов наружного отверстия уретры и биоптатов слизистой оболочки мочевого пузыря 13 пациенток, из них с полипами уретры 8 женщин в возрасте от 50 до 65 лет с длительностью заболевания от 2 месяцев до 1 года; с рецидивирующим хроническим циститом – 5 женщин в возрасте от 57 до 80 лет. Инфекция *Ureaplasma urealiticum* урогенитального тракта диагностирована методом культурального исследования и ПЦР-диагностики. Мазки-отпечатки фиксировали в этиловом спирте, окрашивали по Романовскому-Гимзе. Образцы резецированных полипов и биоптаты мочевого пузыря фиксировали в 4%-ном растворе параформальдегида, постфиксировали в 1% растворе четырехоксида осмия; после дегидратации и пропитки заливали в смесь эпона и аралдита. Полутонкие срезы получали на ультратоме LKB 8800, окрашивали 1%-ным водным раствором азур II.

**Результаты.** В мазках-отпечатках полипов уретры обнаружены пласты эпителиальных клеток: в 6 случаях – уплощенные с мономорфными ядрами, в остальных 2 – цилиндрической формы. В 2 (25%) случаях выявлены единичные скопления клеток в состоянии гиперлазии. Мазки полипов с пролиферативными изменениями отличались большим количеством лейкоцитов: лимфоциты различной степени дифференцировки и нейтрофилы.

В полутонких срезах полипов уретры обнаружен многослойный плоский эпителий, в т.ч. в 1 случае – ороговевающий, с резким полиморфизмом эпителиоцитов. В стромальном компоненте всех исследуемых образцов выявлены фиброзно-мышечная ткань с диффузными или очаговыми скоплениями гладкомышечных клеток и большим числом фибробластов, в 6 случаях - лейкоцитарная инфильтрация различной степени выраженности, в 5 образцах - обильная подэпителиальная васкуляризация со стазом эритроцитов.

В мазках-отпечатках слизистой оболочки мочевого пузыря обнаружены многочисленные десквамированные пласты клеток переходного эпителия с признаками дистрофии: умеренной - в 2 (40%) и выраженной – в 3 (60%) образцах. В полутонких срезах выявлен переходный эпителий в состоянии дистрофии с участками десквамации; в 1 случае - в состоянии плоскоклеточной метаплазии с акантозом и папилломатозом.

**Заключение.** Комплексное цитологическое и гистологическое исследование образцов полипов наружного отверстия уретры и слизистой оболочки мочевого пузыря при хроническом цистите у женщин в постменопаузе, инфицированных *U. urealiticum*, выявило прямую зависимость пролиферативных и гиперпластических изменений покровного эпителия со степенью выраженности воспалительно-клеточной инфильтрации. В биоптатах мочевого пузыря отмечены выраженные дистрофические изменения слизистой оболочки.

П.Ю. Штукина, Е.Г. Бодренко, Т.А. Колесникова  
**ЗАДАЧА XXI ВЕКА: ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ**

*Кафедра акушерства и гинекологии  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: д.м.н., проф. О.Г. Пекарев,  
к.м.н., ассистент Н.В. Оноприенко*

**Актуальность.** Несмотря на все усилия научного и практического акушерства, частота преждевременных родов за последнее десятилетие не снижается и колеблется от 7 до 15% беременностей. При этом следует учитывать тот факт, что в последние годы увеличилось количество женщин, входящих в группу риска по развитию преждевременных родов к которым относятся пациентки с рубцом на матке и экстрагенитальной патологией. Значительная роль в отсутствии тенденции к снижению количества преждевременных родов принадлежит широкому внедрению вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ, стимуляция овуля-

ции), в связи с чем, выросло количество многоплодных беременностей, являющихся фактором риска преждевременного прерывания беременности. Актуальность данной проблемы определяется не только медицинской, но и её социальной значимостью, так как заболеваемость и смертность среди недоношенных и особенно маловесных детей достигает 70% и не имеет тенденции к снижению. А 50% недоношенных детей страдает тяжелыми неврологическими заболеваниями, в том числе и ДЦП, тяжелыми нарушениями зрения и слуха (вплоть до рождения слепоглухих детей) и тяжелыми хроническими заболеваниями дыхательной системы.

**Цель исследования.** Изучить основные причины наступления ранних преждевременных родов, выявить последствия для матери и плода. Оценить структурные изменения плаценты у женщин с преждевременными родами

**Материалы и методы:** Материалом для исследования послужили истории болезней пациенток с диагнозом ранние преждевременные роды в сроке с 22 до 27 недель в период с 2011 по 2012 года на базе МБУЗ НГПЦ.

**Результаты.** В 2012 году зафиксировано увеличение более чем в 2 раза ранних преждевременных родов по сравнению с тем же периодом в 2011 году, что составило около 1% случаев от общего числа родов. Проведен ретроспективный анализ 96 историй родов за период 2011-2012 год. Причиной наступления ранних преждевременных родов наиболее часто в 52% случаев была истмикоцервикальная недостаточность, внутриутробная инфекция составила 43% случаев, гестоз наблюдался у 20% респондентов. В большинстве случаев родоразрешение было проведено путем операции кесарева сечения.

Состояние новорожденных при рождении оценивалось как крайне тяжелое, масса тела составляла от 500 до 1000 г. В основном у новорожденных преобладала ретинопатия, тугоухость, респираторный дистресс-синдром и гипоксическое поражение ЦНС. Обращает на себя внимание выраженные изменения фетоплацентарного комплекса, по данным гистологического исследования обнаружены циркулярные инфаркты плаценты диаметром от 1-3 см, децидуидиты, васкулиты.

**Выводы.** Преждевременные роды – серьезная проблема перинатального здравоохранения. Из 96 случаев рождения детей с низкой и экстремально низкой массой тела в 93% случаев новорожденные переведены на второй этап выхаживания с благоприятным прогнозом в условиях перинатального центра. С целью уменьшения перинатальных потерь необходимо своевременно выявлять группы риска по невынашиванию беременности для своевременной коррекции причин преждевременных родов и снижение неблагоприятных исходов для матери и плода.

## ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

---

Ю.Н. Авдони́на, Д.А. Масников  
**ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ЛИЦ  
РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.А. Паначева*

**Цель исследования.** На основе клинико-инструментальных и лабораторных данных изучить особенности этиологии, клиники и характера течения хронического панкреатита (ХП) в зависимости от возраста больных.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 59 пациентов с диагнозом ХП, 17 (28,8%) мужчин и 42 (71,2%) женщины в возрасте 18-79 лет. Проведены Методы клинический осмотр больных, анализ результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Результаты исследования.** ХП среди мужчин преобладал в возрасте 30-39 лет (29,4%), среди женщин – в возрасте 50-59 лет (26,2%). Этиологическими факторами заболевания являлись хронический холецистит (ХХ) – 57,6%, нарушение питания – 40,7% и алкогольный анамнез – 1,7%. Нарушение питания включало чрезмерное употребление жирной, острой, соленой и копченой пищи в сочетании с приемом алкогольных напитков. При этом индекс массы тела (ИМТ) у 58,4% больных соответствовал избыточной (25,0-29,9), у 20,8% соответственно - нормальной и ожирению 1 степени. У всех обследованных пациентов независимо от возраста и пола преобладали болевой, диспепсический и астенический синдромы, а также синдром кишечной диспепсии (в 51,0%), что соответствовало рецидивирующему варианту ХП. У 62,8% пациентов наблюдался нормальный ИМТ, в то же время, у 23,7% выявлена избыточная масса тела (МТ), у 8,5% - ожирение 1 степени и у 5,0% - дефицит МТ. Среди лабораторных показателей у 20,3% больных ХП наблюдались гипохромная анемия легкой степени тяжести; у 10,2% - лейкоцитоз до  $10,0-13,0 \times 10^9/\text{л}$  и у 11,8% - повышение СОЭ, что определялось активностью воспалительного процесса. Среди биохимических параметров наиболее часто отмечены повышение уровня амилазы крови до



36 Ед/л – у 63,6%; гиперхолестеринемия до 6,7 ммоль/л – у 28,6%; синдром цитолиза (до 35/50 Ед/л) – у 20,3%; гипергликемия до 7,8 ммоль/л – у 10,4% и гипербилирубинемия до 21,4 ммоль/л – у 6,8%. Синдром кишечной диспепсии характеризовался преобладанием поносов – у 51,0% пациентов и запоров – у 13,5%, оформленный стул регистрировался у остальных 35,5%. Результаты копроскопии независимо от характеристики стула характеризовались наличием в небольшом количестве пищевого детрита и непереваренных мышечных волокон. Ультразвуковые изменения в желчевыделительной системе у больных ХП характеризовались наличием гепатомегалии в 36,1%, диффузных изменений печени – в 21,5%, признаками ХХ – в 94,4%, деформацией желчного пузыря – в 38,5% и неомогенным содержимым в нем – в 46,0%. Независимо от показателей ИМТ у всех пациентов выявлены однотипные УЗ-изменения в поджелудочной железе (ПЖ), печени и желчном пузыре (повышенная эхоплотность ПЖ, уплотнение стенок желчного пузыря и его деформация, диффузные изменения и усиление эхоплотности в печени). Нормальная эхогенность ПЖ наблюдалась всего в 23,9%, тогда как была повышенной в 69,4% и пониженной – в 6,7%. Увеличение размеров ПЖ отмечено в 38,9% случаев. Косвенные признаки ХП, диагностированные в 57,1%, включали изменения слизистой оболочки 12-перстной кишки (отек, гиперемия, лимфангиозктазии, папиллит) и наличие дуоденопанкреатического рефлюкса.

**Выводы.** ХП чаще встречается у женщин в возрастной группе 50-59 лет. В этиологии заболевания преобладают билиарнозависимый ХП и прием высококалорийной жирной пищи. Выявленные гепатомегалия, диффузные изменения в печени, синдром цитолиза и гипербилирубинемия определяют необходимость детального исследования гепатобилиарной системы у больных ХП.

Т.А. Акимова, В.Б. Крылова, И.Б. Яковлева  
**ВЛИЯНИЕ ГЕННОГО ПОЛИМОРФИЗМА МОЗГОВОГО  
НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА НА РАЗВИТИЕ  
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Кафедра поликлинической терапии и ОВП,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: И.А.Гребенкина*

**Цель исследования.** Изучить влияние полиморфных вариантов гена мозгового натрийуретического пептида (полиморфный локус T-381C) на риск развития хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца.

**Материалы и методы.** В исследование включено 94 больных ИБС (57 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст 57,3±6,7)

с ХСН II-IV ФК. Все пациенты, включенные в исследование, по функциональному классу (ФК) ХСН были разделены на 3 группы. Разделение пациентов на ФК проводилось по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA), с использованием теста с 6-минутной ходьбой. Таким образом, в 1-ю группу вошли 35 пациентов с ФК 2, во 2-ю группу – 31 пациент с ФК 3, в 3-ю группу - 28 пациентов с ФК 4. Больные ХСН получали базисную терапию.

Верификация диагноза основывалась на тщательном анализе клинических данных, а также данных инструментальных исследований, включавших электрокардиографию в покое в 12 общепринятых отведениях, рентгенографию грудной клетки, эхокардиографию, общеклинические и биохимические исследования крови и мочи.

**Результаты.** Установлены достоверные различия по частоте встречаемости генетических маркеров гена МНП в зависимости от тяжести ФК ХСН. Частота генотипа Т/Т в 4-й группе (57,1%) была достоверно выше, чем в 1-й (34,3%,  $p<0,05$ ) и во 2-й (38,7%,  $p<0,05$ ) группах. Частота же генотипа С/С существенно преобладала в 1-й группе (22,9%) по сравнению с 2-й (6,5%,  $p<0,05$ ) и 3-й (10,7%,  $p<0,05$ ) группами. Частота аллеля Т у больных ИБС с тяжелой ХСН IV ФК достоверно преобладала над таковой у пациентов с II ФК ХСН (73,2% против 55,7%,  $p<0,05$ ), тогда как частота аллеля С была достоверно выше в 1-й группе по сравнению с 3-й группой (44,3% против 26,8%,  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Носители генотипа Т/Т полиморфного локуса T-381C гена мозгового натрийуретического пептида представляют особую когорту с высоким риском развития хронической сердечной недостаточности. Поэтому эти пациенты с ишемической болезнью сердца составляют приоритетную группу диспансерного наблюдения с организацией эффективных целевых профилактических мероприятий, направленных на профилактику развития хронической сердечной недостаточности и предотвращение преждевременной смертности.

К.А. Астапенко, Ё.Р. Ахмедов, Т.Н.Бабаева\*  
**НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА В КОСТНОМ МОЗГЕ У  
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.Б. Ковынев*

**Актуальность.** Изучение влияния опухолевой прогрессии миелопролиферативных неоплазий на функциональную активность гистиоцитарно-макрофагальных клеток костного мозга и обмен железа – актуальная про-

блема современной онкогематологии. Синдром перегрузки гистиоцитарно-макрофагальных элементов гемосидерином описан при эритремии, идиопатическом миелофиброзе, миелодиспластическом синдроме. Однако, состояние обмена железа в костном мозге при хроническом миелоидном лейкозе (ХМЛ), одном из наиболее распространенных миелопролиферативных заболеваний, в современной литературе освещено недостаточно.

**Цель.** изучить цитоморфологические и цитохимические особенности распределения внутри- и внеклеточного железа (Fe) в костном мозге у первичных больных ХМЛ.

**Материалы.** изучались истории болезни и диагностические материалы (мазки стерильного пунктата) 41 первичного больного ХМЛ до начала лечения.

**Результаты.** на первом этапе исследования у всех больных были проанализированы мазки костного мозга, окрашенные по Романовскому. В цитоморфологических препаратах 12 пациентов (29,3%) в макрофагальных клетках и внеклеточно были выявлены большие скопления пигмента в виде крупных гранул зеленого цвета. Для определения физической природы данного вещества на нативных мазках костного мозга этих пациентов была проведена цитохимическая реакция с берлинской лазурью. Во всех случаях пигмент дал выраженную положительную реакцию, что подтвердило принадлежность гранул к гемосидерину.

С целью определения влияния нарушений обмена костно-мозгового пула железа на течение болезни было проведено сравнение клинических характеристик двух групп: с нарушением обмена Fe (исследуемая группа) и без него (общая группа). Выявлены различия по возрастной характеристике: в общей группе средний возраст составил  $56 \pm 3$  года, в исследуемой подгруппе возраст пациентов был моложе -  $43 \pm 3$  года. По гендерному признаку различий между группами не было. Для всех больных ХМЛ был назначен показатель международного прогностического индекса Socal, определяющий вероятность получения молекулярно-генетической ремиссии на фоне стандартной таргетной терапии ХМЛ ингибиторами атипичной тирозинкиназы. Оказалось, что в группе с высоким уровнем гемосидерина в костном мозге 27% пациентов ( $n=11$ ) имели критерии третьей группы риска (группа неблагоприятного прогноза), в то время как у пациентов без признаков нарушения обмена железа – эти критерии были выявлены только у 7 больных (18%).

**Выводы.** таким образом, при ХМЛ обнаружены цитоморфологические и цитохимические признаки нарушения обмена костно-мозгового пула железа и перегрузки гистиоцитарно-макрофагальных клеток гемосидерином. Выявленные изменения коррелировали с факторами неблагоприятного прогноза заболевания и более молодым возрастом пациентов. В дальнейшем запланировано исследование биохимической и молекулярно-генетической основы выявленных нарушений, а также дополнительный цитоморфологический анализ состояния миелопоэза для верификации миелодиспласти-

ческих признаков миелодисплазии. Полученные в результате исследования новые данные могут существенно дополнить систему прогностической оценки течения ХМЛ и служить маркером индивидуализации терапии для пациентов из различных групп риска.

К. С. Астракова  
**РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ САРКОИДОЗА**

*Кафедра внутренних болезней  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к. м. н., доцент Л. А. Уколова*

**Актуальность.** Саркоидоз – мультисистемное воспалительное гранулематозное заболевание неизвестной этиологии, гистологически характеризующееся наличием в различных органах и тканях эпителиоидно–клеточных гранул без казеозного некроза, не относится к часто встречающейся патологии, заболеваемость в России составляет 2-7 на 100 000 населения. Системный характер саркоидоза определяет многообразие клинических проявлений заболевания. Саркоидоз называют «великим имитатором», прежде всего, ревматических заболеваний, это приводит к гипердиагностике системных заболеваний соединительной ткани (СКВ), васкулитов (болезнь Вегенера), ревматоидного артрита, воспалительных спондилоартропатий, а также к поздней диагностике саркоидоза.

**Цели и задачи.** Выявление частоты ревматологических симптомов и синдромов в дебюте и развернутой стадии саркоидоза. Оценка диагностической значимости Rg и КТ исследования легких в постановке диагноза саркоидоза. Выявление различий в сроках постановки диагноза при классическом течении саркоидоза и при наличии ревматологических масок в клинике заболевания.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 95 историй болезни пациентов с диагнозом саркоидоз, находившихся на лечении в пульмонологическом, ревматологическом, гематологическом отделениях и в отделении торакальной хирургии ГНОКБ в 2009-2011 годах. Проведен анализ клиники течения заболевания в дебюте и в развернутой стадии заболевания, учитывалось наличие внелегочных поражений кожи, лихорадки, суставного синдрома, периферической лимфаденопатии, поражения слезных, слюнных желез, мышц. Оценивались инструментальные методы диагностики саркоидоза - Rg и КТ исследования. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистических функций программы Microsoft Office Excel 2007.

**Результаты.** Среди 95 пациентов, средний возраст которых составил  $45,6 \pm 10,7$  лет, было 28 мужчин (29%) и 67 женщин (71%), средний возраст составил  $35,1 \pm 9,8$  и  $49,9 \pm 7,6$  лет соответственно. Классическое течение саркоидоза в виде поражения легких, внутригрудных лимфоузлов наблюдалось у большинства пациентов, в 52 случаях (54,7%). У 43 пациентов (45,3%) в клинической картине заболевания выявлялись ревматологические маски – ведущим симптомом, среди ревматологических, являлось изолированная лихорадка и изолированная узловатая эритема (по 23%). Среди больных с РМ саркоидоза преобладали женщины (81,4%). У женщин узловатая эритема встречалась в 26,8%, суставной синдром и лихорадка в 20,8%, поражение периферических лимфоузлов – 7,4%, поражение глаз, мышц, слюнных желез – 4-6%. У мужчин узловатая эритема встречалась в 3,6%, суставной синдром и лихорадка в 14,2%, поражение глаз – 3,6%, поражение периферических лимфоузлов, мышц, слюнных желез не встречалось. При типичном течении болезни клинический диагноз был установлен в среднем через  $4,48 \pm 2,88$  месяца после начала заболевания, а при наличии ревматологических масок – через  $8,84 \pm 5,2$  месяца. В 58% случаев стандартная Rg-диагностика была не информативна, в отличие от КТ.

**Выводы.** У половины обследованных заболевание протекало с ревматологическими масками (45%). В этой группе регистрируется более поздняя постановка диагноза ( $8,84 \pm 5,2$  мес. против  $4,48 \pm 2,88$  мес. у больных с классическим течением). Это демонстрирует необходимость включения в круг дифференциальной диагностики саркоидоз при наличии у пациенток-женщин жалоб на узловатую эритему, лихорадку и суставной синдром, и жалоб на суставной синдром и лихорадку – у пациентов-мужчин. Также необходимо назначать таким пациентом КТ органов грудной клетки с целью выявления саркоидоза легких и своевременного решения о необходимости адекватного лечения.

М.А. Ахмадулина\*

## **ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЖЕНСКОГО ПОЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

*Кафедра пропаганды внутренних болезней*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Е.А. Жук*

**Цель** - изучить частоту встречаемости разных форм фибрилляции предсердий и качество жизни у больных женского пола с фибрилляцией предсердий в зависимости от возраста.

Обследовано 35 больных женского пола с фибрилляцией предсердий в возрасте  $68,8 \pm 10,6$  лет с давностью фибрилляции предсердий в среднем  $7,4 \pm 6,3$  лет. У всех больных проведен сбор анамнеза, физикальное обследование, электрокардиография. Больные заполняли анкету качества жизни SF-36. Статистическую обработку проводили в программе Microsoft Excel. Показатели качества жизни рассчитывали вручную с помощью калькулятора SF-36 на сайте <http://atio-irk.ru/oprosnik-sf-36.html>. Включенные в исследование больные были разделены на 3 возрастные группы. Группа 1 (11 человек в возрасте от 50 до 60 лет), группа 2 (8 человек в возрасте от 60 до 70 лет) и группа 3 (16 человек в возрасте более 70 лет).

**Результаты.** Выявлено, что в группе 1 чаще встречалась пароксизмальная форма, в группе 2 персистирующая форма, в группе 3 - постоянная форма фибрилляции предсердий. Фибрилляция предсердий у женщин из группы 3 манифестировала на несколько лет раньше, чем у женщин из группы 1 и группы 2. Больные группы 1 и группы 2 хуже переносят фибрилляцию предсердий и склонны предъявлять больше жалоб (ощущение сердцебиения, перебои в работе сердца, загрудинные боли, головокружение, слабость, головная боль) по сравнению с группой 3. Среди больных, не предъявляющих жалоб, преобладали пациенты с постоянной формой фибрилляции предсердий из группы 3. Большинство женщин из группы 1 и 2 отмечали в качестве провоцирующих факторов фибрилляции предсердий эмоциональные стрессы, физические нагрузки и бесконтрольный прием лекарств. Женщины из группы 3 называли в качестве провоцирующих факторов аритмии подъема АД и бесконтрольный прием лекарств.

По результатам исследования качества жизни выявлено, что у больных с фибрилляцией предсердий в возрасте старше 70 лет (группа 3) показатели качества жизни были хуже, чем у больных среднего возраста. Наибольшее снижение зафиксировано по таким шкалам как «Физическое функционирование», «Роль в физическом функционировании» и «Общее здоровье», которые составляют физический компонент здоровья и по таким шкалам как «Роль в эмоциональном функционировании» и «Психическое здоровье», которые составляют психологический компонент здоровья.

Таким образом, у обследованных женщин в возрасте 50-60 лет преобладала пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, в возрасте 60-70 лет доминировала персистирующая форма, в возрасте старше 70 лет преобладала постоянная форма. Фибрилляция предсердий у женщин более молодого возраста (группы 1 и 2) характеризовалась разными клиническими проявлениями и субъективно хуже переносилась по сравнению с больными группы 3. Качество жизни больных с фибрилляцией предсердий снижается с возрастом.

Т.Н. Бабаева\*

## **СИНДРОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Т.И. Поспелова*

**Актуальность:** среди пациентов онкогематологического профиля отдельную группу составляют гемотрансфузионнозависимые больные. Актуальной проблемой для данных пациентов является синдром перегрузки железом (вторичный гемохроматоз). Перегрузка железом у больных гемобластозами (ГБ) (миелодиспластический синдром, неходжкинскиелимфомы, апластическая анемия) обусловлена патогенетическими особенностями самого гемобластоza (в результате нарушения эритропоэза), многочисленными гемотрансфузиями при развивающейся в дебюте заболевания или в результате полихимиотерапии анемии, кроме того, имеются данные о связи фенотипических проявлений вторичной перегрузки железом с мутантными аллелями гена наследственного гемохроматоза HFE (C282Y, H63D). Аллельные мутации гена HFE (наибольшую пенетрантность имеет гомозиготный фенотип C282Y) приводят к неограниченному взаимодействию трансферрина с трансферриновым рецептором и, как следствие, накоплению железа в тканях. Оценка состояния обмена железа у пациентов получающих эритроцитсодержащие компоненты крови позволяет прогнозировать риск развития вторичного гемохроматоза и разрабатывать коррекцию данных нарушений.

**Цель исследования:** на основании оценки феррокинетики выявить наличие синдрома перегрузки железом у больных ГБ с отягощенным гемотрансфузионным анамнезом.

**Материал и методы:** на базе Городского гематологического центра г. Новосибирска обследовано 26 пациентов с ГБ. Средний возраст больных составил  $56,5 \pm 17,34$  лет. Среднее количество гемотрансфузий в год на одного пациента было равно  $22,15 \pm 13,8$  доз. Группу сравнения составили 25 пациентов онкогематологического профиля, не имеющие в анамнезе гемотрансфузий. Всем пациентам была проведена оценка показателей феррокинетики (уровень железа сыворотки, ОЖСС, КНТ, ферритин). Методом полимеразной цепной реакции (RT-PCR) 8 больным с отягощенным трансфузионным анамнезом были исследованы полиморфизмы гена HFE (C282Y и H63D) – 3 пациента с АА, 5 пациентов с МДС.

**Результаты исследования:** при исследовании уровня ферритина сыворотки крови в группе трансфузионнозависимых пациентов синдром перегрузки железом выявлен у 47,6% обследованных, тогда как в группе больных, не имеющих в анамнезе гемотрансфузий, он не регистрировался ни у



одного пациента. Перегрузка железом регистрировалась у больных МДС в 38,4% случаев, а в группе пациентов с АА - в 71,4% случаев. В тоже время в группе гемотрансфузионнозависимых пациентов с НХЗЛ показатели феррокинетики были в пределах референсных значений, несмотря на проводимые гемотрансфузии. При оценке степени тяжести вторичной перегрузки железом легкая степень (уровень ферритина 500 до 2000 мкг/л) регистрировалась у 90% обследуемых, при этом среднее количество гемотрансфузий в течение года у них составило  $21,1 \pm 12,85$ ; в 10% выявлена тяжелая степень перегрузки железом (уровень ферритина был выше 4000 мкг/л), при среднем количестве гемотрансфузий в год, равном 51. При исследовании мутационных вариантов гена HFE мутантные аллели выявлены у 3 пациентов с ГБ из 8 (37,5%).

**Выводы.** в результате проведенного исследования было выявлено наличие посттрансфузионной перегрузки железом у 47,6% пациентов, регулярно получающих трансфузии донорских эритроцитов. Увеличение числа гемотрансфузий приводит к усугублению степени тяжести синдрома перегрузки железом. Выявление вторичной перегрузки железом у пациентов с отягощенным трансфузионным анамнезом требует изучения мутационных вариантов гена HFE.

Т.И. Батлук, К.А. Астапенко  
**ОТРАВЛЕНИЯ ИНСЕКТИЦИДАМИ НА ОСНОВЕ  
ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и  
медицины катастроф медико-профилактического факультета,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н. профессор Е.А. Ставский*

Острые отравления фосфорорганическими инсектицидами (ФОСИ) остаются одной из актуальных проблем клинической токсикологии, несмотря на то, что их количество в последние десятилетия заметно снизилось. Их значимость определяется тяжестью интоксикации и высокой летальностью. ФОС и являются ядами центральной и вегетативной нервной системы. Они нарушают функции дыхания, кровообращения, желез внешней и внутренней секреции, крови, внутренних органов.

**Цель работы.** анализ клиники развития отравления ФОСИ и основных методов их лечения.

В настоящей работе проведен анализ семи отравлений ФОСИ в ЦРБ г. Колывани. По данным анамнеза токсические вещества (в данном случае: карбофос и хлорофос) поступали в организм перорально при попытке суи-

цида. Из них у четырех пациентов были отравления карбофосом 3 степени, у двух - отравления хлорофосом 2 степени и один летальный исход с отравлением хлорофосом 3 степени.

Установлено, что в клинике отравления указанными ФОСИ присутствовали такие основные признаки отравления, как рвота, саливация, нарушение стула, судороги, общий гипергидроз, затруднение дыхания, брадикардия, сужение зрачка. Наблюдали также явления токсической нейромиопатии, как одного из облигатных симптомов тяжелых отравлений ФОС. При этом наиболее значимыми нервно-мышечными расстройствами являлись парез или паралич дыхательной мускулатуры - периферический паралич дыхания. Основными проявлениями клиники отравления ФОСИ были: миоз - один из наиболее характерных признаков интоксикации; может служить критерием тяжести состояния больных, нарушения зрения (пелена перед глазами, диплопия). Ранний астенический синдром, интоксикационный психоз, кома (резкое угнетение или отсутствие реакции зрачков на свет; угнетение корне-альных рефлексов, болевой чувствительности; снижение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов). Гиперкинезы миоклонического типа, миофибрилляции распространяющиеся на мимическую мускулатуру, большие грудные мышцы, мышцы верхних и нижних конечностей. Нарушения дыхания (обтурационно-аспирационная форма). Нарушения функций сердечно-сосудистой системы ССС (ранний гипертензивный синдром). Нарушения функций ЖКТ и печени (тошнота, рвота, нарушения акта дефекации, холестаз).

При лечении больных была использована комплексная терапия: инфузионная, атропином сульфата, сердечными гликозидами, промывание желудка, витаминотерапия.

**Выводы.** Проведенный анализ семи отравлений ФОСИ в ЦРБ г. Колывани показал, что развитие токсического процесса и клиника отравлений у больных была аналогична, в целом, клинике отравлений токсичными химическими веществами группы ФОС. И при лечении отравленных были использованы общепринятые в этих случаях методы комплексной терапии. Однако ни в одном из семи указанных случаев не была проведена кислородная терапия. Данные случаи отравления показали, что интоксикация ФОС, в том числе, отравления токсичными химическими веществами, используемыми в быту, является актуальной в настоящее время.

Ю.С. Бахарева\*

**СЛУЧАЙ НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОТИЧЕСКОГО  
ЭНДОКАРДИТА ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии  
Новосибирский государственный медицинский университет.*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Н.Н. Чапаева*

**Актуальность.** Небактериальный (неинфекционный, псевдоинфекционный) тромботический эндокардит (НБТЭ) характеризуется отложением на створках клапанов тромбов, не содержащих бактерии. Согласно современным представлениям ведущую роль в развитии НБТЭ играет гиперкоагуляция, таким образом, НБТЭ одно из проявлений тромбофилии, наиболее часто развивающееся вследствие злокачественной опухоли.

**Цель исследования.** Мы приводим клиническое наблюдение больного с С-г легких с развитием НБТЭ на фоне сложных нарушений системы гемостаза.

Больной Т., 50 лет, поступил в МУЗ ГКБ № 34 в ноябре 2011 г.: отмечалась лихорадка гектического типа, одышка при небольшой физической нагрузке, артралгии, миалгии, при трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ) визуализировались множественные мелкие вегетации на створках трикуспидального и митрального клапанов с регургитацией I степени.

Дебют заболевания в июле 2011 г. - слабость, постоянный субфебрилитет, похудание на 10 кг; с сентября - повышение температуры тела до фебрильных цифр, в гемограмме регистрировалась гипохромная анемия легкой степени, лейкоцитоз ( $20 \times 10^9/\text{л}$ ), ТЗН +++, ускорение до СОЭ 46 мм/ч. При проведении иммунологического скрининга, онкопоиска - патологии не выявлено.

В декабре 2011 г. отмечалось ухудшение самочувствия: усилилась одышка, боли в суставах, появились отеки, лихорадка до 39 С, прогрессировал анемический синдром, тромбо-цитоз ( $325 \times 1012/\text{л}$ ), ускорение СОЭ до 65 мм/ч; отрицательная динамика по ЭхоКС (усиление клапанной дисфункции), выявлена гепатоспленомегалия, сложные нарушения в системе гемостаза: гиперфибриногенемия (6,66 г/л), повышение РФМК, гиперкоагуляция (АЧТВ: 19 с), тромбоцитарная гиперагрегация (ГАТ: 19 с.), выраженное снижение Хагеман-зависимого фибринолиза (68 мин.)

Таким образом, учитывая наличие вегетаций на клапанах сердца, клапанную дисфункцию, лихорадку гектического типа более 3х месяцев, анемии, спленомегалии - был выставлен диагноз первичного ИЭ высокой степени активности, проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная

терапия, лечение, направленное на коррекцию нарушений в системе гемостаза, проявлений недостаточности кровообращения.

В январе 2012 г. отмечалось резкое ухудшение: пациент госпитализирован в тяжелом состоянии в кардиологическое отделение ГНОКБ: декомпенсация недостаточности кровообращения, лихорадка до 40 С, прогрессирование ДВС-синдрома. При проведении фибробронхоскопии с биопсией - диагностирована аденокарцинома легких. Пациент передан под наблюдение участкового онколога. Начата противоопухолевая терапия, однако состояние прогрессивно ухудшалось с развитием летального исхода.

Выводы. Небактериальный тромботический эндокардит называется также псевдоинфекционным, что подчеркивает необходимость его дифференциальной диагностики с инфекционным эндокардитом. НБТЭ на фоне заболеваний, сопровождающихся лихорадкой, анемией, воспалительными изменениями крови, спленомегалией, может мимикрировать ИЭ, что демонстрирует данное клиническое наблюдение.

А.С. Беляева, Л.Н. Савина, Е.С. Гричанова  
**СИНДРОМ ФЕЛТИ,  
АССОЦИИРОВАННЫЙ С HCV – ИНФЕКЦИЕЙ**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Т.Н. Сентякова*

**Актуальность.** Проблема коморбидных вирусных инфекций (ВИ) в ревматологии заслуживает внимания. ВИ оказывают влияние на морбидность и летальность при системных болезнях соединительной ткани. Анализ случаев сочетанной ревматологической патологии и ВИ важен для научно-практических целей. Нам представлялось интересным привести собственное наблюдение необычно тяжелого случая синдрома Фелти (СФ) у больной с HCV – инфекцией.

**Материал и методы.** Данные клинического, лабораторного и патоморфологического исследования больной с СФ, наблюдавшейся в госпитальной терапевтической клинике в 2012г.

**Результаты исследования.** Больная П., 55 лет, поступила в клинику 24.02.12 с жалобами на боль в суставах, лихорадку, сыпь на туловище, конечностях. Заболела в январе 2012 г, появились боль в горле, высокая лихорадка. С 30.01.12 по 03.02.12 лежала в инфекционной больнице. Инфекционные болезни были исключены. При обследовании выявлены лимфа-

денопатия, гепатоспленомегалия, Рекомендована консультация гематолога. 04.02.12 появилась боль в суставах, 05.02.12 – сыпь на туловище. Консультирована гематологом, онкогематологические заболевания отвергнуты. При вирусологическом исследовании выявлены маркеры вирусного гепатита С (анти HCV, РНК +), диагностирован ХВГС. Путь инфицирования установить не удалось. Учитывая сохранение сыпи, выраженных болей в суставах участковым терапевтом был назначен преднизолон 15 мг/сут. Сыпь и артралгии уменьшились. При отмене преднизолона резкое ухудшение состояния. 24.02.12 вызвала скорую помощь, доставлена в стационар. Состояние средней тяжести, температура 39 °С. Кожа и слизистые желтушные. Синдром Рейно, ливедо. Папулезная сыпь на руках, ногах. Лимфаденопатия. Припухлость проксимальных межфаланговых суставов кистей, лучезапястных, коленных, голеностопных суставов. Снижение силы сжатия кистей. Ограничение подвижности в голеностопных и лучезапястных суставах. Размеры печени 10-9-8 см, селезенки - 16x8 см. ОАК: панцитопения, увеличенная СОЭ. БАК: умеренное повышение билирубина, ферменты в пределах нормы, резкое увеличение СРБ, РФ. Криоглобулины не выявлены. Рентгенограммах кистей: околосуставной остеопороз, сужение щелей отдельных суставов, нечеткость контуров проксимальных межфаланговых суставов. УЗ внутренних органов: гепатоспленомегалия. ОРОГК при поступлении: усиление сосудистого рисунка, инфильтративных теней нет. Больной назначен преднизолон 60 мг/сут. Несмотря на лечение сохранялись эпизоды фебрильной лихорадки, прогрессировала лейкопения. 12.03.12 констатировано развитие госпитальной лево-сторонней полисегментарной пневмонии. Назначен меронем 2 г/сут. С 13.03.12 – ИВЛ. Несмотря на лечение прогрессировали ДН, ССН, 14.03.12 наступила смерть. Клинический диагноз основной: РА (СФ), серопозитивный вариант, III степень активности. Легочный васкулит. Гепатоспленомегалия. Цитопенический синдром. ВИД. Фоновый диагноз: ХВГС умеренной активности. Осложнения: Госпитальная левосторонняя субтотальная пневмония тяжелой степени. ОДН. Септический шок. При патологоанатомическом исследовании диагноз был подтвержден.

**Заключение.** У описанной больной ХВГС характеризовался латентным течением, невыраженностью печеночных признаков и яркими проявлениями внепеченочных знаков: серопозитивным артритом, генерализованным васкулитом, лейкопенией, спленомегалией. Сочетание проявлений болезни позволило диагностировать СФ, который характеризовался тяжелым течением, развитием тотальной пневмонии на фоне нейтропении. Персистирующая вирусная инфекция гепатита С служила фактором неблагоприятного течения системного ревматического заболевания.

Н.Е. Беляева\*

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ  
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Кафедра эндокринологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.А. Бондарь*

Особенности поражения почек при сахарном диабете 2 типа связаны с наличием у одного и того же больного комбинации факторов риска, с особенностями метаболических нарушений, и повышенным риском сердечно-сосудистой патологии. Наиболее неблагоприятным в плане дальнейшего прогноза является развитие диабетической нефропатии, приводящей к развитию терминальной почечной недостаточности через 10-15 лет от развития клинических проявлений поражения почек.

**Цель:** изучить клинико-лабораторные особенности диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 2 типа.

**Материалы и методы:** в исследование включено 147 больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа с наличием нефропатии без признаков инфекционно-воспалительного процесса в почках. Все больные прошли полное клинико-лабораторное обследование в мобильном диабет-центре. Определяли уровни гликированного гемоглобина (HbA1c), холестерина, триглицеридов, креатинина, мочевины, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с использованием формулы MDRD, альбуминурии по стандартным методикам. На основании наличия альбуминурии и изменений на глазном дне, пациенты поделены на 2 группы: первая - больные СД 2 типа с диабетической нефропатией (ДН) (n=57), из них 13 мужчин, 44 женщины, вторая – больные СД 2 типа с гипертонической нефропатией (ГН) (n=90), из них 32 мужчины, 52 женщины,

**Результаты:** При анализе клинических особенностей СД не выявлено разницы между группами по возрасту больных, длительности СД -  $13,7 \pm 8,5$  лет в первой и  $13,6 \pm 9,9$  лет во второй, однако больные с диабетической нефропатией имели гендерные отличия – преобладали женщины (соотношение мужчин и женщин составило 1:3,3 в первой группе и 1:1,8 во второй). При ДН СД 2 типа дебютировал раньше (средний возраст дебюта  $44,9 \pm 9,2$  года), чем при ГН (средний возраст дебюта  $50,6 \pm 9,2$  года,  $p = 0,056$ ), по длительности заболевания группы достоверно не различались. Группы исследования не различались по длительности артериальной гипертензии (АГ), однако у больных с гипертонической нефропатией анамнестически АГ диагностирована до выявления СД 2 типа ( $\chi^2=3$ ,  $p=0,056$ ). При лабораторном обследовании группы достоверно не различались по степени компенсации углеводного обмена (HbA1c  $9,2 \pm 1,9\%$  в первой группе и  $8,7 \pm 1,8\%$

во второй), холестеринемии ( $5,2 \pm 1,5$  ммоль/л и  $5,2 \pm 1,3$  ммоль/л соответственно). У пациентов с ГН выявлены значительная гипертриглицеридемия ( $2,27 \pm 2,03$  ммоль/л). У лиц с ДН выявлены более высокий средний уровень СКФ -  $93,1 \pm 31,5$  мл/мин ( $88,8 \pm 26,7$  мл/мин у больных с гипертонической нефропатией), при этом у 2 человек с ДН СКФ была выше 150 мл/мин. При ДН уровень альбуминурии был достоверно выше ( $t = 3$ ,  $p = 0,003$ ), протеинурия выявлена у 9 человек (15,8%), при гипертонической нефропатии протеинурия была у 7 пациентов (7,8%). Уровень Hb менее 120 г/л был у 3 (5,3%) человек с ДН и у 2 (2,2%) больных с гипертонической нефропатией. Больные с ГН имели более высокие средние показатели систолического АД ( $t = -2,07$ ,  $p = 0,036$ ) и диастолического АД ( $t = -3,03$ ,  $p = 0,003$ ). Среди больных с ДН достоверно чаще, чем у больных с ГН встречались другие поздние осложнения СД – у 82,5% периферическая полинейропатия ( $\chi^2 = 3,67$ ,  $p = 0,049$ ), у 43,9% макроангиопатия нижних конечностей ( $\chi^2 = 7$ ,  $p = 0,006$ ).

**Выводы:** диабетическая нефропатия при СД 2 типа чаще встречается у женщин, при раннем возрасте дебюта заболевания, проявляется значительной альбуминурией и протеинурией. ДН чаще сочетается с другими поздними осложнениями СД 2 типа (периферическая полинейропатия, макроангиопатия нижних конечностей).

## **М. В. Васильченко, Е.С. Полторацкая ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Кафедра эндокринологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: к.м.н., ассистент Е.В. Зенкова*

**Актуальность.** Гипогликемия оказывает негативное воздействие, как на физическое, так и на психологическое благополучие больных с сахарным диабетом (СД). Страх перед низким уровнем сахара в крови может быть серьезным препятствием на пути к достижению гликемического контроля.

**Цель.** Оценить поведение больных с СД 1 типа и СД 2 типа, постоянно получающих инсулинотерапию, при гипогликемии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ историй болезни и анкетирование 40 пациентов с СД 1 и 2 типа, проходивших лечение в эндокринологическом отделении ГНОКБ в 2012-2013 гг., по тесту «О низком уровне сахара в крови у взрослых» (Университет штата Вирджиния, 1998), из них – 23 женщины, 17 мужчин (средний возраст пациентов  $53 \pm 1,02$  года). Из 40 пациентов 15 – с СД 2 типа, 25 – с СД 1 типа. Длительность инсулинотерапии



у пациентов с СД 1 типа - 12,2 года, с СД 2 типа СД – 2,9 года. Средняя суточная доза инсулина у пациентов с СД 1 типа - 48,3 Ед с СД 2 типа - 31,2 Ед. У 33% обследованных ранее диагностирована автономная нейропатия. Оценка теста проводилась не зависимо от типа СД по двум критериям I – «Поведение»: действия предпринятые пациентом во избежание снижения уровня сахара в крови и последствий такого снижения, II – «Беспокойство»: перечень опасений, присущих людям, страдающих СД относительно низкого уровня сахара крови.

**Результаты.** По I критерию: в группу часто меняющих свое поведение (7 человек) попали больные СД 1 типа (из них регулярно испытывали гипогликемию - 57,1%, 1-2 раза в месяц - 42,9%, у 6 из них изменена чувствительность к гипогликемии вследствие автономной нейропатии). Группу, меняющих свое поведение по определенным пунктам: старались поддерживать уровень сахара больше 8, снижали дозу инсулина при уменьшении уровня сахара, больше ели в промежутках между основными приемами пищи, измеряли гликемию больше 6 раз в день, составили 18 пациентов: с СД 1 типа – 15 человек, с СД 2 типа – 3 человека. Из 18 больных гипогликемию испытывали регулярно 33% обследованных, 1-2 раза в месяц - 33%, редко - 34%, 22,2% имели измененную чувствительность к гипогликемии. Не меняли свое поведение 15 пациентов (с СД 1 типа – 3 человека, с СД 2 типа – 12 человек, из них гипогликемию испытывали регулярно 2 больных, 1-2 раза в месяц - 3 пациента, редко – 10, в группе только 1 - имел измененную чувствительность к гипогликемии). По II критерию в группу пациентов, наиболее часто испытывающих страх развития гипогликемий входили 3 пациента (с СД 1 типа – 2 человека, с СД 2 типа - 1 человек), у них установлена измененная чувствительность к гипогликемиям. Группу редко испытывающих беспокойство и не беспокоящихся вовсе при гипогликемии составляли 37 человек (из них с СД 1 типа - 23 человека и с СД 2 типа - 14 человек), 13 пациентов данной группы переносили гипогликемию 1-2 раза в месяц, 24 - не испытывали ее никогда, или испытывали однократно. Автономной нейропатией страдали - 5 пациентов.

**Выводы.** По данным исследования, гипогликемические состояния, сопровождающиеся изменениями поведения, а также вынуждающие испытывать беспокойство, наиболее часто наблюдаются у пациентов с СД 1 типа. Не предпринимают действия во избежание снижения уровня сахара крови, и не ощущают страх те люди, которые испытывают гипогликемические состояния изредка, или не испытывали вовсе.

Е.Ю.Вербицкая  
**ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В Г. НОВОСИБИРСКЕ В  
ВОЗРАСТЕ 45 – 69 ЛЕТ ПО МЕТОДИКЕ «FINDRISC»**

*Кафедра внутренних болезней,  
Новосибирский государственный медицинский университет,  
ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, г. Новосибирск  
Научные руководители: д.м.н. Г.И. Симонова,  
к.м.н. С.В.Мустафина*

**Цель.** Изучить расчетный и фактический риск развития сахарного диабета в популяционной выборке 45-69 лет г. Новосибирска по методике «FINDRISC».

**Материалы и методы.** В 2003-2006гг. было проведено эпидемиологическое обследование населения 45-69 лет г. Новосибирска (НАРИЕЕ, фонд WellcomeTrust, Великобритания). Всем участникам проекта НАРИЕЕ проведено измерение артериального давления, антропометрия (рост, вес, окружность талии (ОТ), определение глюкозы крови. Оценка заболеваемостью сахарным диабетом проводилось при повторном скрининговом обследовании той же выборки в 2006 – 2008 гг и по данным городского регистра сахарного диабета в период 2003 – 20011г. Среднее время наблюдения 5 лет.

**Результаты.** В ходе скрининга обследовано 8148 человек без СД (мужчин 45,8%, женщин 54,2%), у них была определена частота факторов риска СД 2 типа по «FINDRISC». Возрастная группа от 45 до 54 лет составила 37,5%, на долю лиц от 55-64 лет пришлось 40,3%; в группе старше 65 лет оказалось 22,6%. Обследованные с ИМТ 25 - 30кг/м<sup>2</sup> - 38,0%, распространенность ИМТ  $\geq 30$ кг/м<sup>2</sup> составила 32,4%. Частота у мужчин ОТ 94-102см 25,5% у женщин 80-88см - 23,5%, абдоминального ожирения ОТ $\geq 102$  см – мужчины 20,5%,  $\geq 88$ см – женщины 55,6%.

Доля респондентов, которые не ежедневно употребляют овощи и фрукты составила 10,5%. Обследованные не затрачивающие необходимого времени на физ. нагрузку (по 30 мин. каждый день или 3 часа в неделю) - 81,1%.

Население не регулярно принимающее гипотензивные препараты - 70,5%. Случайная гипергликемия ( $\geq 6,1$ ммоль/л) в анамнезе была выявлена у 19,9%. Доля обследованных с наследственной отягощенностью по СД 2 типа составила 10,8%.

Согласно данным ключа анкеты по выявлению риска развития сахарного диабета 2 типа: низкий риск (<7 баллов) возникновения СД 2 типа имеют 25,7% (у женщин 15,8%, мужчин 37,5%); слегка повышенный (7–12баллов) риск имеется у 35,1% (34,8%, 35,4%); средний риск (12–14 баллов) имеют 20,2% (25,6%, и 13,8% соответственно); высокий (от 15-20 баллов) у 17,6% (21,9%,12,5%); очень высокий риск (>20 баллов) определен у 1,4% (1,9% и 0,7%).

По результатам повторного обследования и городского регистра сахарного диабета, впервые СД 2 типа возник в течении 5 лет у 171 (4%) респондента. В группе низкого риска СД 2 тип был выявлен у 0,74%; слегка повышенного риска у 1,9%; среднего риска 5,8% случаев; высокого риска у 9,2%; и в группе очень высокого риска оказалось 19,5% случаев.

#### **Выводы.**

1. По результатам анкетирования в популяции г. Новосибирска 45-69 лет по методике «FINDRISK» 60,8% имеют низкий или слегка повышенный риск развития СД 2 типа в ближайшие 10 лет. Средний и высокий риск - 37,8% и очень высокий у 1,4%.

2. В течении 5 лет наблюдения, впервые выявленный СД 2 типа был диагностирован у 4% человек. Частота впервые выявленного СД 2 типа растет на 18,8% от 0,74% в группе низкого риска до 19,5% в группе очень высокого риска.

### **К.А. Вешнякова, Е.И. Кондракова, А.В. Чичвархина. ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

*Кафедра факультетской терапии*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор А.Д. Куимов.*

**Актуальность.** Получены доказательства того, что модификация факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) снижает заболеваемость и смертность (Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2007; 14 Suppl 2:S1-113).

**Цель работы:** исследовать факторы риска ССЗ у больных ИБС в рамках международного исследования SURF (Survey of Risk Factor management).

**Задачи:** 1)определить частоту встречаемости факторов риска, 2)выяснить группы принимаемых лекарственных препаратов, 3)собрать данные - рост, вес, АД, окружность талии, гликемия, липидограмма, уровень HbA1c.

Объект исследования: пациенты кардиологических отделений ГКБ №1 Новосибирска. Выборка случайная, критерии выбора: АКШ, ЧТКА, ОКС, стабильная стенокардия.

**Метод исследования:** анкетирование пациентов по предложенному стандарту SURF.

**Результаты.** Проанализированы анкеты 59 пациентов с наличием АКШ, ЧТКА, ОКС, стабильной стенокардии; средний возраст исследуемых 67 лет. Среди них - мужчин - 42,4% (25), женщин – 57,6% (34). У 4 (6,8%) исследуемых имеется АКШ, 14 человек (23,7%) перенесли ЧКВ, 22 (37,3%) пациента – ОКС, у 42 (71,2%) диагноз стенокардия напряжения. Наличие в анамне-

зе факторов риска: курение – 9 (15,2%), бывшие курильщики – 10 (17%), 40 (67,8%) – никогда не курили; гиподинамия – 23 (39%), 29 (49,1%) – умеренная физическая нагрузка, 7 (11,9%) – выше умеренной; у 21 (35,6%) пациента отягощена наследственность по ИБС, средний возраст окончания основного образования, как косвенный показатель социального уровня – 20,5 лет. Наличие в анамнезе заболеваний: АГ – у 52 (88,1%), дислипидемия – у 22 (37,2%), сахарный диабет тип 2 – 22 (37,2%), сахарный диабет тип 1 – 1 (1,7%). Кардиореабилитация проводилась 15 пациентам (25,4%). Средние показатели окружности талии: у мужчин – 99 см, у женщин – 92 см. Получаемые препараты: любые антитромбоцитарные – у 55 пациентов (93,2%), любые статины – 36 пациентов (61%), любые другие снижающие липиды препараты – у 1 пациента (1,7%), любые бетаблокаторы – у 35 человек (59,3%), любые блокаторы кальциевых каналов – у 18 (30,5%), любые другие антигипертензивные препараты получают 7 пациентов (11,9%), любые иАПФ – у 46 человек (78%), любые диуретики – у 27 человек (45,8%), блокаторы рецепторов ангиотензина получают 4 человека (6,8%), любые нитраты – у 34 человек (57,6%), любой инсулин используют 7 человек (11,9%), пероральные гипогликемические препараты употребляют 19 больных (32,2%).

**Выводы.** Наиболее частым вариантом ИБС, среди опрошенных пациентов, была стабильная стенокардия. Распространенными факторами риска были – гиподинамия, отягощенная наследственность, артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет тип 2. Окружность талии, как у мужчин, так и у женщин, превышала рекомендуемые показатели. Кардиореабилитация проводилась 25,4% пациентам. Наиболее распространенными группами лекарственных препаратов, принимаемых пациентами, оказались: антитромбоцитарные, статины, бетаблокаторы, иАПФ, диуретики, нитраты, пероральные гипогликемические.

Ю. О. Власова, Л. А. Терджанян  
**АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА В  
УСЛОВИЯХ ОСТРОГО ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ У  
БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и  
медицины катастроф,*

*Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Е. А. Ставский*

**Актуальность.** В ответ на действие любых раздражителей, угрожающих гомеостазу, происходит мобилизация неспецифических и специфических приспособительных реакций организма для обеспечения адаптации к действующему фактору. В качестве агента, вызывающего стресс, выступает острое токсическое наркотическое или алкогольное отравление, предъявля-

ющее к организму повышенные требования, нарушающее или потенциально угрожающее постоянству внутренней среды организма.

**Цель.** Изучить показатели лейкограммы у больных алкоголизмом и наркоманией в период острого токсического отравления и оценить возможность их применения для прогнозирования адаптационных возможностей организма в условиях острого токсического воздействия

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 106 больных реанимационного отделения МУЗ Городской больницы №1 г Прокопьевска Кемеровской обл., поступивших с симптомом острой интоксикации психоактивными веществами (50 наркозависимых мужчин и 56 алкогользависимых мужчин). При поступлении и в последующие сутки, утром за 2 часа до еды производили забор крови. Исследовали показатели лейкограммы общего анализа крови. При оценке лейкограмм, дополнительно вычисляли индекс Гаркави (ГК, гематологический индекс интоксикации, индекс адаптации по Л. Х. Гаркави), указывающий на степень функционального напряжения организма в условиях стресса различной этиологии.

**Результаты.** При анализе результатов лейкограммы более выраженная лимфопения была отмечена у больных первой группы, с острым токсическим алкогольным отравлением. ИГ у больных первой группы был более низким по сравнению со второй группой. Эти данные характерны для острого стресса. На выраженное стрессовое состояние у больных первой группы указывала и эозинофилопения. У пациентов 2 группы, с острым наркотическим токсикозом, показатели лимфоцитов, эозинофилов, моноцитов были достоверно выше, чем в 1-ой группе, а количество сегментоядерных было достоверно ниже. Это характерно для лиц с низкой тревогой, в результате нарушения их функциональных взаимоотношений на фоне эмоционального стресса. ИГ был значительно выше во 2 группе за счет того, что содержание лимфоцитов, эозинофилов и моноцитов было выше, чем в группе – 1.

**Заключение.** Установлено, что независимо от вещества вызвавшего интоксикацию и явившегося стрессирующим фактором, реакция периферической крови однотипна и выражается в повышении сегментоядерных лейкоцитов и в понижении лимфоцитов, что характерно для острого стресса низких адаптационных возможностей организма. Лимфопения и высокие показатели сегментоядерных нейтрофилов в периферической крови были более характерны у больных с острым наркотическим токсикозом.

У больных с острым алкогольным отравлением изменения лейкоцитарной формулы периферической крови свидетельствуют о высокой адаптационной устойчивости.

Полученные данные показали, что анализ лейкоцитарной формулы периферической крови применим в клинической практике для оценки адаптационных возможностей организма больных алкоголизмом и наркоманией в условиях острого токсического воздействия и позволяет определить тяжесть абстинентного синдрома и прогнозировать длительность нахождения больных в реанимационном отделении.

Ю.О.Власова, Л.А.Терджанян  
**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ  
ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И  
НАРКОМАНИЕЙ**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и  
медицины катастроф,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Е. А.Ставский*

**Актуальность.** Длительная интоксикация психоактивными веществами (ПАВ) сопровождается многочисленными системными нарушениями гомеостаза, поражением различных систем организма, в том числе поражением системы крови.

**Цель.** Исследовать динамику клинических и биохимических показателей периферической крови при острой интоксикации у больных алкоголизмом и наркоманией.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ развития острой интоксикации у 175 мужчин и женщин, в возрасте 18-49 лет, поступивших в отделение реанимации МУЗ Городская больница №1 г Прокопьевска Кемеровской обл., с симптомом интоксикации. Из обследованных 94 регулярно употребляли алкоголь и 81 –наркотические вещества опийной группы (опиаты, героин) в течение 3-6 лет. Среди алкогользависимых пациентов было 71 мужчин (87,7%) и 23 женщин(12,3%); среди наркозависимых 71 мужчин(75,6%) и 27 женщин (24,4%). Средний возраст лиц, употребляющих алкоголь, составил  $32,3 \pm 3,2$  лет; употреблявших наркотики  $24,2 \pm 2,7$  лет. Группу сравнения составляли 37 здоровые люди (средний возраст  $23,1 \pm 1,7$ ), проходившие обследование в рамках диспансерного наблюдения. Из них женщин – 16 чел., мужчины – 21 чел. Клинико-функциональное обследование больных проводили в 1-3 сутки нахождения в отделении реанимации в период острой интоксикации.

**Результаты.** В периферической крови у больных алкогользависимых и наркозависимых вне зависимости от пола выявлено достоверное увеличение ретикулоцитов. При анализе гендерных особенностей выявлено достоверно большее увеличение лейкоцитов у женщин, больных алкоголизмом и наркоманией, по сравнению с мужчинами, соответственно. Между наркозависимыми и алкогользависимыми женщинами, как и между наркозависимыми и алкогользависимыми мужчинами статистически значимых различий в повышении лейкоцитов не выявлено. У обследуемых лиц отмечали достоверное увеличение СОЭ. После купирования острого алкогольного и опийного абстинентного синдрома происходила коррекция параметров пе-

риферической крови, однако, без нормализации показателей СОЭ и лейкоцитов. Сравнительное изучение основных показателей, характеризующих состояние плазмы крови больных с острой алкогольной интоксикацией, показало, что в этой группе достоверно увеличилось содержание общего белка по сравнению с показателями контрольной группы, в группе наркозависимых произошло его достоверное уменьшение.

**Заключение.** Выявленные у больных снижение гемоглобина, увеличение количества лейкоцитов, повышение СОЭ сохраняются длительно и после выхода из абстинентного синдрома. В острой токсической фазе у больных алкоголизмом происходит увеличение содержания общего белка, у больных наркоманией количество общего белка уменьшается, что свидетельствует о различном химическом воздействии на организм больных, требующем различные подходы в лечении острого абстинентного синдрома (ОАС). Выявленные изменения параметров периферической крови и плазмы крови после купирования ОАС полностью не восстанавливаются вследствие хронического характера зависимости от ПАВ, формирующего гомеостаз на измененном, болезненном уровне.

Полученные данные подтверждают необходимость различного подхода в терапии алкоголизма и наркомании, а так же длительный характер лечения больных, имеющих зависимость от ПАВ.

Ю.Ю.Войтенко, Л.А.Обликова, А.М.Беляева\*,  
В.С.Головко

## **ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации  
педиатрического факультета,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.Ю. Зюбина*

**Актуальность.** В структуре профессиональной патологии в различных регионах России 1-2 место занимают профессиональные заболевания лёгких, среди которых лидирует профессиональная бронхиальная астма (ПБА). Тяжесть симптомов, поздняя диагностика и, как следствие, ранняя инвалидизация при ПБА существенно снижают качество жизни больных и требует детального анализа особенностей ее течения, возможно, позволившего улучшить ранее распознавание ПБА.

**Цель исследования.** Оценить особенности течения, диагностики современной ПБА в зависимости от характера производственных факторов.



**Материалы и методы исследования.** Нами было проанализирована 30 историй болезни больных ПБА, находившихся на плановом обследовании и лечении в городском профпатологическом центре ГБУЗ МКБ №2 НСО. Учитывался стаж работы, характер производственных факторов, клиника и течение заболевания, динамика утраты профессиональной трудоспособности. Среди обследованных преобладали женщины - 86,7%, средний возраст которых -  $57,3 \pm 5,2$  года, а мужчин -  $56,7 \pm 4,3$  лет. Стаж работы до постановки БА составлял в среднем  $13,7 \pm 11,2$  года. Согласно санитарно-гигиеническим характеристикам рабочего места пациентов, большинство (26 из 30) имели контакт с химическими факторами: органическими растворителями (бензин, этилацетат, ацетон, альдегиды, амины, ангидриды и др.), раздражающими веществами (щёлочи, кислоты, хлор, сероводород, окислы азота и др.), с ураном, сернокислым никелем, медью, свинцом - в 19 случаях, остальные - с лекарственными, дезинфицирующими, моющими средствами (1 группа). Четверо больных ПБА (2 группа) экспонированы с органическими веществами: древесиной, животными, хлопком, мучной и зерновой пылью.

**Результаты.** Срок от первых проявлений болезни до поставки непрофессиональной, преимущественно атопической БА (НБА) в 1 группе занял в среднем  $3,2 \pm 1,3$ , во 2ой -  $2,7 \pm 0,9$  года, а от НБА до ПБА еще  $2,6 \pm 1,6$ , во второй группе -  $2,1 \pm 0,9$  года, соответственно. Несмотря на диагностированную НБА и наличие проявлений сенсибилизации в виде аллергического дерматита и рецидивирующего отёка Квинке на некоторые пищевые и лекарственные аллергены у 26,9% больных 1 группы и 25% - 2ой, 69,2% и 75,0%, соответственно, продолжили работать в прежних условиях. Это способствовало прогрессированию, в связи с чем у 84% больных 1 группы и у 75% - 2ой ПБА диагностируется сразу в тяжелой и средней степени тяжести. При этом на момент диагностики ПБА в обеих группах (у 23 и 50% случаев), независимо от производственного фактора, определена эозинофилия крови до  $8,3 \pm 0,6\%$  и Ig E, что указывало на смешанный генез ПБА (химический и иммунный).

После диагностики ПБА все больные были признаны профессионально нетрудоспособными с возмещением утраты трудоспособности в 1 группе в среднем 29%, а в 30,8% случаев - инвалидизации, во 2ой второй - до 32,5% без признаков инвалидности. Представлены результаты динамического наблюдения за ПБА.

**Выводы.** 1. Выявлена не своевременная диагностика как НБА, так и ПБА, что обусловлено многими причинами, и объясняет преимущественно прогрессирующее течение ПБА. 2. Химическая ПБА протекает тяжелее аллергической. 3. Знание особенностей течения ПБА - залог ее ранней диагностики и оптимальной реабилитации.

С. Ф. Гончаренко, Е.А. Дармокрик  
**ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА  
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО  
СТАТУСА, СЕЗОНА ГОДА И СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ  
В КРОВИ**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. А. Усенко*

**Цель работы.** Среди больных артериальной гипертензией II ст. (АГ- II) с низкой приверженностью к антигипертензивной терапии (АГТ) определить группу риска нарушений ритма сердца в зависимости от темперамента, тревожности, содержания в сыворотке крови магния (Mg), кортизола, альдостерона и инсулина по месяцам года.

**Материал и методы.** С 2010 по 2013г обследовано 208 мужчин (50,4±0,4 лет), принимавших АГТ (БАБ или иАПФ + диуретик) по поводу гипертонической болезни II ст, 2 степени, риск 3 (ГБ-II) с высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем тревожности и преобладающим темпераментом: холерическим (Х), сангвиническим (С), флегматическим (Ф), меланхолическим (М). Группа контроля: здоровые мужчины (n=109). Группы сопоставимы по антропологическим показателям. Определяли уровень реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности, а также влияние симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отдела ВНС посредством определения вегетативного индекса Кердэ (ВИК) и исходного вегетативного тонуса. Нарушения сердечной деятельности фиксировали методом Холтеровского мониторирования. В сыворотке крови по месяцам года определяли содержание: кортизола, альдостерона, инсулина и магния. Учитывали динамику атмосферного давления (АтмР), температуру воздуха (Т°С)

**Результаты.** Величина РТ(ЛТ) достоверно снижалась в «темпераментальном» ряду: ВТ(НТ)-М >Ф> С> Х. У ВТ-лиц РТ(ЛТ) была выше, чем у НТ, а у ВТ(НТ)-пациентов выше, чем у здоровых ВТ(НТ)-лиц соответствующего темперамента. У Х и С превалировал тонус SNS, а у Ф и М – PSNS. Содержание кортизола и магния снижалось, а альдостерона и инсулина увеличивалось в последовательном «темпераментальном» ряду: ВТ(НТ)Х-С-Ф-М. У ВТ-лиц содержание кортизола, альдостерона было выше, а инсулина и магния ниже, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. Исследование показало, что величина АтмР достоверно снижалась, а Т°С повышалась от января к июлю, а далее наблюдалась обратная динамика. В этих меняющихся метеоусловиях от января к июлю активность SNS-отдела ВНС (по ВИК), а также содержание кортизола у Х и С снижались, а содержание инсулина, альдостерона и Mg возрастала. Это сочеталось со снижением соотношения правожелудочковых экстрасистол (ПЖЭ) к левожелудоч-

ковым (ЛЖЭ) от 4 : 1 до 2 : 1. С июля наблюдалась обратная динамика. И в ноябре-декабре соотношение ПЖЭ:ЛЖЭ было 4:1. У ВТ(НТ)Ф и М с января по июль отмечалось снижение содержания альдостерона и инсулина, и достоверное увеличение (хотя и более низкое, чем у Х и С) содержание кортизол и Mg. Соотношение частоты ПЖЭ:ЛЖЭ изменялось с 1:4 до 1: 2. В последующее время к ноябрю-декабрю соотношение приходило к исходному 1:4. У ВТ(НТ)Ф и М-пациентов, особенно высокотревожных, число лиц в группе с транзиторным острым нарушением ОНМК мозгового кровотока (Т-ОНМК) было выше, чем у ВТ(НТ)Х и С.

**Заключение.** У ВТ(НТ)Х и С-пациентов с переходом в летний сезон, наряду со снижением симпатикотонии (по ВИК) и содержания кортизола отмечается снижение риска правожелудочковой экстрасистолии. У ВТ(НТ)Ф и М в этих же условиях на фоне повышения содержания кортизола и снижения – альдостерона и инсулина отмечается снижение риска возникновения левожелудочковой экстрасистолии. Разделение группы АГ-больных по тревожности и темпераменту способствовало установлению особенностей экстрасистолии, более выраженной и опасной у ВТ/Ф и ВТ/М.

С. Ф. Гончаренко, Е.А. Дармокрик  
**НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ, СОДЕРЖАНИЯ  
МАГНИЯ И ГОРМОНОВ В КРОВИ**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Г. А.Усенко*

**Цель работы.** среди больных артериальной гипертензией II ст. (АГ- II) с низкой приверженностью к антигипертензивной терапии (АГТ) определить группу риска нарушений ритма сердца в зависимости от темперамента, тревожности и содержания магния, кортизола, альдостерона и инсулина в сыроворотке крови.

**Материал и методы.** С 2010 по 2013г обследовано 208 мужчин (50,4±0,4 лет), принимавших АГТ (БАБ или иАПФ + диуретик) по поводу гипертонической болезни II ст, 2 степени, риск 3 (ГБ-II) с высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем тревожности и превалирующим темпераментом: холерическим (Х), сангвиническим (С), флегматическим (Ф), меланхолическим (М). Группа контроля: здоровые мужчины (n=109). Группы сопоставимы по антропологическим показателям. Определяли уровень реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности, а также влияние симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отдела ВНС посредством определения вегетативного ин-

декса Кердэ (ВИК) и исходного вегетативного тонуса. Нарушения сердечной деятельности фиксировали методом Холтеровского мониторирования. В сыворотке крови определяли содержание: кортизола, альдостерона, инсулина и магния.

**Результаты.** Величина РТ(ЛТ) достоверно снижалась в «темпераментальном» ряду: ВТ(НТ)-М >Ф> С> Х. У ВТ-лиц РТ(ЛТ) была выше, чем у НТ, а у ВТ(НТ)-пациентов выше, чем у здоровых ВТ(НТ)-лиц соответствующего темперамента. У Х и С превалировал тонус SNS, а у Ф и М – PSNS. Содержание кортизола и магния снижалось, а альдостерона и инсулина увеличивалось в последовательном «темпераментальном» ряду: ВТ(НТ)Х-С-Ф-М. У ВТ-лиц содержание кортизола, альдостерона было выше, а инсулина и магния ниже, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. Исследование показало, что частота нарушения ритма сердца в виде право (ПЖЭ) и левожелудочковых (ЛЖЭ) между симпатотониками Х и С и парасимпатотониками Ф и М было практически одинаковым. Но различие в том, что у Х и С превалировала частота ПЖЭ, а у Ф и М – ЛЖЭ. В дневное время соотношение ПЖЭ:ЛЖЭ у Х и С было 5 : 1, а ночью 2 : 1. У Ф и М соотношение ПЖЭ :ЛЖЭ днем 1 : 2, а ночью 1 : 4. т.е. у последних в период повышения тонуса п. vagus частота ЛЖЭ возрастала. У ВТ-пациентов количество экстрасистол было выше, чем у НТ соответствующего темперамента, а у ВТ(НТ)-здоровых существенно ниже, чем у больных. У ВТ(НТ) Ф и М-пациентов число лиц в группе с транзиторным острым нарушением ОНМК мозгового кровотока (Т-ОНМК) было выше, чем у ВТ(НТ)Х и С.

**Заключение.** В отличие от ВТ(НТ)Х и С-пациентов с превалированием SNS-тонуса, у ВТ(НТ)Ф и М с превалированием PSNS отдела ВНС и более высоким содержанием альдостерона и инсулина в крови, уязвимость сердца к возникновению левожелудочковой экстрасистолии и склонность к Т-ОНМК оказалась выше, особенно у ВТ, что и детерминирует ВТ/Ф и ВТ/М как группу высокого риска более тяжелого течения ГБ-II.

В.Е. Гнатюк\*

## **ВЛИЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ НА ВЕЛИЧИНУ ИНТЕРВАЛА QT**

*Кафедра эндокринологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.А. Королева*

**Актуальность проблемы.** Удлинение интервала QT является фактором повышенного риска фибрилляции желудочков и внезапной смерти у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По данным популяционных исследований удлинение интервала QT в три раза повышает риск смерти также среди больных с сахарным диабетом. Кардиоваскулярная форма автономной

нейропатии рассматривается как один из факторов, влияющих на изменение интервала QT при сахарном диабете.

**Цель исследования.** Оценка изменения интервала QT и QTc у пациентов с СД 2 типа в зависимости от наличия кардиоваскулярной формы автономной нейропатии.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 60 больных с СД 2 типа, 46 женщин и 14 мужчин, в возрасте от 36 до 80 лет, средний возраст  $57 \pm 11$  лет. Средний уровень гликированного гемоглобина составил  $11 \pm 2\%$ . Средний уровень общего холестерина  $6 \pm 3$  ммоль/л. Средний уровень триглицеридов  $3 \pm 1,8$  ммоль/л. В зависимости от наличия кардиоваскулярной формы диабетической автономной нейропатии (ДАН) больные были разделены на 2 группы: ДАН (+) с наличием кардиоваскулярной формы автономной нейропатии ( $n=30$ , 20 ж/10 м); ДАН (-) без кардиоваскулярной формы автономной нейропатии ( $n=30$ , 26 ж/4 м). Диагноз ДАН устанавливался на основании проведенных общеклинических обследований, стандартных автономных тестов (проба Вальсальвы, проба с глубоким дыханием). При записи ЭКГ оценивался интервал QT, QTc рассчитывался по формуле Фредерика ( $QTc = QT/\sqrt{R-R}$ ). Статистическая обработка осуществлялась с использованием программ Microsoft Office Excel и Биостатистика.

**Результаты.** Больные групп ДАН (+) и ДАН (-) не отличались по возрасту ( $56 \pm 11$  лет и  $58 \pm 10$  лет соответственно,  $p=0,47$ ). Частота приема препаратов, влияющих на длительность интервала QT (индапамид, б-блокаторы), не имела статистической разницы в исследуемых группах. Частота встречаемости различных осложнений сахарного диабета была сходна в ДАН (+) и ДАН (-) и составила: ретинопатия в обеих группах 30% ( $p=1,0$ ), диабетическая полинейропатия 56% и 53% соответственно ( $p=1,0$ ), диабетическая нефропатия 16% и 13% соответственно ( $p=1,0$ ). Так же не отмечено различий по частоте встречаемости ИБС в исследуемых группах (ДАН + 16%, ДАН - 20%,  $p=1,0$ ). При анализе ЭКГ средняя ЧСС в группах ДАН (+) и ДАН (-) составила  $76 \pm 4$  и  $76 \pm 13$  ударов в минуту соответственно. Средние значения QT в ДАН (+) и ДАН (-) составили  $0,34 \pm 0,03$  и  $0,33 \pm 0,02$  соответственно. Частота встречаемости удлинения QTc  $>0,40$  сек в ДАН (+) была значительно выше по сравнению с ДАН (-) (16 и 7 человек соответственно,  $p=0,03$ ). В ДАН (-) увеличение интервала QTc было ассоциировано с женским полом, возрастом и ИБС (у 4 человек). При анализе дисперсии QT (QTmax-QTmin) отмечена тенденция к увеличению дисперсии в ДАН (+) по сравнению с ДАН (-) ( $0,00093 \pm 0,03$  vs  $0,00052 \pm 0,02$ ,  $p=0,95$ ) хотя различия не имели статистической значимости. При анализе зависимости величины QTc от принимаемых лекарственных препаратов выявлено достоверное различие в ДАН (-), у больных принимающих индапамид значения QTc были достоверно ниже. Других взаимосвязей не было отмечено.

**Вывод.** Проведенный анализ выявил ассоциацию изменения длительности интервала QTc с кардиоваскулярной формой диабетической автономной нейропатии, что может свидетельствовать о влиянии вегетативного дисбаланса на удлинение QTc.

Н.В. Дмитриенко\*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ ДИАМОБИЛЯ

*Кафедра эндокринологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент О.Ю. Шабельникова*

Сахарный диабет (СД) представляет серьезную медико-социальную проблему современного здравоохранения. Важную роль в компенсации заболевания и профилактике осложнений имеет обучение больных. Существуют разные формы обучения: стационарная, амбулаторная, форма дневного стационара, выездная.

**Цель исследования.** Оценить эффективность обучения больных СД 2 типа, проживающих в отдаленных районах Новосибирской области во время работы Диамобиля.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе передвижного лечебно-профилактического модуля (Диамобиля) в Новосибирском сельском районе. Проведено однодневное обучение 146 больных СД 2 типа, 32 (21,9%) мужчины и 114 (78,1%) женщин. Средний возраст составил  $59,8 \pm 7,9$  лет, средняя длительность заболевания  $8,5 \pm 6,7$  лет. Средний уровень HbA<sub>1c</sub>  $8,3 \pm 1,9\%$ . Всем пациентам было предложено заполнить опросник для оценки уровня знаний больных о своем заболевании (разработанный в соответствии с рекомендациями ВОЗ сотрудниками Эндокринологического научного центра РАМН), который состоял из 20 вопросов. Опросник пациенты заполняли дважды, до проведения «школы диабета» и повторно, после окончания обучения. Уровень знаний считался хорошим при количестве правильных ответов - 80-100%, удовлетворительным - 50-80% правильных ответов, неудовлетворительным - менее 50% правильных ответов. Обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel, BIostat.

**Результаты исследования.** При первичном анкетировании только 23 (15,7%) пациента имели хороший уровень знаний о своем заболевании, 94 (64,5%) показали удовлетворительные результаты и 29 (19,8%) пациентов – неудовлетворительные результаты. При повторном анкетировании количество больных, показавших хороший уровень знаний, увеличилось до 48 (32,9%) пациентов, удовлетворительные знания показали 90 (61,6%) пациентов, неудовлетворительные 8 (5,5%) пациентов.

При анализе клинических данных пациентов которые после обучение имели неудовлетворительный уровень знаний о заболевании было установлено, что они были старше (средний возраст  $65,4 \pm 7,3$  лет), 37,5% обследованных имели осложнения со стороны органов зрения (2 пациента с непролиферативной ретинопатией, 1 с пролиферативной ретинопатией) и 25% сопутствующую патологию (дисциркуляторная энцефалопатия) и не разли-

чались по степени компенсации углеводного обмена и длительности СД по сравнению с общей группой.

**Выводы.** Выявлена эффективность работы выездной школы. Количество больных с хорошим уровнем знаний о заболевании увеличилось в 2 раза. На эффективность обучения влиял возраст больных СД 2 типа, наличие тяжелых осложнений и сопутствующей патологии.

Ю.В. Долгушина

## **КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЭРИТРЕМИЕЙ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ,  
кафедра патологической анатомии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: профессор Поспелова Т.И.,  
профессор Агеева Т.А.*

**Актуальность.** В клинической картине эритремии преобладают синдромы, связанные с гипервязкостью и увеличенным количеством циркулирующих эритроцитов. Изменение реологических свойств крови, замедление капиллярного кровотока, повышение периферического сопротивления сосудов у больных эритремией обуславливают нарушение микроциркуляции и развитие системной гипоксии тканей. Акцент изучения проблемы приходится на прогрессию опухолевого заболевания, в то время как клинико-морфологическим поражениям висцеральных органов уделяется недостаточно внимания.

**Цель исследования:** дать клиническую, эндоскопическую и морфологическую оценку состояния желудка у больных эритремией.

**Материалы и методы:** обследовано 112 больных эритремией. Средний возраст пациентов составил 57, 9 лет (от 28 до 80 лет). Женщин было 54 (48,2%), мужчин – 58 (51,8%). У 19 пациентов диагностирована I стадия заболевания (17,0%), у 81 больного - II А (72,3%), у 8 человек - II Б (8,9%) и III стадия - у 2 пациентов (1,8%). У 91 пациента (81,3%) проведено обзорное эндоскопическое исследование дистальных отделов желудочно-кишечного тракта с выполнением биопсии антрального отдела желудка у 57 обследуемых (64%).

**Результаты.** При оценке гастроэнтерологических жалоб установлено, что дискомфорт в эпигастрии отмечали 23 человека (25,3%), тяжесть и боли - 15 (16,6%). Эндоскопическое исследование выявило макроскопические изменения слизистой оболочки желудка у 85 пациентов (95,5 %): преобладали эрозивные поражения желудка - 42 пациента (47,2%), язва желудка обнаружена у 6 обследуемых (6,7%), язва двенадцатиперстной киш-



ки - у 4 (4,5%), суб- и атрофические изменения в слизистой оболочке желудка отмечены у 35 больных (39,3%), проявления эзофагита имели 28 пациентов (31,5%). Микроскопическая картина слизистой оболочки антрального отдела желудка характеризовалась расширением диаметра капилляров, множественными сладжами эритроцитов, в части сосудов были микротромбы, имели место множественные участки микроизъязвлений поверхности. При этом в собственной пластинке слизистой оболочки отмечена лишь минимальная или умеренно выраженная воспалительная инфильтрация из лимфоцитов, плазматических клеток и макрофагов. В воспалительном инфильтрате отсутствовали нейтрофилы, что свидетельствует о невоспалительной природе язвенно-эрозивных дефектов. При морфометрической оценке сосудов слизистой оболочки антрального отдела желудка в группе пациентов со стажем заболевания менее 5 лет доля сосудов с неизменной стенкой составила 41%, сосуды с диапедезным пропитыванием - 41,5%, кровоизлияния в стенку имели 18% сосудов. При сроке заболевания более 5 лет доля неповрежденных сосудов снизилась до 30,5%, диапедезное пропитывание сосудистой стенки с очаговыми кровоизлияниями отмечено у 42,6% сосудов, а 26,7% сосудов имели очаговые некрозы сосудистой стенки.

**Выводы.** Поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются у большинства пациентов с эритремией (95,5%). С высокой частотой преобладают язвенно-эрозивные дефекты слизистой оболочки, при этом у большинства больных отмечено малосимптомное течение гастральной патологии при выраженных макро-микроскопических проявлениях. В патогенезе данных поражений играют роль сгущение крови, с развитием в частности стаза крови на уровне микроциркуляторного русла слизистой оболочки желудка, микротромбов сосудов вследствие нарушения гемостаза циркулирующими в плазме агрегатами тромбоцитов, что приводит к нарушению кровотока и трофики слизистой оболочки. Выявленные особенности поражений слизистой оболочки желудка требуют индивидуального подхода в лечении основного заболевания и сопутствующей висцеральной патологии.

Ч.Г. Донгак\*

## **ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

*Кафедра преподавания внутренних болезней лечебного факультета,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Е.А. Жук*

**Цель** - изучить распространенность факторов риска у больных с гипертонической болезнью.

У 30 больных с диагнозом гипертоническая болезнь изучали факторы риска артериальной гипертензии. Возраст обследованных  $73,1 \pm 9,8$  года; мужчин 57%, женщин 43%. Продолжительность гипертонической болезни составила  $22,8 \pm 5,9$  года. Систолическое артериальное давление у обследованных больных было в среднем  $181,9 \pm 19,6$  мм рт. ст., диастолическое артериальное давление - в среднем  $105,8 \pm 15,6$  мм рт. ст. У всех больных методом опроса изучали возраст манифестации артериальной гипертензии, максимальные показатели артериального давления, наличие вредной привычки курения, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний; анализировали результаты измерения артериального давления и антропометрических исследований: рост, масса тела, окружность талии; изучали лабораторные показатели липидограммы, глюкозы плазмы натощак. Статистическую обработку проводили в программе Microsoft Excel. Рассчитывали средние значения (М) и стандартное среднеквадратичное отклонение (SD), результаты представляли в виде  $M \pm SD$ .

**Результаты.** Повышенное пульсовое давление выявлено у 50% больных, в том числе у 16,6% мужчин и 76,9% женщин. Немодифицируемый фактор риска возраст (мужчины более 55 лет, женщины более 65 лет) выявлялся у 90% больных. Его встречаемость среди мужчин составила 100%, среди женщин 76,9%. Избыточная окружность талии выявлена у 28 человек (93,3%), из них у мужчин 88,2%, у женщин 100%. У 80% больных выявлен повышенный уровень общего холестерина, у 53,3% увеличен уровень липопротеидов низкой плотности, у всех больных снижен уровень липопротеидов высокой плотности, у 43,3% больных повышено содержание триглицеридов. Уровень базальной гипергликемии выявлен у 16,5% больных. Факторы риска артериальной гипертензии имели разную структуру у мужчин и женщин. У мужчин преобладали такие факторы риска, как семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (100%), дислипидемия (94,3%), избыточная окружность талии (88,2%); у женщин преобладали увеличенная окружность талии (100%), дислипидемия (92,3%), высокое пульсовое давление (76,9%). Наличие разных факторов риска у больных колебалось от 1 до 8, составив в среднем  $4,2 \pm 1,9$ .

Таким образом, 83,3% больных гипертонической болезнью имели 3 и более факторов риска артериальной гипертензии, среди которых наиболее часто встречались избыточная окружность талии (93,3% больных), дислипидемия (90,3%), ранний семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (90%). У мужчин преобладали такие факторы риска, как семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (100%), дислипидемия (94,3%), избыточная окружность талии (88,2%); у женщин доминировали избыточная окружность талии (100%), дислипидемия (92,3%), высокое пульсовое артериальное давление (76,9%).

А.Б. Дымбрылова, Т.Е. Коновалова  
**ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У  
ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Кафедра эндокринологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е.В. Зенкова*

**Актуальность.** Основную проблему диабетологии представляют поздние осложнения сахарного диабета. Одним из таких осложнений является диабетическая энцефалопатия, приводящая к снижению когнитивных функций и ухудшающая качество жизни пациентов.

**Материалы и методы.** Обследовано 40 пациентов, госпитализированных в ГНОКБ в 2012 году. Среди них с СД 1 типа - 20 больных (средний возраст  $24,8 \pm 4,7$  лет, длительность СД  $10 \pm 5,6$  лет) и с СД 2 типа - 20 больных (средний возраст  $61,9 \pm 5,9$  лет, длительность СД  $10 \pm 5,4$  лет). Проводилась оценка когнитивных функций с использованием "Монреальской шкалы оценки когнитивных функций". А так же оценка качества жизни пациентов с СД с помощью теста EQ5D. Для оценки степени здоровья пациента использовалась "шкала собственной оценки здоровья по 100 бальной системе".

**Результаты.** Нарушения зрительно-конструктивных навыков при СД 1 типа выявлены в 70 % случаев (у 14 человек). Эти же нарушения встречались и у пациентов с СД 2 типа, но лишь в 30% (6 пациентов). Нарушения кратковременной памяти чаще встречались у пациентов с СД 2 типа – у 60% (12 человек), тогда как в группе пациентов с СД 1 типа частота встречаемости составила 30% (6 человек). С заданием на отсроченное воспроизведение не справились с одинаковой частотой обе группы – по 80% обследованных. Нарушения абстракции были выявлены у обеих групп (по 9 человек в каждой группе (45%)). Таким образом, у пациентов с СД 1 типа: у 50 % выявлены умеренные когнитивные нарушения, у 50 % - деменция легкой степени выраженности, тяжелых нарушений когнитивных функций не зарегистрировано. При СД 2 типа: у 30 % - выявлена деменция легкой степени выраженности, у 50 % – умеренной степени выраженности и у 20% - тяжелая деменция.

При анализе опросника EQ5D у пациентов с СД 2 типа выявлено значительное снижение качества жизни: у 60% пациентов - затруднения в повседневной деятельности, 55% - испытывали некоторые трудности при ходьбе, 60% пациентов испытывали тревожно-депрессивные состояния. В группе пациентов с СД 1 типа оценка качества жизни показала, что лишь 40% пребывали в умеренном тревожно-депрессивном состоянии, 25% испытывали затруднения в повседневной деятельности и 1 пациент - испытывал некоторые трудности при ходьбе.

При заполнении "шкалы собственной оценки здоровья по 100 бальной системе" пациенты с СД 1 типа в большинстве случаев оценили степень сво-

его здоровья на 80-90% (13 человек), и на 60-70% - 7 человек. В группе с СД 2 типа таких высоких показателей не было, 17 человек оценили степень своего здоровья на 30-60%.

**Выводы.** Таким образом, у пациентов, страдающих СД, выявлено снижение когнитивных функций и качества жизни. При СД 1 типа чаще это умеренные когнитивные нарушения, качество жизни страдает в меньшей степени. При СД 2 типа выявлены тяжелые изменения когнитивных функций в виде деменции умеренной и тяжелой степени выраженности. А также качество жизни этой группы обследованных страдает гораздо сильнее, что подтверждено их собственной низкой оценкой своего состояния.

О.А. Загорулько, М.В. Марченко  
**РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ:  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НОЧНОЙ  
ГЕМОГЛОБИНУРИИ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.С. Лямкина*

**Актуальность:** пароксизмальная ночная гемоглобинурия (ПНГ) – редко встречающееся приобретенное заболевание, обусловленное мутацией генов клеточной мембраны, которая приводит к снижению устойчивости мембран клеток крови к комплемент-зависимому лизису. ПНГ часто скрывается под маской апластической анемии или миелодиспластического синдрома. В настоящее время существует специфический метод диагностики, позволяющий выявить наличие клона ПНГ и верифицировать диагноз.

**Цель исследования:** описать клинический случай больной пароксизмальной ночной гемоглобинурией.

Больная К., 32 лет, наблюдается в городском гематологическом центре г. Новосибирска с 2003 года с диагнозом – миелодиспластический синдром, рефрактерная анемия, гипопластический вариант. Диагноз установлен в августе 2003 года на основании исследования гемограммы, гистологического исследования трепанобиоптата костного мозга (КМ).

Получала иммуносупрессивную терапию Циклоспорином А по 300 мг в сутки с незначительным эффектом (уменьшение степени тяжести анемического синдрома). Терапия Циклоспорином А была приостановлена. Ухудшение состояния отмечено с марта 2005 г. в виде прогрессирующей слабости, явлений язвенно-некротического стоматита, кожно-геморрагического синдрома. В гемограмме выявлена панцитопения (эритроциты - 1,8 млн. в 1 мкл, гемоглобин - 52 г/л, лейкоциты - 1,5 тыс. в 1 мкл, тромбоциты - 33 тыс. в 1 мкл), в связи с чем была возобновлена иммуносупрессивная терапия, однако значительного эффекта от терапии не получено.

Учитывая прогрессирование заболевания, в июне 2006 года проведена спленэктомия. Диагноз был пересмотрен в пользу апластической анемии, продолжена терапия Циклоспорином А 300 мг/сутки. В течение всего времени сохранялся высокий уровень ЛДГ (1149 – 717 Ед/л при норме до 240 Ед/л), в динамике показатели гемограммы нормализовались.

В феврале 2007 года дебютировала гемолитическая анемия, осложненная острой почечной недостаточностью. В дальнейшем - многократные эпизоды внутрисосудистого гемолиза. В декабре 2007 г. при повторном обследовании подтвержден диагноз апластической анемии, однако, методом цитофлюориметрического исследования выявлен большой клон ПНГ (гранулоциты 56,5%, эритроциты 35,9%). Состояние пациентки осложнялось гемосидеринурией, повышением уровня ЛДГ (1692 Ед/л), трансфузионной зависимостью, маточными кровотечениями, синдромом вторичной перегрузки железом (уровень сывороточного ферритина 1495 мкг/л). В дальнейшем, в динамике наблюдения отмечено прогрессирование аплазии кроветворения, панцитопения и нарастание явлений острого внутрисосудистого гемолиза. В настоящее время сохраняется большой клон ПНГ (гранулоциты – 40,8%, эритроциты – 24,6%). При цитогенетическом исследовании костного мозга выявлен патологический клон (трисомия 8 хромосомы).

**Выводы:** таким образом, у пациентки имеются признаки трех гематологических синдромов, связанных с ПНГ: миелодиспластический синдром, апластическая анемия, гемолитическая анемия с острым внутрисосудистым гемолизом. Данный клинический случай демонстрирует сложности диагностики и классическое течение пароксизмальной ночной гемоглобинурии. Пациентке показана современная таргетная терапия препаратом экулизумаб (Солирисом) – гликозилированным моноклональным антителом - каппа-иммуноглобулином (IgG2/4k), который связывается с белком C5 комплемента человека и подавляет активацию комплемент-опосредованного лизиса клеток.

М.А.Зуева\*, К.П. Коршунова, О.В.Васильева  
**СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации  
педиатрического факультета,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.Ю.Зюбина*

**Актуальность.** В последние десятилетия распространенность метаболического синдрома (МС) в РФ составляет 23,7% и имеет тенденцию к росту. МС определяет высокий риск фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых катастроф (ССК), одним из предикторов которых является на-

рушение функции почек. В связи с этим ранняя диагностика структурно-функциональных изменений почек (СФИП) приобретает важное значение для их ранней профилактики.

**Цель исследования.** Оценить структурные и функциональные особенности почек у лиц с МС.

**Материалы и методы исследования.** Оценка СФ состояния почек проведена по 96 историям болезни пациентов с МС (наличие андроида типа ожирения, гипертонической болезни - ГБ, сахарного диабета - СД или нарушенной толерантности к глюкозе-НТГ, нарушения холестерина-липидного обмена - НХЛО), госпитализированных по поводу ГБ, ИБС, СД или других заболеваний. Контролем явились 14 человек с ГБ, но без других присущих МС признаков. Определялась зависимость поражения почек от возраста, индекса массы тела (ИМТ), уровня АГ и показателей ХЛО. В связи с этим больные разделены на следующие возрастные группы: до 50 лет (1 группа), 51- 60 лет (зрелый возраст – 2 группа), 61-75 (пожилой – 3 группа) и 76-90 (геронты – 4 группа), средний возраст составил  $66,4 \pm 19,7$  лет. По ИМТ выделены: 30-40 (ожирение 1-2 ст.), 41 и более (выраженное). Учитывались результаты лабораторных (ОАМ, мочевины, креатинина крови, скорость клубочковой фильтрации – СКФ, ОХ, ЛПВ-НП и ТГ) и визуальных исследований (УЗИ почек). По уровню СКФ оценивалась стадия хронической болезни почек (ХБП).

**Результаты исследования.** Из всех обследованных у 47,9% определен полный МС со всеми четырьмя признаками (ГБ и НХЛО - в 100%, СД - в 31,2% и НТГ в 16,7% случаев), у остальных – неполный с тремя признаками (ожирение, ГБ и НХЛО - в 100%,). Структурные и/или функциональные изменения почек свойственны всем больным с полным типом МС, независимо от возраста и пола, в виде гипертонической и гипергликемической нефропатии и хронического пиелонефрита. Уровень СКФ свидетельствовал о наличии ХБП от С1 до С4. При этом для 83,3% лиц до 50 лет с преобладанием тяжелой и крайне тяжелой степени ожирения и значительным НХЛО характерна ХБП С1 и с преимущественной гиперфильтрацией (более 164 мл/мин), тогда как у остальных пациентов этой возрастной группы – ХБП до С3б стадия. У больных 2 возрастной группы, несмотря на то, что преобладал неполный вариант МС (у 81,8%), чаще диагностирована ХБП в С2 стадии (у 63,6%), у 9,0% - С3б, а у остальных - С1 с гиперфильтрацией до  $134,5 \pm 21,9$  мл/мин. В этой группе НХЛО отмечено в 100% случаев с высоким уровнем ОХ, ЛПНП и ТГ. В 3-4 возрастных группах, наряду с менее выраженными НХЛО (в 100% случаев), углеводного обмена (у 57,9% и 50% СД или НТГ) и ИМТ (до 40), увеличивается число больных с ХБП С3а-С3б (у 66 и 0%) и С4 (0 и 25%).

**Выводы.** Проведенные исследования свидетельствуют о прямой зависимости структурно-функционального состояния почек от всех модифицированных и немодифицированных составляющих МС, что требует раннего вмешательства для коррекции модифицированных факторов (веса, ХЛО, АГ, УО, раннее исследование мочи на микроальбуминурию).

Ю.С. Иванова, Х.Ф. Устинова, Ю.Ю. Кулябин  
**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ  
ВОЗРАСТА**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор С.В. Третьяков*

**Цель исследования:** изучить особенности мышления у больных артериальной гипертонией в зависимости от возрастного фактора.

**Материал исследования.** Обследовано 37 больных с артериальной гипертонией (АГ) третьей стадии, риском 3. В зависимости от возраста больные были разделены на группы: первую составили лица среднего возраста (10 человек, средний возраст  $52,6 \pm 3,4$  года); вторую – лица пожилого возраста (11 человек, средний возраст  $68 \pm 4,6$  года); третью – лица старческого возраста (16 человек, средний возраст  $77,8 \pm 3,6$  года).

**Методы исследования.** С целью изучения особенностей мышления были использованы методики: «комбинаторные способности», «количественные отношения», «исключение понятий», «выявление общих понятий».

**Результат исследования.** Изучение особенностей логического мышления в методике «комбинаторные способности» в зависимости от возраста показало, что во второй группе, по сравнению с первой отмечается уменьшение количества правильно составленных слов в 1,7 раза ( $p < 0,05$ ) и полученных баллов на 22,4% ( $p < 0,05$ ), в группе старческого возраста, в сравнении с пожилыми, соответственно на 23% ( $p < 0,05$ ) и 9,9%. В методике «количественные отношения» в группе лиц пожилого возраста, по сравнению с группой лиц среднего возраста количество правильных ответов было ниже на 22,4% ( $p < 0,05$ ), в группе лиц старческого, по сравнению с пожилыми, на 9,9%.

Изучение способностей к обобщению, анализу, классификации в методике «выявление общих понятий» в зависимости от возраста показало, что в группе больных пожилого возраста, по сравнению с группой лиц среднего возраста отмечается уменьшение количества правильных ответов на 25% ( $p < 0,05$ ) и полученных баллов на 31,1% ( $p < 0,05$ ), в группе старческого возраста, в сравнении с пожилыми, соответственно в 1,47 ( $p < 0,05$ ) и 1,88 раза ( $p < 0,05$ ).

Изучение понимания смысла слов и логических отношений между понятиями в методике «анalogии» между группами не выявило достоверных различий.

**Выводы.** Полученные данные демонстрируют ухудшение мышления у больных артериальной гипертонией с возрастом и подчеркивают необходимость профилактики этих нарушений и учета в программах реабилитации.



А.С. Капранов, Т.А. Колесникова, А. Г. Усенко\*,  
Т. Ю. Козырева\*, Н. П. Величко\*, О. В. Нищета\*,  
Д.Л. Колодин\*

## **СОДЕРЖАНИЕ КОРТИЗОЛА И АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА, ТРЕВОЖНОСТИ И ВАРИАНТА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и  
медицины катастроф*

*Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор, Г.А.Усенко*

**Цель работы** - оценка эффективности антигипертензивной терапии (АГТ) основанной (Ц-АГТ) и не основанной (эмпирической -»Э-АГТ») на коррекции вегетативного дисбаланса у пациентов с холерическим (Х) и сангвиническим (С) темпераментом, а также активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) у пациентов флегматиков (Ф) и меланхоликов (М).

**Материал и методы.** Исследовали мужчин (средний возраст  $54,2 \pm 1,8$ ): 447 здоровых и 824, страдающих АГ-II (ГБ-II) в течение  $11,6 \pm 1,4$  лет, с превалированием Х, С, Ф и М темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Депрессивность лёгкой степени обнаружена только у высокотревожных флегматиков и меланхоликов. У холериков и сангвиников превалировал симпатический (SNS), а у флегматиков и меланхоликов - парасимпатический (PSNS) отдел ВНС. У холериков и сангвиников содержание кортизола было выше, а альдостерона и инсулина ниже, чем у флегматиков и меланхоликов. Это расценили как превалирование SNS-тонии и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС, по кортизолу) у первых, и РААС (по альдостерону) в сочетании с PSNS-тонией - у вторых. В этой связи в течение 18 месяцев лица *основной группы* Х и С получали  $\beta$  - адреноблокаторы (БАБ)+диуретик (Д)+анксиолитик (Ах) (сибазон), а Ф и М ингибиторы АПФ+диуретик+антидепрессант (Ад) (коаксил) (Ц-АГТ). НТ-пациенты получали такие же препараты в минимальной суточной терапевтической дозе без Ах и Ад. Лица *группы сравнения* ВТ(НТ)Х и С получали иАПФ+Д, вместо более показанных БАБ, а Ф и М – БАБ+Д, вместо иАПФ (Э-АГТ). В исследовании учитывали минутный объем кровотока и общее периферическое сосудистое сопротивление с использованием аппарата 6-нэг.

**Результаты.** Лечение с применением Ц-АГТ сочеталась с более ранним (на 6 месяцев) и более выраженным приближением содержания кортизола, альдостерона и инсулина к таковым у здоровых ВТ(НТ)-лиц соответствующего темперамента, по сравнению с такими же группами больных, но при-

нимавших лечение по варианту эмпирической АГТ, при которой не купировалась симпатикотония у Х и С-пациентов, и превалирующая активность РААС у флегматиков и меланхоликов.

**Выводы:** антигипертензивная терапия, направленная на купирование симпатикотонии у пациентов холериков и сангвиников, а также РААС (по альдостерону) у пациентов флегматиков и меланхоликов приводила к выравниванию значений изучаемых показателей с таковыми у здоровых ВТ(НТ)-лиц соответствующего темперамента.

А.С. Капранов, Т. В. Колесникова, А. Г. Усенко\*,  
Т. В. Козырева\*, Н. П. Величко\*, О. В. Нищета\*,  
Д. Л. Колодин

**УРОВЕНЬ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ НА ФОНЕ  
ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ТЕРАПИИ**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и  
медицины катастроф  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Г. А. Усенко*

**Цель работы:** установить содержание оксида азота (NO) в сыворотке крови и его взаимосвязь с минутным объемом крови (МОК) и общим периферическим сосудистым сопротивлением (ОПСС) у высоко-(ВТ) и низкотревожных (НТ) больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ-II) мужчин с различными темпераментом в условиях целенаправленной на купирование симпатикотонии или РААС антигипертензивной терапии (Ц-АГТ).

**Материал и методы:** в период с 2008 по 2013г у здоровых (n =330) и больных АГ-II (n=353) мужчин (средний возраст 54,2±1,8 года) определяли превалирующий темперамент: холерический (Х), сангвинический (С), флегматический (Ф) и меланхолический (М), баланс отделов вегетативной нервной системы (ВНС) - симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS), минутный объем кровотока (МОК), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) на аппарате 6-НЭГ, а также содержание в сыворотке крови кортизола и альдостерона. Для измерения концентрации NO в сыворотке периферической крови использовали метод определения стабильных метаболитов: нитритов и нитратов в модификации R. M. Miranda et al., (2001).

**Результаты.** Установлено, что у Х и С содержание NO на фоне SNS-тонии ниже, чем у Ф и М на фоне активности РААС (альдостерон) и PSNS. У

Х и С содержание NO ниже, а у Ф и М – выше, чем у здоровых ВТ(НТ)-лиц соответствующего темперамента. В условиях симпатикотонии у Х и С МОК выше, а ОПСС ниже, чем у Ф и М. В отличие от эмпирической АГТ, в условиях Ц-АГТ через 18 месяцев лечения отмечено достоверное приближение величин изучаемых показателей к таковым у здоровых ВТ(НТ)-лиц соответствующего темперамента и снижение доли лиц с осложнениями в 2-3 раза, по сравнению эмпирической АГТ.

**Выводы:** 1. Содержание оксида азота зависит от активности отделов ВНС и РААС: у симпатотоников (пациентов холериков и сангвиников) с превалированием ГГНС (кортизол) над РААС (альдостерон) оно ниже, чем у лиц с парасимпатотоников в сочетании с превалированием активности РААС над ГГНС (пациенты флегматики и меланхолики).

2. У пациентов холериков и сангвиников содержание оксида азота ниже, а у пациентов флегматиков и меланхоликов – выше, чем у здоровых ВТ(НТ)-лиц соответствующего темперамента.

3. Купирование симпатикотонии (у больных холериков и сангвиников) или РААС (у больных флегматиков и меланхоликов), сочеталось с выравниванием значений изучаемых показателей с таковыми у здоровых лиц и снижением доли лиц в группе, перенесших осложнения ГБ.

Л.Ю. Карпова

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНЫХ ЭКСТРАНОДАЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент, Н.В. Скворцова*

**Актуальность.** Неходжкинские лимфомы (НХЛ) - группа злокачественных лимфопролиферативных заболеваний, характеризующихся разнообразием этиологических, патогенетических, морфоиммунологических и клинических особенностей, а также тенденцией к увеличению заболеваемости во всём мире. Особое внимание заслуживают первичные экстранодальные неходжкинские лимфомы (ПЭНХЛ), которые развиваются вне лимфатических узлов и составляют немалую часть всех НХЛ – от 24% до 48%, различаются по этиологии, патогенезу, клинико-морфологическим особенностям и результатам лечения (Чиссов В.И., 2003).

**Цель исследования:** изучить частоту встречаемости, клинические особенности и эффективность терапии первой линии пациентов с ПЭНХЛ на базе Городского гематологического центра (ГГЦ) г. Новосибирска.

**Материал и методы:** ретроспективно проанализировано 282 пациента с НХЗЛ, наблюдавшихся в ГГЦ г.Новосибирска с января 2011г по январь 2012г. Из них у 62 человек выявлены ПЭНХЛ с поражением одного или более органов, что составило 22%. Возраст больных варьировал от 21 до 77 лет, чуть больше половины пациентов оказались старше 60 лет (64,5 %). Мужчин было 33 человека (53%), женщин – 29 (46,7%).

**Результаты.** В ГГЦ г.Новосибирска ПЭНХЛ были выявлены у 22% пациентов с впервые диагностированными НХЗЛ, что согласуется с литературными данными. Следует отметить, что у большинства больных - 32 человека (51,6%), было зарегистрировано вовлечение в опухолевый процесс 2-х и более экстранодальных зон. У большинства больных в момент диагностики были выявлены ранние стадии заболевания (I и II) - в 73 % случаев, III – у 12 % больных, а IV стадия - у 15 % пациентов. Среди иммуноморфологических вариантов ПЭНХЛ отмечено преобладание В-клеточных лимфом над Т-клеточными (92% vs 8%) и агрессивных лимфом (диффузная крупноклеточная В-клеточная, лимфома зоны мантии) над индолентными (В-клеточная маргинальной зоны MALT-типа, фолликулярная) (65 % vs 35 %). Наиболее частой локализацией опухоли при ПЭНХЛ был желудок - у 38,7 % больных, кости (голени, подвздошные, грудина, тела позвонков) – у 14,1 % и кольцо Вальдейера - у 10,2 % пациентов. Реже наблюдалось поражение яичка (6,6 %), слюнной железы (4,6 %), кожи (3,9 %), околоносовых пазух (3,6 %), молочной железы (3,6 %), кишечника (2,6 %), орбиты (2,6 %), щитовидной железы (1,3 %), и совсем редко (в 1 % случаев и менее) встречалось поражение лёгкого, мягких тканей, печени, почки, поджелудочной железы, надпочечника и языка. Следует отметить, что общее состояние по шкале ECOG, соответствовавшее 0-1 баллам, было отмечено у подавляющего большинства пациентов - 80 %, повышение в крови уровня ЛДГ отмечено только у 37 % больных, согласно индексу IPI основная доля пациентов (83,3%) соответствовала группе низкого и промежуточного/низкого риска. Менее чем у 1/3 больных наблюдалось присутствие симптомов интоксикации (27,5 %), большой опухолевой массы (22 %) и анемия (25 %). Все больные получили специфическое противоопухолевое лечение. Наибольшему числу больных в качестве терапии I линии была проведена только химиотерапия в сочетании с МАТ – 55,3 %, химиотерапия в комбинации с лучевым воздействием была применена у 19,7% больных, хирургическое лечение в комбинации с химиотерапией – у 25 % пациентов. Эффективность терапии оценена у 43 человек (70%), из которых полная ремиссия была достигнута у 67,6 % пациентов, частичная – у 23,4% больных, отсутствие ответа зарегистрировано у 8 % пациентов.

**Выводы:** полученные результаты свидетельствуют о важности ранней диагностики и адекватной терапии ПЭНХЛ, что позволяет достигать высокого процента полных ответов у данной категории больных.

А. В. Козин, М. С. Носова  
**ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ЛАНДШАФТ РЕВМАТИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Кафедра внутренних болезней, Новосибирский государственный  
медицинский университет; НИИ МББ СО РАМН, г. Новосибирск*

*Научные руководители: к.м.н., доцент Л. А. Уколова,*

*к.м.н., доцент О.С. Шубина*

**Актуальность.** Биопсихосоциальный подход к исследованию ревматических заболеваний представляет собой интегративный метод, позволяющий развить целостное представление о патогенезе, клинике и прогнозе данных заболеваний, что может в значительность степени оптимизировать лечебный процесс.

**Цель и задачи исследования.** Показать особенности психосоциальных характеристик больных ревматическими заболеваниями.

**Материалы и методы.** Исследованы пациенты, находящиеся на лечении на базе ревматологического отделения ГНОКБ в период январь-февраль 2013 года. Для анализа психосоциального ландшафта пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями, использовались: Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen); Торонтская алекситимическая шкала (TAS); Личностный опросник бехтеревого института (ЛЮБИ); Опросник общего здоровья (General Health Questionnaire, Goldberg); Тест «Склонность к фрустрации». Статистическая обработка проводилась с использованием факторного анализа, корреляционного анализа Спирмена.

**Результаты исследования.** Обследовано 30 пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями, 22 женщины и 8 мужчин. Среди них работающих 13, не работающих 17. Уровень образования: неполное среднее образование имеют 3 человека, среднее-8, среднеспециальное-10, высшее-9. Семейное положение: состоят в браке 23 пациента, не состоят-7. Средний возраст составил 48 лет. Средняя продолжительность заболевания 6 лет. Анализ данных психологического тестирования показал наличие сильных корреляционных связей между уровнем социальной фрустрированности и интенсивностью жалоб ( $p<0,05$ ), также между алекситимией по шкале TAS-20, выраженностью соматических жалоб ( $p<0,05$ ) и показателем общего здоровья ( $p<0,05$ ). Можно предположить, что интенсивность жалоб больных обусловлена не только тяжестью основного заболевания, но связана и с процессом соматизации аффекта, который является результатом недостаточной вербализации больным своих психологических проблем, низким уровнем интегративной связи между психологическими проблемами и соматическими ощущениями, недостаточной идентификации физических ощущений. Низкий уровень образования, высокий показатель теста Голдберга, характеризующий низкий уровень общего здоровья, высокая интенсивность эмоци-

онального компонента жалоб больных, высокий уровень социальной фрустрированности, высокий уровень алекситимии составили устойчивое сочетание факторов, характерных для изучаемой группы больных. Интенсивность ревматических жалоб по Гиссенскому опроснику достоверно выше у больных, не состоящих в браке ( $p < 0,05$ ). Преобладающим типом отношения к болезни по шкале ЛОБИ были тревожный и сенситивный. В группах больных старше 50 лет, не состоящих в браке и не работающих данный тип отношения к болезни наблюдался чаще, чем у больных моложе 50 лет.

**Заключение.** В ходе исследования были выявлены достоверные взаимосвязи между интенсивностью жалоб больных, страдающих ревматическими заболеваниями, их психологическими особенностями, социальной дезадаптацией, некоторыми социально-демографическими характеристиками. Полученные результаты подчеркивают необходимость подключения к процессу лечения медицинских психологов и психотерапевтов. Предложенный набор психологических тестов позволит представить целостную биопсихосоциальную картину болезни и наметить мишени психотерапевтической работы.

М.А. Кондратова\*

## **МАНИФЕСТНАЯ ПОЗДНЯЯ КОЖНАЯ ПОРФИРИЯ И ПОЛИМОРФИЗМ АЛЛЕЛЕЙ C282Y И H63D ГЕНА HFE**

*Кафедра факультетской терапии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н, профессор А.Б. Кривошеев*

**Актуальность.** Сидероз и цирроз печени у больных манифестной поздней кожной порфирией (МПКП) нередко сочетается с нарушениями углеводного обмена, что дает основание проводить параллель между этим заболеванием и гемохроматозом. Больные МПКП до 73% являются гетеро- или гомозиготными носителями мутантного гена гемохроматоза (HFE), в том числе 42% мутации C282Y и 31% - H63D. Повышенная частота этой мутации при МПКП рассматривается в качестве одного из факторов, предрасполагающих к развитию гиперсидеринемии, и наряду с хронической HCV-инфекцией и алкогольными эксцессами оценивается как одно из совокупных условий, провоцирующих манифестацию болезни.

**Цель.** Изучали частоту полиморфизма аллелей C282Y и H63D гена HFE у больных МПКП проживающих в Западно-Сибирском регионе.

**Материалы и методы.** Обследовали 9 больных (все мужчины) в возрасте от 38 до 64 лет (средний возраст  $44,7 \pm 2,1$  года) с МПКП, диагноз которой устанавливался в ходе комплексного клинико-биохимического обследования. Все пациенты обследованы в фазу манифестации или рецидива за-

болевания, в ходе которого верифицировался типичный синдром фотосенсибилизации кожи на открытых участках. В ходе комплексного обследования определяли показатели обмена железа. У всех больных проведено обследование на наличие вирусной гепатотропной инфекции обусловленной вирусами гепатита В и С. Экскрецию порфиринов определяли методом хроматографии с помощью тест-набора «Biosystems» (Испания), в ходе которого регистрировался специфический для МПКП спектр нарушений порфиринового обмена. Частоты аллелей C282Y и H63D определяли в ходе молекулярно-генетического анализа ДНК при помощи ПЦР с последующим ПДРФ анализом.

**Результаты.** Нарушения порфиринового обмена характеризовались доминирующим повышением экскреции фракции уропорфирина до 3668 - 6404 нмоль/сут (норма до 60 нмоль/сут). Замены C282Y и H63D в гене HFE обнаружены только у 5 больных (55,6%). При этом различий в клинической картине и характере порфиринового дисметаболизма различий не обнаружено. В целом по группе обследованных 6 человек были инфицированы вирусом гепатита С. Инфекция протекала в фазе репликации и у всех пациентов зарегистрирован генотип 1b. У больных с аномальными гомозиготными генотипами C282C и H63H отмечены достоверные признаки синдрома хронической перегрузки железом. Коэффициент насыщения трансферрина железом у них достигал  $74,8 \pm 3,9\%$ , тогда как у больных с отсутствием генных аномалий данный показатель не превышал  $44,7 \pm 9,1\%$  ( $p < 0,002$ ).

**Выводы.** Нарушения в обмене порфиринов у больных МПКП характеризовались специфическими изменениями и наблюдались у всех обследованных. Замены C282Y и H63D в гене HFE обнаружены в 55,6% случаев. Расстройства порфиринового обмена у больных с заменами C282Y и H63D гена HFE и с нормальным вариантом генотипа не имели достоверных различий. У больных МПКП носителей мутантного гена гемохроматоза (HFE) и мутаций C282Y и H63D выявлен синдром хронической перегрузки железом. Наследование мутаций гена HFE является важным предрасполагающим фактором для возникновения ПКП.

Ю.Ф.Кононенко\*  
**ФИБРОМИОМА МАТКИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННОЙ  
ПАТОЛОГИЕЙ**

*Кафедра эндокринологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е.В. Зенкова*

**Актуальность.** Пристальное внимание к фибромиоме матки (ФМ) обусловлено: высокой частотой, необходимостью оперативного вмешательства



ства, высоким риском маточного кровотечения, развитием хронической анемии. Многие вопросы остаются нерешенными: является ли ФМ провоцирующим фактором развития других эндокринных заболеваний или же следствием таковых.

**Цель работы.** Оценить частоту и структуру эндокринной патологии у женщин с ФМ, взаимосвязь эндокринных заболеваний с гинекологическим анамнезом.

**Материалы и методы.** Обследовано 72 женщины в возрасте от 22 до 72 лет (средний возраст 46,5 лет) с клинически и инструментально подтвержденной ФМ. Проводился анализ историй болезней, опрос и осмотр женщин находившихся на лечении в ГНОКБ с января 2012 по февраль 2013 года.

**Результаты исследования.** Из всех обследованных 52 женщины (72,2%) (20 пациенток репродуктивного и 32 - климактерического возраста) имели ФМ в сочетании с эндокринными заболеваниями. Наиболее часто ФМ сочеталась с ожирением – у 33 женщин (63,5%), с нарушениями углеводного обмена и ожирением - у 13 (25%); с патологией щитовидной железы (ЩЖ) – у 5 (9,6%), у 1 женщины (1,9%) - с аутоиммунным полиэндокринным синдром 2 типа. 20 обследованных пациенток не имели эндокринной патологии (средний возраст был 44,7 лет, средний ИМТ -  $25,9 \pm 3,6$  кг/м<sup>2</sup>).

У женщин репродуктивного возраста при анализе эндокринных заболеваний ожирение выявлено у 60% (12 жен), ожирение в сочетании с нарушениями углеводного обмена у 20% (4 жен), с другой эндокринной патологией (АПС 2 типа, патология ЩЖ) – у 20% (4 жен). Тогда как у пациенток климактерического возраста ожирение, нарушения углеводного обмена в сочетании с ожирением наблюдалось несколько чаще: 65,6% и 28,2% соответственно; а патология ЩЖ была зарегистрирована лишь у двоих обследованных (6,2%).

При оценке акушерско-гинекологического анамнеза выявлено, что наиболее часто оперативные вмешательства на органы малого таза были проведены у женщин с ожирением (86,6%). Самопроизвольное прерывание беременности наблюдалось в 20% случаев также у женщин с ожирением, среди пациенток с поздним менархе 15,5% имели различные степени ожирения. У женщин с ФМ без эндокринных расстройств перечисленные расстройства встречались заметно реже (поздние менархе и самопроизвольного прерывания беременности у 5% женщин, оперативные вмешательства у 70% обследованных).

**Выводы.** Наиболее часто встречающейся эндокринной патологией у женщин с ФМ (как в репродуктивном, так и в климактерическом возрасте) оказалось ожирение, на которое пришлось более половины всех эндокринных заболеваний. Женщины с ожирением имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Полученные данные свидетельствуют, что ожирение является важным фактором риска фибромиомы матки.

А.С. Копнина\*

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГАСТРОПАРЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

*Кафедра эндокринологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.А. Бондарь*

**Актуальность.** Хроническая гипергликемия является основным патогенетическим фактором, ведущим к развитию диабетической нейропатии и, в частности автономной нейропатии. У пациентов с длительным сахарным диабетом дисбаланс нарастает и приводит к тяжелым нарушениям функции внутренних органов. Однако методов диагностики автономной нейропатии до сих пор недостаточно. Одной из форм автономной нейропатии является диабетический гастропарез. Диабетический гастропарез сопровождается задержкой эвакуации пищи из желудка и плохой регуляцией гликемии с частыми гипогликемическими и гипергликемическими состояниями. Это осложнение приводит к декомпенсации СД и влияет на развитие других осложнений. Стертая клиническая картина, отсутствие знаний пациента о характерных проявлениях заболевания, частые колебания гликемии, недоступность и высокая стоимость некоторых инструментальных методов диагностики создают трудности в выявлении данного осложнения.

**Цель исследования:** выявить клинические, лабораторные особенности диагностики диабетического гастропареза у пациентов с СД I типа.

**Материалы и методы:** проанализированы истории болезней 100 пациентов с СД I типа, которые были госпитализированных в эндокринологическое отделение ГБУЗ НСО ГНОКБ в 2011-2013 г. У 25 пациентов с СД I типа был выявлен диабетический гастропарез, из них 8 женщин, 17 мужчин в возрасте от 17 лет до 61 года, средний возраст составил  $36,6 \pm 10,9$  лет, с длительностью заболевания от 4 до 34 лет, средняя  $18,5 \pm 7,8$  лет. Анализировались данные анамнеза, объективного осмотра, инструментальные и лабораторные исследования. Проведены стандартные кардиологические пробы (проба Вальсальвы, тест с глубоким дыханием), осмотр невролога (для определения чувствительность), осмотр офтальмолога (глазное дно).

Результаты исследования: у всех 25 пациентов рентгенологически было подтверждено наличие диабетического гастропареза, у 13 из них можно было заподозрить данное осложнение на основании данным ультразвукового исследования органов брюшной полости, обнаружение жидкости в желудке натощак. Клинические симптомы, такие как быстрое чувство насыщения, тошнота, рвота, боли в эпигастральной области отмечались лишь у 9 из 25 пациентов с длительностью заболевания более 7 лет. Гипогликемические состояния в дневные часы, обусловленные замедлением эвакуации из желудка, наблюдались у 20 человек, при этом уровень гликированного гемоглобина колебался от 14,6% до 6,9 %, средний уровень составлял  $10,1 \pm 1,6$  %.

У 10 из 25 пациентов с длительно существующим СД 1 типа, имеющих стаж заболевания более 15 лет, отмечалось снижение массы тела (среднее 6,4 кг). У большинства пациентов (у 17 из 25) имелось сочетание с кардиоваскулярной формой диабетической автономной нейропатии, периферической полиневропатией. У 15 пациентов диабетический гастропарез сочетался с нефропатией и 22 пациентов с ретинопатией.

**Выводы:** диагностика диабетического гастропареза трудна, лишь у трети пациентов диабетический гастропарез имеет характерные клинические проявления. Развитие гипогликемических состояний, снижение массы тела является одним из частых признаков наличия заболевания. Основным методом диагностики является рентгеноскопия желудка. Всем пациентам с длительным стажем СД 1 типа, наличием гипогликемических состояний, снижением массы тела необходимо проводить обследование для исключения диабетического гастропареза.

Д.В. Лисихина, О.С. Чернова  
**СОПОСТАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ  
УРСОДЕЗОКСИХОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ И КОМБИНИРОВАННОЙ  
ТЕРАПИИ С ЭССЕНЦИАЛЬНЫМИ ФОСФОЛИПИДАМИ  
ХОЛЕСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ В**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного  
факультета,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: асс. Ю.А. Кулыгина*

В настоящее время отмечается рост заболеваний печени с синдромом холестаза. Ежегодный прирост больных с холестатическими заболеваниями печени по разным литературным данным составляет от 7% до 13,7%.

Основными причинами внутрипеченочного холестаза являются алкогольные, вирусные и другие повреждения печеночных клеток. В патогенезе наибольшее значение придают повреждению секреторного аппарата печеночных клеток и желчных канальцев, при котором происходит нарушение секреции желчи, реабсорбции и секреции жидкости и электролитов в желчных канальцах.

Клинически холестаз проявляется желтухой, кожным зудом, обесцвечиванием кала разной степени выраженности. В крови наблюдается повышение содержания прямого билирубина, холестерина, желчных кислот и активности щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП).

В настоящее время имеются определенные достижения в разработке новых патогенетических подходов к лечению холестатических заболеваний печени.

**Цель работы.** Сравнить эффективность монотерапии препаратами урсодезоксихолиевой кислоты (УДХК) в сравнении с комбинацией УДХК + эссенциальных фосфолипидов.

**Материалы и методы.** Из архива ГКБ № 7 были взяты случайным образом данные 56 пациентов с патологией печени HBV этиологии (из них 28 пациента с вирусным гепатитом В, 28 пациентов с циррозом печени в исходе вирусного гепатита В) с синдромом холестаза. Расчет результатов осуществлялся с помощью программного обеспечения Microsoft Office Excel 2010.

**Результаты.** Больные были распределены на две группы. В группу А вошли 28 пациентов (14 с вирусным гепатитом В и 14 с циррозом печени в исходе вирусного гепатита В) получающих монотерапию препаратами УДХК в дозе 10 мг/кг массы тела (возраст пациентов от 44 до 58 лет, средний возраст 51, из них 18 мужчины, 10 женщин). В группу В вошли также 28 пациентов (14 с вирусным гепатитом В и 14 с циррозом печени в исходе вирусного гепатита В) получающих комбинированную терапию препаратами УДХК в дозе 10 мг/кг массы тела + эссенциальные фосфолипиды (возраст пациентов от 40 до 57 лет, средний возраст 49 лет, из них мужчин 19, женщин 9). Обе группы пациентов получали терапию в течение 14 дней, в качестве оценки терапии использовались показатели холестаза (уровень билирубина, ЩФ, ГГТП). В группе А через 14 дней было выявлено снижение показателей билирубина на 29%, ГГТП на 19%, ЩФ на 21%. В группе В через 14 дней было выявлено снижение показателей билирубина на 35%, ГГТП на 25%, ЩФ на 27%.

**Выводы.** Таким образом, можно сказать, что комбинированная терапия (препаратами УДХК + эссенциальные фосфолипиды) более эффективна для уменьшения холестаза у пациентов с синдромом холестаза при HBV инфекции.

Ю.В. Макарова\*, А.В. Титенко, А.Н. Яшкина  
**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОТДАЛЕННЫЙ  
ПЕРИОД ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ  
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Н. Б. Волошина*

Частота заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) среди взрослого населения колеблется от 5 до 20%. Наиболее распространенным лечением ЖКБ – проведение холецистэктомии (ХЭ), которая занимает второе место по частоте, среди всех хирургических вмешательств, уступая лишь

аппендэктомии (А.А. Ильченко, 2012). Но хирургическое лечение нередко не приводит к ожидаемому устранению симптомов болезни, что может привести к снижению показателей качества жизни пациентов (КЖ).

**Цель исследования:** выявить динамику показателей качества жизни у больных ЖКБ с исходно симптомным течением заболевания до и в отдаленном периоде после ХЭ.

**Материалы и методы.** Показатели качества жизни определялись при помощи русифицированной версии опросника SF -36. Статистическая обработка была проведена с применением пакетов программ Statistical Package for Social Sciences (SPSS 17.0).

**Результаты.** Проанализированы анкеты 38 пациентов с исходно симптомным течением ЖКБ (31 женщины, 4 мужчин), прооперированных 8-10 лет назад ( $9,39 \pm 0,5$  лет). Средний возраст больных составил  $67,1 \pm 14,8$  лет. В отдаленные сроки после ХЭ по поводу ЖКБ произошло достоверное снижение показателей шкал физического функционирования (ФФ) с  $69,1 \pm 4,1$  до  $54,6 \pm 5,1$  баллов (среднее значение изменений  $14,5 \pm 5,2$ ; 95%CI 3,9 -25,0;  $p=0,009$ ), ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) с  $85,5 \pm 5,2$  до  $62,3 \pm 7,6$  баллов (среднее значение изменений  $23,3 \pm 6,4$ ; 95%CI 10,3-36,2;  $p=0,001$ ) и психологического здоровья (ПЗ) с  $70,0 \pm 2,1$  до  $63,7 \pm 1,8$  баллов (среднее значение изменений  $6,36 \pm 2,2$ ; 95%CI 1,87 -10,9;  $p=0,007$ ). Отмечено снижение показателей КЖ в шкале ролевого физического функционирования (РФФ) с  $67,1 \pm 6,9$  до  $48,1 \pm 7,5$  баллов (среднее значение изменений  $19,1 \pm 7,5$ ; 95%CI 3,9-34,2;  $p=0,015$ ). А показатели КЖ в шкале витальности (В) несколько повысились с  $65,0 \pm 1,7$  до  $66,7 \pm 1,7$  баллов (среднее значение изменений  $4,21 \pm 1,8$ ; 95%CI 0,5-7,96;  $p=0,029$ ).

Не отмечено достоверных изменений в показателях шкал физической боли (ФБ) ( $p=0,89$ ), общего здоровья (ОЗ) ( $p=0,539$ ), социального функционирования (СФ) ( $p=0,477$ ).

Таким образом, показатели КЖ у больных перенесших холецистэктомию по поводу ЖКБ, достоверно снижаются в отдаленном периоде после ХЭ по сравнению с исходным уровнем по данным большинства шкал SF -36. По-видимому, это обусловлено сохраняющимся болевым синдромом, ограничивающей повседневную деятельность (шкала физического функционирования), а также пониженной оценки пациентом своего состояния здоровья, возможностей различных видов деятельности (шкала ролевого функционального функционирования), перспектив лечения (шкала психологического здоровья). Учитывая полученные данные, можно предположить о необходимости проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, с целью улучшения КЖ у пациентов перенесших ХЭ.

Ю.В. Макарова\*, И.Ю. Безуглая, Н.В.Литвинова  
**ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ  
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЧЕРЕЗ 10 ЛЕТ ПОСЛЕ  
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И У НЕОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Н.Б. Волошина*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - одно из наиболее распространенных заболеваний, имеет стойкую тенденцию к росту во всех регионах среди лиц обоего пола, преимущественно старших возрастных групп. В хирургических стационарах среди больных с хроническими заболеваниями органов брюшной полости больные ЖКБ занимают первое место.

**Цель работы.** Сравнить наличие и частоту симптомов у пациентов ЖКБ перенесших ХЭ около 10 лет назад и у не оперированных больных. Установить факторы риска, влияющие на наличие симптоматики в позднем послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** Больные, перенесшие ХЭ по поводу ЖКБ с 1999-2002 год и пациенты с установленным диагнозом ЖКБ (диагноз верифицирован 8-13 лет назад ( $9,8 \pm 1,7$  лет)). Диагноз ЖКБ был верифицирован у всех больных по данным ультразвукового исследования. Результаты обработаны с применением пакета статистических программ «SPSS 17.5».

**Результаты.** Пациенты были распределены в две группы. В первую группу вошли больные, перенесшие ХЭ по поводу ЖКБ с 1999-2002 год. Опрошено 30 человек (из них 27 женщин и 3 мужчин). Возраст пациентов составил 29-87 лет ( $57,3 \pm 14,76$  лет).

Во вторую группу вошли пациенты с установленным диагнозом ЖКБ. Опрошено 40 человек (из них 34 женщины и 9 мужчин). Возраст пациентов составил 29-86 лет ( $61,8 \pm 13,86$  лет).

У 55,8% пациентов, перенесших ХЭ по поводу ЖКБ, наблюдались разнообразныe симптомы. Из них: билиарные боли – 44,7% (у 15 человек), синдром диспепсии – 35,2 % (12 человек), изжога – 55,8%(18 человек), диарея – 32,3% (11 человек), запор – 23,5% (8 человек). Среди факторов риска у 90% пациентов отмечена избыточная масса тела (ИМТ  $30,7 \pm 5,17$  кг/см<sup>2</sup>).

При исследовании группы пациентов с «не оперированной ЖКБ» были получены следующие данные: болевой абдоминальный синдром беспокоил 36 человек (90%), из них билиарные боли у 32 человек (80%). Синдром диспепсии у 25 человек (62,1%), изжога у 15 человек (37,5%), диарея 17,5% (7 человек), запоры -30%(12 человек). Избыточная масса тела наблюдалась у 75% пациентов (ИМТ  $29,2 \pm 5,9$ кг/см<sup>2</sup>). Всем больным этой группы было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, единичные конкременты выявлены у 18 человек (45%) , группа конкрементов у 22 человек (55%).

**Выводы.** Таким образом, частота разнообразных клинических проявлений в отдаленный период после холецистэктомии по поводу желчно – каменной болезни составляет от 23,5 до 55,8 %, что совпадает с литературными данными. В сравнении с группой не оперированных пациентов по поводу ЖКБ, некоторые симптомы встречаются чаще. Наиболее часто встречались билиарные боли, синдром диспепсии, изжога, нарушение пассажа по кишечнику (диарея, запор). Из факторов риска возникновения этих симптомов обращает на себя внимание - избыточная масса тела.

А.С. Малышева\*

## **СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

*Кафедра эндокринологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. И.А. Бондарь*

**Актуальность:** при физиологической беременности гемокоагуляционные изменения связаны с гестационным процессом и поддерживаются фетоплацентарным комплексом. При беременности с нарушениями углеводного обмена возникают изменения физиологических адаптационных механизмов к предстоящей кровопотере в родах. Состояние системы гемостаза и степень риска гиперкоагуляции у беременных с сахарным диабетом (СД) в большей мере определяется уровнем гипергликемии, чем длительностью СД.

**Цель исследования:** оценить состояние коагуляционного гемостаза в различные trimestры беременности при компенсированном гестационном СД (ГСД).

**Материалы и методы:** обследовано 2 группы беременных: первая группа - 28 с гестационным сахарным диабетом, вторая - 30 с факторами риска развития ГСД (возраст более 30 лет, осложненный акушерско-гинекологический анамнез, отягощенный семейный анамнез по СД 2 типа, индекс массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup>), находящихся на лечении в ГНОКБ в период 2011-2013 г.г. Были проанализированы показатели коагуляционного гемостаза: фибриноген, активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), протромбиновое время (ПВ), протромбиновое отношение (ПО), протромбиновый индекс (ПИ), компенсация углеводного обмена.

**Результаты исследования.** В обеих группах в 1 триместре нарушений гемостаза выявлено не было. Во 2 триместре у 40% беременных с ГСД отмечалось повышение фибриногена, эти изменения не выходили за пределы нормальных значений (среднее значение 3,4±0,8г/л), но только у 1 бе-



ременной с ГСД выявлены признаки гиперкоагуляции (гиперфибриногенемия - 5,4 г/л, укорочение АПТВ - 21,6 с.). В группе беременных с факторами риска развития ГСД во 2 триместре также выявлен единичный случай умеренной гиперфибриногенемии (4,5 г/л), сопровождающийся укорочением АПТВ до 12,5 с., повышением протромбинового индекса (ПИ) до 121%. В 3 триместре у 10 (47,6%) беременных с ГСД отмечалась гиперкоагуляция: укорочение протромбинового времени (ПВ) (среднее значение  $15,8 \pm 4,7$  с.), АПТВ, повышение фибриногена (среднее значение  $3,8 \pm 0,9$  г/л), у 4 (19%) - повышение протромбинового отношения (ПО) (среднее значение  $1,0 \pm 0,1$ ), ПИ у 5 (23,8%). Данные изменения также соответствовали изменениям гемостаза при физиологической беременности, и уровень изменения факторов коагуляционного гемостаза не превышал физиологические нормы. У 6 (33,3%) беременных с факторами риска развития ГСД в 3 триместре отмечалось повышение фибриногена до  $4,4 \pm 0,2$  г/л, остальные показатели были в пределах нормы.

**Выводы:** у беременных на фоне компенсированного ГСД состояние коагуляционного гемостаза не отличается от показателей гемостаза при физиологической беременности. Таким образом, компенсация ГСД является основным фактором профилактики нарушений гемостаза у беременных с ГСД.

М.В. Марченко, О.А. Загорулько  
**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ИММУННОЙ  
ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ  
СЛУЧАЙ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент А.С. Лямкина*

**Актуальность.** Иммунная тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) – аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся повышенным разрушением тромбоцитов под влиянием антитромбоцитарных антител. Основным методом лечения ИТП является терапия глюкокортикостероидами (ГКС). У большинства больных при отмене препарата часто развивается рецидив заболевания, требующий повторного назначения высоких доз ГКС. Длительное применение ГКС приводит к возникновению целого ряда тяжелых побочных эффектов: образование язв в желудочно-кишечном тракте, гипергликемия, ятрогенный синдром Кушинга, артериальная гипертензия, остеопороз, гипокалиемия, недостаточность функции коры надпочечников, понижение сопротивляемости к инфекциям. Эффективной аль-

тернативой ГКС являются препараты – агонисты тромбопоэтиновых рецепторов.

**Цели исследования.** Оценить эффективность современной терапии аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуры препаратами – агонистами тромбопоэтиновых рецепторов.

Клинический случай № 1. Больная Б., 19 лет, наблюдалась по поводу ИТП с 1998 года. Диагноз верифицирован на основании жалоб (десневые, носовые кровотечения), клинических данных (петехиальная сыпь на коже и слизистых оболочках) и параклинических методов исследования (Тг - 35 тыс. в 1 мкл). Проводилась терапия преднизолоном с незначительным эффектом и внутривенными иммуноглобулинами, на которые была аллергическая реакция. В дальнейшем ежегодные рецидивы заболевания, проявляющиеся кожно-геморрагическим синдромом средней степени тяжести, уровень тромбоцитов 20-35 тыс. в 1 мкл. Учитывая кожно-геморрагический синдром, тромбоцитопению в августе 2012 г. пациентке проведено лечение агонистом тромбопоэтиновых рецепторов ромиплостимом (Энплейтом) в нарастающей дозировке 50 мг, 100 мг, 200мг. На фоне проведенной терапии купирован кожно-геморрагический синдром, нормализовался уровень тромбоцитов (Тг- 141 тыс. в 1 мкл).

Клинический случай № 2. Больная А., 40 лет, наблюдается в городском гематологическом центре г. Новосибирска с 2006 г. с диагнозом ИТП (исходно тяжелый кожно-геморрагический синдром, маточные кровотечения, уровень тромбоцитов менее 20 тыс. в 1 мкл). Получала постоянную иммуносупрессивную терапию преднизолоном в дозе 60 мг в сутки с последующим повышением дозы, однако кожно-геморрагический синдром и маточные кровотечения постоянно рецидивировали, уровень тромбоцитов сохранялся 40-45 тыс. в 1 мкл. Учитывая отсутствие эффекта от терапии, глюкокортикостероиды были отменены и в ноябре 2007 г. проведена спленэктомия, которая дала незначительный эффект (прекращение маточных кровотечений, уровень Тг 55-70 тыс. в 1 мкл). В августе 2012 г. вновь рецидив заболевания (кожно-геморрагический синдром, уровень тромбоцитов 30 тыс. в 1 мкл). Больной проведено лечение препаратом агонистом тромбопоэтиновых рецепторов ромиплостимом (Энплейтом) с положительным эффектом (купирование кожно-геморрагического синдрома, уровень тромбоцитов – 110 тыс. в 1 мкл).

**Вывод:** приведенные клинические случаи демонстрируют высокую эффективность применения препарата-агониста тромбопоэтиновых рецепторов при иммунной тромбоцитопенической пурпуре. Данная группа препаратов активирует тромбопоэтиновый рецептор, тем самым, увеличивает продукцию тромбоцитов и является альтернативой глюкокортикостероидам при необходимости длительной терапии, а также при их недостаточной эффективности.

О.М.Мельникова, Е.С.Аксенова, М.А.Зуева,  
З.М. Ибоян, В.М.Бон

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.Ю. Зюбина*

**Актуальность.** Современная медицина характеризуется внедрением идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний, что связано с развитием и успехами реабилитационного направления, одним из самых важных принципов которого является личностный подход. Последний имеет особую значимость при метаболическом синдроме (МС), что обусловлено многообразием серьезных клинико-лабораторных проявлений, их негативным влиянием на сердечно-сосудистую систему с высоким риском фатальных осложнений. Для ранней и оптимальной коррекции МС, сочетающей фармакологические и индивидуальные психологические воздействия, необходимо знание психологического статуса больных, что и явилось целью работы.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование и обследование 80 больных с МС по опроснику Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (ЛОБИ). Больным предлагалось выбрать по два наиболее подходящих утверждения из 12 наборов, характеризующих отношение к болезни, лечению, медицинскому персоналу, родным и близким. Материал обработан по определенной методике. Одновременно осуществлялся психометрический анализ для определения наличия энцефалопатии и ее степени. Средний возраст 59,5±9,2 года, женщин - 67%.

**Результаты исследования.** Полученные типы реагирования были сформированы в четыре блока. Первый адаптивный блок, представленный 25,0% обследованных, включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы реагирования на поставленные вопросы и свидетельствует о психической и социальной адаптации к болезни. У 26,0% выявлены изменения дезадаптивного, интрапсихического характера (II блок) в виде повышенной тревожности, ипохондрии, неврастении, меланхолии, апатии. Третий блок, также дезадаптивный, включающий сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы реагирования на болезнь, был определен у 19,0% больных. Наибольшую группу представили больные (30,0%) со смешанным или диффузным психологическим статусом, среди которых трудно выделить определенный тип, но преобладает также дезадаптация к своему заболеванию. Психометрический анализ показал, что среди больных МС из

1 блока преобладали лица без энцефалопатии - 82,0% и 18% - с энцефалопатией 1 степени, в то время как больные остальных трех блоков характеризовались наличием признаков хронической ишемии головного мозга 1-2-3 степени. Выявлена прямая зависимость неадекватного реагирования на болезнь от характера дислипидемий, которая в целом свойственна всем больным с МС. Однако при дезадаптивных вариантах психологического статуса отмечены более неблагоприятные высокоатерогенные варианты липидно-холестеринового обмена (IIa и IIb и III), что позволяет относить их к группе высокого фатального риска.

**Выводы.** Проведенное исследование свидетельствует о значительной неоднородности психологического реагирования больных, что обусловлено органическими изменениями вследствие наличия ожирения, артериальной гипертензии, нарушения углеводного и липидно-холестеринового обмена, и диктует необходимость ранней комплексной реабилитации этой группы больных. Большинство больных МС являются психологически сложными и нуждаются в помощи психотерапевта и формировании индивидуальных медико-социальных программ реабилитации.

О.М.Мельникова, А.Е.Загурская, С.Л.Симакова,  
Ю.В. Леушкина, С.Ю. Савгачев

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.Ю.Зюбина*

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые и церебральные заболевания с их фатальными осложнениями являются лидирующими причинами смертности во всем мире, которая по прогнозам экспертов ВОЗ к 2020 году может достичь 25 миллионов. Основными предрасполагающими факторами к этому являются все составляющие метаболического синдрома (МС), неуклонный рост которого отмечается в современных условиях. Ранняя диагностика и оптимальная коррекция метаболического синдрома во многом зависят от самого больного, его психического состояния, социального положения, знание которых важно для формирования индивидуального подхода к их реабилитации.

**Цель работы** - изучение особенности психологического статуса больных МС в зависимости от социального положения.

**Материалы и методы.** Оценка психологического статуса проводилась путем анкетирования больных с МС по опроснику Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева с последующей обработкой по предложенной методике. Опрошено 80 больных в возрасте 27-83 лет, средний возраст  $59,5 \pm 9,2$  года. Преобладали женщины - 67%. Выявленные типы реагирования сгруппированы в четыре блока. Социальное положение больных оценивалось с учетом активности профессиональной деятельности, уровня образования, семейного состояния, материального обеспечения.

**Результаты исследования.** Первый блок, включающий в себя гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы, был диагностирован у 25% больных, среди которых 65% составили женщины и 35% - мужчины. Высшее образование имели 35% опрошенных, среднее - 60%, без образования - 5%. Среди пациентов преобладали люди, живущие с семьей (75%). Работающие составили 60%. Второй блок, включающий в себя тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, был выявлен у 26% больных, среди которых женщины и мужчины составили 76% и 24% соответственно. Не было выявлено пациентов, не имеющих какое-либо образование: с высшим образованием 52% больных, со средним - 48%. 76% имеют семью. Преобладают неработающие люди, составившие 67% опрошенных. Третий блок, включающий сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, обнаружен у 18,7% пациентов с преобладанием женщин (87%). Люди без образования составили 6%, высшее - 47% и среднее образование - 47%. Большинство (87%) пациентов проживают с семьей. Неработающие составили 53%. Чаще среди респондентов отмечен диффузный или неопределенный тип реагирования (в 30% случаев), который свойствен также в основном женщинам (79%), преимущественно неработающим (в 71% случаев), живущим материально в менее обеспеченных условиях и в неполной семье (58% больных), не имея или потеряв супруга (у).

**Выводы.** Преобладающими явились неблагоприятные в плане социальной адаптации типы реагирования, что в свою очередь затрудняет коррекцию имеющихся нарушений, требуя дифференцированного, рафинированного подхода к вопросам реабилитации больных. Выявлена прямая взаимосвязь типа реагирования от пола, уровня образованности, семейного и социального положения.

А.В. Мокроусов\*

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ АНАЛИЗА  
ФОТОГРАФИЙ ГАЗОВОГО РАЗРЯДА НА ПОВЕРХНОСТИ  
КОЖНОГО ПОКРОВА В ОБЛАСТИ БИОЛОГИЧЕСКИ  
АКТИВНЫХ ТОЧЕК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ  
ПАТОЛОГИИ**

<sup>1</sup>*Новосибирский государственный технический университет*

<sup>2</sup>*Новосибирский государственный медицинский университет»,*

*Научные руководители: д.т.н., проф. Л.И. Лисицына<sup>1</sup>,*

*д.м.н., проф. В.Ю. Куликов<sup>2</sup>, д.м.н., проф. К.В. Попов<sup>2</sup>*

В настоящее время широко распространена электропунктурная диагностика, основанная на измерении проводимости кожного покрова в области биологически активных точек. Новым методом оценки состояния организма человека может стать метод анализа свечения газового разряда на поверхности кожного покрова в области биологически активных точек (ГРФ БАТ). Для реализации этого метода разработано специальное устройство – аппаратно-программный комплекс для получения и анализа картин газового разряда на поверхности кожного покрова в области биологически активных точек ГРФБАТ-1 (Мокроусов А.В., 2009). Выявлены признаки и параметры картин ГРФ БАТ, отражающие биофизические процессы при возникновении газового разряда на поверхности кожного покрова в области БАТ при различных состояниях организма человека, сформулирован метод оценки функционального состояния органов и систем организма человека (Мокроусов А.В., и др., 2012). В данной работе представлены предварительные медицинские испытания лабораторного образца устройства и метода.

Работа выполнена с одобрения комитета по этике ГБОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития России (протокол №45 от 13.06.2012 г.). Для подтверждения безопасности использования разработанного прибора проведены предварительные технические испытания (протокол №586 от 12.11.2012 г.) в испытательной лаборатории Сибирского научно-исследовательского и испытательного центра медицинской техники (СибНИИЦМТ).

Объектом исследования выступили пациенты кардиологического и пульмонологического отделений городской больницы №1 в количестве 11 человек, из них 10 мужчин и 1 женщина в возрасте от 20 до 80 лет с тяжелыми сердечно-сосудистыми и бронхо-легочными заболеваниями; контрольную группу составили условно-здоровые лица (студенты НГМУ) в количестве 12 человек, из них 9 мужчин и 3 женщины в возрасте от 18 до 23 лет, в анамнезе которых отсутствовали заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

По данным исследования, корреляция оценки функционального состояния сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем человека по ГРФ БАТ с данными клинико-инструментальных методов составляет 87,1%. В контрольной группе в основном обнаруживаются начальные, доклинические изменения и состояние «предболезни», а в основной присутствуют патологические и хронические воспалительные процессы. В основной группе значительно выше процент выявления игольчатых стримеров на картинах ГРФ БАТ по сравнению с контрольной, что указывает на большую степень психоэмоционального напряжения в группе больных.

Проведенные исследования подтверждают диагностические возможности предложенного метода при сердечно-сосудистой и бронхо-легочной патологиях и создают предпосылки к использованию предложенного метода получения и анализа ГРФ БАТ и реализующего его аппаратно-программного комплекса для оценки функционального состояния органов и систем организма человека.

А.О.Монгуш  
**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С НЕИЗМЕНЕННЫМИ  
КОРОНАРНЫМИ АРТЕРИЯМИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ  
НЕЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Д.А.Яхонтов*

С целью сопоставления клинических особенностей ИБС у больных с морфологически неизмененными коронарными артериями (1-я группа) и с гемодинамически незначимыми стенозами (2-я группа) обследовано 110 пациентов (56 мужчин и 54 женщины) в возрасте 46-72 лет. Всем обследованным проводилась диагностическая коронарография. У больных 1-группы ( $n=51$ ; возраст  $52,7 \pm 2,8$  лет) коронарные сосуды морфологически не были изменены, а ИБС диагностировалась на основании типичных загрудинных болей и положительного нагрузочного тестирования. У больных 2-й группы ( $n=59$ ; возраст  $56,4 \pm 3,7$  лет) определялись стенозы коронарных артерий в пределах 50%. У больных обеих групп оказались сопоставимыми длительность ишемического анамнеза ( $6,9 \pm 0,9$  и  $7,3 \pm 1,0$  лет соответственно), частота предшествующего инфаркта миокарда (29,4% и 30,5% обследованных в группах), частота (62,7% больных в 1-й группе и 66,1% - во 2-й) и степень артериальной гипертензии, показатели ИММЛЖ ( $136 \text{ г/м}^2$  и  $141 \text{ г/м}^2$  по группам соответственно), частота абдоминального ожирения



и показатели ИМТ ( $29,6 \text{ кг/м}^2$  в 1-й группе и  $31,5 \text{ кг/м}^2$  – во 2-й), а также значения большинства биохимических показателей. Средние значения СРБ превышали норму и составили  $6,9 \pm 0,7 \text{ мг/л}$  в 1-й группе и  $7,7 \pm 0,8 \text{ мг/л}$  во 2-й ( $p > 0,05$ ). Проведенное обследование позволило диагностировать у 19 (37,3%) больных 1-й группы коронарный «Х-синдром». Развернутый метаболический синдром (АГ, абдоминальное ожирение, дислипидемия, нарушение толерантности к углеводам) имел место у 20 (39,2%) больных с неизменными коронарными сосудами и у 26 (44,1%) лиц с нехирургическими уровнями стеноза. В то же время, у больных с диагностированным поражением коронарных сосудов чаще определялись III функциональный класс стенокардии напряжения, безболевого ишемия миокарда и эпизоды фибрилляции предсердий при холтеровском мониторировании ЭКГ, более высокий функциональный класс сердечной недостаточности. Таким образом, ИБС у больных с морфологически неизменными коронарными артериями характеризуется достаточно серьезными клиническими проявлениями, а гемодинамические, биохимические и метаболические нарушения у данных пациентов сопоставимы с таковыми при ИБС с гемодинамически незначимым поражением коронарных сосудов. При наличии стенозирования в пределах 50% отмечается более тяжелое течение стенокардии, сердечной недостаточности и большая частота нарушений ритма. Можно сделать вывод, что уровень коронарного стеноза – далеко не единственный критерий тяжести течения ИБС.

Ю.Н. Обголец\*

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: д.м.н. профессор Т.И. Поспелова,  
д.м.н. профессор Л.М. Куделя*

**Актуальность.** Химиолучевое лечение стало основным типом лечения для всех больных лимфомой Ходжкина (ЛХ). При этом необходимо полное комплексное обследование пациента с оценкой функционального статуса легких как перед началом лечения, так и после химиолучевой терапии, так как химиопрепараты и лучевая терапия, обладая пульмо-токсическим действием, вызывают развитие фиброза легких и эмфиземы, что снижает дыхательную способность легких и ухудшает качество жизни пациентов.

**Цель работы.** Оценка функционального статуса легких у больных ЛХ до лечения и в отдаленный период полной клинико-гематологической ремиссии.

**Материалы и методы.** Группу обследуемых составили 95 больных ЛХ: 57 женщин (60%) и 38 мужчин (40%). Средний возраст больных был равен  $34,2 \pm 13,06$  года. Большинство пациентов - 49 человек (51,5%) имели II стадию заболевания, а 46 человек (48,5%) - III-IV. Все больные получили стандартную химиолучевую терапию 4-6 курсов и ТГТ на средостение в дозе 36 Гр. Больные были обследованы: до начала лечения и в период ремиссии - через 1-2 года после его окончания. Методом спирографии до лечения было обследовано 28 пациентов, и 27 пациентам была проведена бодиплетизмография, включающая также и спирографию. У 50 больных, имеющих ремиссию, также была проведена бодиплетизмография.

**Результаты.** В группе пациентов до лечения при проведении спирографии симптомы обструкции были выявлены у 9% пациентов, имеющих в средостении конгломерат лимфатических узлов. Смешанные нарушения были зарегистрированы у 18% пациентов с поражением ткани легкого и увеличенными внутригрудными лимфатическими узлами. При проведении бодиплетизмографии до начала ПХТ было отмечено повышение остаточного объема легких у 63% обследуемых, по-видимому, из-за наличия значительного опухолевого субстрата в средостении, вызывающего компрессию дыхательных путей, а 14,8% пациентов имели сниженный остаточный объем, что было связано с опухолевым поражением ткани легких. Рестриктивных нарушений на данном этапе не было отмечено. В отдаленный период клинико-гематологической ремиссии обструктивные нарушения исчезли, что было связано с нивелированием опухолевого субстрата. Смешанные нарушения были выявлены у 12% пациентов и обусловлены развитием эмфиземы и пневмофиброза. Кроме того, у этих пациентов было выявлено повышение общей емкости легких и снижение остаточного объема. На данном этапе появились рестриктивные нарушения у 14% пациентов из-за развития склеротических процессов в ткани легкого. Следует отметить, что 18,5% обследуемых имели снижение общей емкости легких, подтверждающее рестриктивные нарушения.

**Заключение.** Оценка функционального статуса легких позволяет выявить ранние изменения со стороны бронхолегочной системы у онкогематологических больных как до лечения, так и после химиолучевой терапии в период клинико-гематологической ремиссии, что может способствовать ранней реабилитации пациентов после химиолучевой терапии и своевременной коррекции выявленных изменений.

Е. М. Парфентьева\*

## СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАННИХ СТАДИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

*Кафедра эндокринологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И. А. Бондарь*

**Актуальность.** Артериальная гипертензия (АГ) при сахарном диабете (СД) 1-го типа является как симптомом формирующейся патологии почек, так и мощным фактором прогрессирования диабетического гломерулосклероза. По данным Российского государственного регистра больных СД частота диагностирования АГ у больных СД 1-го типа в 1,5 раза отстает от ее реальной распространенности.

**Цель исследования:** изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у больных СД 1-го типа на ранних стадиях диабетической нефропатии (ДН).

**Материалы и методы:** было обследовано 45 больных СД 1-го типа, 24 мужчины и 21 женщина в возрасте от 16-ти до 53-х лет (медиана 29 лет), длительность заболевания составила 6,0 (3,5; 11,5) лет, которые были распределены на группы: 1-группа (20 больных) с нормальной экскрецией альбумина с мочой (ЭАМ) и 2-я группа (25 пациентов) с микроальбуминурией. Всем больным проведено суточное мониторирование АД (СМАД) осциллометрическим методом на аппарате «Tonoport IVa» фирмы «Marquette HELIGE» (США). Оценивали средние значения АД, показатели нагрузки высоким давлением, суточный ритм АД, верификация АГ проведена в соответствии с рекомендациями ВНОК от 2008 года. Работа выполнена при поддержке гранта Президента Российской Федерации (МД-5725.2010.7).

**Результаты.** Среди пациентов с нормоальбуминурией повышенные показатели АД по результатам СМАД выявлены у 8-ми человек (40%), из них у 2-х пациентов АГ выявлена впервые. Во второй группе количество больных, имеющих повышенные показатели АД составило 10 человек (40%), из них впервые выявленная АГ зафиксирована у 5-ти пациентов. Общее количество больных с АГ в 1-й группе составило 11 человек (55%) и 16 пациентов (64%) во второй. Преобладающим видом АГ в обеих группах оказалась изолированная диастолическая гипертензия, которая была определена у 75% больных с нормальной ЭАМ и 80% с микроальбуминурией. У 1-го больного из 1-й группы (12,5%) и 2-х пациентов из 2-й группы (20%) выявлена систолодиастолическая гипертензия и 1 больной с нормоальбуминурией имел показатели СМАД, характерные для изолированной систолической гипертензии. Не наблюдалось достоверных различий между показателями средних величин АД в двух группах. При оценке показателей нагрузки

повышенным АД было выявлено достоверное увеличение индекса времени диастолической АГ у больных с микроальбуминурией ( $p=0,03$ ). По степени снижения ночного АД больные были распределены следующим образом: профиль «диппер» наблюдался у 6-ти больных (30%) с нормоальбуминурией и 4-х с микроальбуминурией (16%), профиль «нон-диппер» выявлен у 11-ти (55%) и 16-ти (64%) больных с нормо- и микроальбуминурией соответственно и профиль «найт-пикер» обнаружен у 3-х больных (15%) с нормальной ЭАМ и 5-ти (20%) с микроальбуминурией. Автономная нейропатия наблюдалась у 82 % больных с АГ из 1-й группы и у 75% из 2-й группы. При ранговом корреляционном анализе выявлены корреляции креатинином крови и систолическим АД в дневные часы ( $r=0,34$ ;  $p=0,03$ ), суточным диастолическим АД ( $r=0,34$ ;  $p=0,03$ ), максимальным диастолическим АД в период покоя ( $r=0,34$ ;  $p=0,02$ ), а также между СКФ и суточным диастолическим АД ( $r=-0,3$ ;  $p=0,045$ ).

**Выводы.** Таким образом, повышение частоты АГ наблюдается уже на ранних стадиях ДН. У пациентов с нормо- и микроальбуминурией выявлены изменения суточного ритма АД, отличного от показателей здоровых лиц, а именно недостаточное снижение АД в период покоя с формированием преимущественно изолированной диастолической гипертензии, а также достоверные взаимосвязи параметров СМАД с показателями, характеризующими выраженность ДН.

С.В. Пешкова\*

## **ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ**

*Кафедра функциональной и ультразвуковой диагностики,*

*Читинская государственная медицинская академия*

*Научный руководитель: д.м.н. Е.В. Гончарова*

**Цель работы.** Проанализировать частоту выявляемости нарушений ритма сердца и проводимости у пациентов с СОАС в зависимости от его степени тяжести.

**Материалы и методы.** В исследование включено 339 пациентов, находящихся на лечении и обследовании в НУЗ «ДКБ на ст.Чита-2 ОАО «РЖД» (средний возраст -  $49,7 \pm 11,3$  лет, ИМТ -  $33,9 \pm 9,4$ ). Критерии исключения: заболевания сердечно-сосудистой системы, ряд эндокринных заболеваний, антиаритмическая терапия. Всем пациентам проведено кардиореспиратор-

ное мониторирование на аппарате «Кардиотехника-04-3РМ». Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы «Statistica 6.0» непараметрическими методами. Статистически значимыми считали значения  $P < 0,05$ .

**Результаты.** В зависимости от индекса апноэ-гипопноэ (ИАГ) были выделены 4 группы: 1 гр. с нормальными показателями ИАГ (менее 5) – 78 пациентов, 2 гр. с СОАС легкой степени (ИАГ 6-15) – 95 пациентов, 3 гр. с умеренной формой СОАС (ИАГ 16-30) – 76 пациентов и 4 гр. с СОАС тяжелой степени (ИАГ более 30) – 90 пациентов. Нарушения ритма низких градаций риска (НГР) (суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия в количестве менее 720 в сутки, согласно Пр. МЗ РФ №796 от 19.12.2005) встречались в 1-й гр. у 42 пациентов (53,8%), во 2-й гр. - у 48 больных (50,5%), в 3-й гр. – у 36 пациентов (47,4%), в 4-й гр. - у 29 больных (32,2%). Нарушения ритма высоких градаций риска (ВГР) (желудочковая экстрасистолия в количестве более 720 в сутки, эпизоды наджелудочкового ритма и фибрилляция предсердий) выявлены у 110 пациентов (32,4%), из них в 1-й гр. - у 17 пациентов (21,8%), во 2-й гр. - у 34 больных (35,8%), в 3-й гр. – у 29 пациентов (38,2%), в 4-й гр. - у 30 больных (33,3%). Нарушения проводимости в виде атриовентрикулярной (АВ) блокады, синоатриальной (СА) блокады, ареста синусового узла были выявлены у 56 пациентов (16,5%), из них в 1-й гр. - у 12 пациентов (15,4%), во 2-й гр. - у 9 больных (9,5%), в 3-й гр. – у 18 пациентов (23,7%), в 4-й гр. - у 17 больных (22,2%). По уровню среднenoчного содержания кислорода в крови выделены 4 группы: 1 гр. с нормальными показателями сатурации (91% и более) – 227 пациентов (66,9%), 2 гр. с легкой гипоксемией (90-89%) – 65 больных (19,2%), 3 гр. с умеренной гипоксемией (88-87%) – 19 пациентов (5,6%), 4 гр. с тяжелой ночной гипоксемией (менее 86%) – 28 больных (8,3%). Нарушения ритма НГР выявлены в 1-й гр. у 103 пациентов (45,2%), во 2-й гр. - у 37 больных (56,9%), в 3-й гр. – у 6 пациентов (31,6%), в 4-й гр. - у 9 больных (32,1%). Аритмии ВГР зарегистрированы в 1-й гр. - у 69 пациентов (21,8%), во 2-й гр. - у 34 больных (35,8%), в 3-й гр. – у 29 пациентов (38,2%), в 4-й гр. - у 30 больных (33,3%). Нарушения проводимости в виде АВ- и СА- блокад, ареста синусового узла были установлены в 1-й гр. - у 28 пациентов (12,3%), во 2-й гр. - у 12 больных (18,5%), в 3-й гр. – у 1 пациента (5,2%), в 4-й гр. - у 7 больных (25%). Таким образом, аритмии НГР чаще выявлялись у пациентов первых трех групп, в то время как нарушения ритма ВГР установлены у больных с легким и умеренным СОАС. АВ- и СА- блокады, арест синусового узла чаще регистрировались у пациентов с умеренным СОАС по сравнению с больными легким СОАС, при этом СА- блокады и арест синусового узла чаще встречались у пациентов с тяжелым СОАС, по сравнению с легким. Частота встречаемости нарушений ритма и проводимости не зависит от нарушений сатурации крови, однако при тяжелой хронической ночной гипоксемии чаще регистрируются СА- блокада и арест синусового узла.

Т.М. Пилюгина\*

## АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РАЙОНАХ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Кафедра эндокринологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор И.А. Бондарь*

**Актуальность:** распространенность сахарного диабета во всем мире достигла эпидемических уровней и продолжает неуклонно возрастать. Больные с сахарным диабетом более подвержены риску развития анемии, по сравнению с населением, не страдающим диабетом. У женщин анемический синдром встречается чаще, чем у мужчин. Последние исследования свидетельствуют, что анемия имеет неблагоприятное влияние на прогрессирование диабетических осложнений, повышает риск сердечно - сосудистых заболеваний и смертности.

**Цель:** оценить частоту и причину анемического синдрома у женщин с сахарным диабетом 2 типа (СД) в районах Новосибирской области.

**Материалы и методы:** проведен ретроспективный анализ карт больных СД 2 типа, осмотренных в ходе выездов в районы Новосибирской области мобильного диабет - центра в 2011-2012гг. В исследование были включены 719 женщин в возрасте 46-75 лет страдающих СД 2 типа. Длительность сахарного диабета составляла  $7,9 \pm 7,0$  лет (0-34лет). Всем пациентам проводилось исследование общего анализа крови, микроальбуминурии, протеинурии, а так же определение уровня гликированного гемоглобина, креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (с использованием формулы MDRD).

**Результаты:** анемия зарегистрирована у 60 (8,3%) обследованных женщин (уровень гемоглобина  $< 12,0$  г / дл), средний уровень гемоглобина составлял  $107 \pm 11$  г/л. Средний возраст пациенток с анемией был  $60 \pm 7,8$  лет. При проведении корреляционного анализа выявлена прямая связь уровня гемоглобина с уровнем СКФ ( $R = 0,202$ ,  $p < 0,003$ ). У женщин с анемическим синдромом микроальбуминурия выявлена у 9 (15%) обследованных, у 6 (10%) – протеинурия и у 25 человек (41,6%) – хроническая почечная недостаточность (ХПН). По мере снижения фильтрационной функции почек отмечалось снижение уровня гемоглобина. Так, средний уровень гемоглобина у пациентов с микроальбуминурией был  $111 \pm 9$  г/л, в группе больных с протеинурией он составил  $100 \pm 8$  г/л, при ХПН средний уровень гемоглобина составлял  $94 \pm 5$  г/л. Таким образом, у 67% обследованных женщин анемия сочеталась с диабетической нефропатией, что было подтверждено микроальбуминурией, снижением уровня СКФ в сочетании с диабетической ретинопатией. У 33% обследованных женщин в анамнезе была хроническая железодефицитная анемия. В этой группе больных средний уровень гемо-

глобина составлял  $108 \pm 9$  г/л. У этих женщин не было изменений со стороны почек.

**Выводы:** частота анемического синдрома у женщин с сахарным диабетом 2 типа составила 8,3%. Основной причиной анемического синдрома в 67% случаев являлась диабетическая нефропатия, выявленная на разных стадиях поражения почек. Железодефицитная анемия диагностирована у 33% женщин.

Ю.А. Плотникова\*

## **ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ**

*Кафедра эндокринологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор И.А.Бондарь*

**Актуальность.** По данным ВОЗ только в странах Европейского союза остеопороз является причиной около 1700 переломов, происходящих ежедневно (около 650 000 случаев в год). В настоящее время остеопорозом страдает около 200 млн. человек в мире.

**Цель работы.** Определить частоту и факторы риска переломов при постменопаузальном остеопорозе.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось «по обращаемости», с использованием анкетирования пациентов и денситометрического исследования осевого скелета на аппарате «Hologic». Из исследования исключены женщины с тяжелой соматической патологией. По данным анкетирования осуществлялся анализ факторов риска: перлом костей в анамнезе, наличие остеопороза у родственников, прием глюкокортикоидных препаратов, употребление молока и молочных продуктов, физическая активность, возраст менархе и начала менопаузы, употребление алкогольных напитков 1 раз в неделю и более, иммобилизация на период более 2 мес, физическая активность. Обследовано 190 женщин в постменопаузальном периоде, без тяжелой соматической патологии. Профилактической терапии препаратами кальция и витамина Д, а так же заместительной гормональной терапии не проводилось. Статистическая обработка осуществлялась с использованием программы Excel 2007 стандартным описательным анализом.

**Результаты.** Остеопороз выявлен у 56 (29,4%) женщин в постменопаузальном периоде остеопения у 48 (25,2%) женщин, нормальная минеральная плотность костной ткани у 86 (45,4%) человек. Среди женщин с постменопаузальным остеопорозом частота переломов составила 26,8% (15 человек). Средний возраст данной группы женщин был  $62,6 \pm 10,1$  лет, индекс массы тела  $24,7 \pm 4,9$  кг/м<sup>2</sup>, Т – критерий –  $3,2 \pm 0,5$  SD. При анализе анкет определена частота факторов риска переломов: вес менее 60 кг - 12,5%, позднее менархе 32%, ранняя менопауза – 50%, низкая физическая активность - 16%,



наличие остеопороза у родственников выявлено в 8% случаев, недостаточное употребление молочных продуктов – 14,3%. Среди женщин без переломов (41 человек – 21,5%) средний возраст группы составил  $52,3 \pm 5$  лет, индекс массы тела  $27,3 \pm 4$  кг/м<sup>2</sup>, Т – критерий –  $2,7 \pm 0,3$  SD. Анализ факторов риска переломов у этих пациенток показал вес менее 60 кг – 10%, позднее менархе 19,5%, ранняя менопауза – 34%, низкая физическая активность – 19,5%, наличие остеопороза у родственников выявлено в 17% случаев, недостаточное употребление молочных продуктов – 48,8%.

**Заключение.** У женщин с постменопаузальным остеопорозом частота переломов составляет 25,2%. Основными факторами риска переломов при наличии остеопороза являются длительность менопаузы и возраст менархе.

О.В. Посевкина  
**ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ОБУЧЕНИИ  
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРИ  
ПРОХОЖДЕНИИ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО УХОДУ ЗА  
БОЛЬНЫМИ**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор М. Ф. Осипенко*

Профессиональная деятельность медицинских работников включает деонтологические проблемы, реализующиеся в глубоком понимании своего профессионального и человеческого долга, нравственно-этической ответственности за качество процесса и результата своей профессиональной деятельности. Врач не ограничивается узкой лечебно-профилактической деятельностью, а участвует в решении сложных проблем воспитания и повышения общего культурного уровня населения. Формирование этических ценностей должно осуществляться в рамках каждой учебной дисциплины с 1 курса и до полного формирования в сознании будущих врачей деонтологических нравственных стереотипов.

**Цель работы.** Оценить этико-деонтологические принципы у студентов 1 курса для формирования у студента-медика грамотного профессионального отношения к пациенту.

**Материалы и методы.** Опрошено 47 студентов 1 курса лечебного факультета медицинского университета (г. Новосибирск) с целью изучения соблюдения основных принципов этики и деонтологии в области медицины, которые включают в себя различные вопросы, касающиеся взаимоотношений между врачом и больным, врачом и родственниками больного, медицинских работников между собой.

**Результаты.** Работа по формированию у студентов этико-деонтологической компетентности носит постоянный характер. Более 95%

студентов отметили, что процесс по формированию деонтологической компетентности или обучение этико-деонтологическим аспектам на занятиях преподавателями кафедры ведется постоянно (из них 15% преподавателей используют элементы ролевых игр, имитирующих профессиональную ситуацию, 28% проводят анкетирование среди студентов и организуют изучение специальной литературы). Однако, 43% респондентов высказали мнение, что действительно необходимо акцентировать внимание студентов на отдельных аспектах нравственности и деонтологии в медицинской деятельности, 42% считают, что данные принципы до студентов университета доводятся в достаточном объеме. 12% считают, что на изучение соблюдения основных аспектов медицинской этики и деонтологии по отдельным дисциплинам, не стоит затрачивать время, лучше приводить примеры из практики медицинской деятельности, обсуждать со студентами все деонтологические качества, необходимые будущему врачу, давать рекомендации по их формированию, организовывать встречи с практическими работниками системы здравоохранения. Они полагают, что этико-деонтологический процесс должен быть целенаправленным, логично включенным в общую систему медицинской профессиональной подготовки. Но 3% студентов отметили, что вопросам этико-деонтологической подготовки уделяется недостаточно внимания, при этом осознавая ее необходимость.

**Выводы.** Деонтологическая подготовка врачей является основным регулятором качества их профессиональной деятельности, ориентиром применения профессиональных знаний, умений и навыков в конкретных профессиональных ситуациях. Без должной деонтологической подготовки врач не может состояться как полноценный, квалифицированный специалист. Добросовестный труд в период учебы и сознательное отношение к исполнению своего общественного долга должны сопутствовать студенту в весь период освоения своей будущей профессии.

М.В. Потеряева, Я.Г. Яцкевич, Е.Ю. Малмыгина,  
Н.Ю. Михалева

## **СУСТАВНОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.А. Паначева*

**Цель исследования.** Изучить частоту и особенности поражения суставов у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), сочетанной с абдоминальным ожирением (АО).

**Материал и методы исследования.** Обследовано 28 больных ГБ в сочетании с АО в возрасте 53-74 лет, среди них 9 (32,1%) мужчин и 19 (67,9%) женщин. Средний возраст мужчин и женщин был одинаков –  $60,0 \pm 7,3$  лет. Критерия включения в исследование: больные с ГБ 2-3 стадией и наличие АО - объем талии (ОТ) у мужчин  $> 94$  см и у женщин  $> 80$  см. Всем пациентам проведены клиническое обследование, в том числе, измерение ОТ, окружности бедер (ОБ), подсчет индекса массы тела (ИМТ) и коэффициента ОТ/ОБ, также оценена функция суставов верхних и нижних конечностей.

**Результаты исследования.** У 75,0% больных диагностирована ГБ 2 стадии, у остальных - 3 стадия. Артериальная гипертензия (АГ) в 42,9% случаев сочеталась с АО, сахарным диабетом (СД) 2 типа и нарушениями липидного обмена; в 28,5% – с АО и дислипидемией; в 14,3% - с АО и СД 2 типа и в 14,3% - только с АО. У подавляющего числа больных (75,9% и 76,1%) длительность АГ и АО были в пределах 20 лет. Отягощенную наследственность по АГ имели 54,8% больных, по АО – 38,0%, по патологии суставного аппарата - 32,8% и по СД – 21,8%. Всего лишь 21,5% больных ГБ имели ИМТ, соответствующий значениям избыточной массы тела, тогда как у остальных пациентов выявлено ожирение 1 (41,3%), 2 (32,2%) и 3 степени (5,0%). У всех мужчин и 95,0% женщин ОТ превышал нормативные значения. Отношение ОТ/ОБ у 85,7% больных ГБ также превышало нормативные значения, при этом у мужчин данный показатель встречался несколько чаще (88,9% против 83,7%).

Артралгии наблюдались у 75,0% больных ГБ, сочетанной с АО, и преобладали в суставах нижних конечностей (НК) – 59,7%, тогда как в 24,7% отмечены одновременно в верхних (ВК) и НК и лишь в 15,6% - в ВК. Сравнительный анализ частоты встречаемости суставного синдрома свидетельствует, что у мужчин превалировали боли в суставах ВК (25,2% против 6,1% - у женщин) и НК (63,1% против 56,2% - у женщин), в то же время у женщин в 3,2 раза чаще встречались артралгии в ВК и НК (37,7% против 11,7% - у мужчин).

Частота артралгий в крупных суставах ВК была практически одинаковой, тогда как в НК преобладали боли в коленных суставах (51,8%) и реже – в тазобедренных и голеностопных (по 24,1%). Синдром артралгий чаще диагностирован при ожирении 1 степени (57,2%), реже – при 2 и 3 степени (33,3% и 9,5% соответственно), также с преобладанием болей в суставах НК (61,9%). Рентгенологическое исследование коленных суставов, выполненное 6 больным ГБ и АО, показало, что у пациентов в равной степени выявлялся гонартроз II и III степени.

**Выводы.** Таким образом, ГБ в 42,9% соответственно сочетается с 3 и 4 признаками метаболического синдрома. Среди больных ГБ чаще выявлено ожирение 1 и II степени. При АГ в сочетании с АО преобладал суставной синдром с локализацией в НК и рентгенологическими признаками гонартроза II и III степени.

Е.В.Потехина, З.А. Бальцер, И.В. Прошак,  
Е.В.Ленская, М.А.Зуева

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЕЙ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.Ю. Зюбина*

**Актуальность.** В последние десятилетия во всем мире отмечается непрерывный рост числа больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), что в первую очередь связано с успешным лечением и снижением летальности. Известно, что анемия является независимым фактором риска для ХСН, увеличивающим необходимость ранней и повторной госпитализации и ухудшающим прогноз основного заболевания. Показано, что снижение гематокрита на 1% увеличивает общую смертность больных с ХСН на 2,7%, а при сочетании с поражением почек этот показатель становится еще выше.

**Целью** исследования явилось изучение функционального состояния почек при ХСН в сочетании с анемией.

**Материал и методы.** Проведен анализ 150 историй болезни пациентов ЛПУ с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ХСН II–IV функционального класса (NYHA) в возрасте от 44 до 90 лет (средний возраст  $76,8 \pm 5,1$  года), из них женщин – 61, мужчин – 89. Преобладал III ФК ХСН – у 77,2%, II – у 21,1% и IV – у 1,6% больных. Анемию диагностировали при уровне гемоглобина у мужчин  $<130$  г/л, у женщин –  $<120$  г/л. Изучено функциональное состояние почек (ОАМ, креатинин крови, мочевины, УЗИ почек). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле Cockcroft–Gault.

**Результаты.** В целом изменения со стороны почек определено у всех больных в виде диффузных изменений – у 37,5%, кист – у 25%, наличия гидронефроза или камней почек – у 50% больных. У 82,0% пациентов имелся патологический мочевого синдром. Снижение СКФ ниже 60 мл/мин выявлено у 36,8% больных. Анемия преимущественно легкой степени тяжести диагностирована у 18,6% пациентов, у мужчин средний уровень гемоглобина равен  $114,8 \pm 3,1$  г/л, у женщин –  $98,0 \pm 4,2$  г/л. Средний возраст больных с анемией составил  $68,8 \pm 6,2$  лет, преобладали мужчины – 73,9%. Основной составляющей патогенеза анемии являлся доказанный дефицит железа (в 73,0% случаев), в 27% – наличие хронического воспалительного процесса, в том числе в почках. Степень и частота анемии увеличивалась с выраженностью ХСН – средняя концентрация гемоглобина уменьшилась от 124 г/л у пациентов со II ФК, 120 г/л при III ФК и до 109 г/л у пациентов с тяжелой ХСН IV ФК, а частота анемии возросла от 9,1% у больных до 18,1%, соответственно. У больных с анемией в 87,5% случаев определен III ФК и у

12,5% - IV ФК ХСН, тогда как у больных без анемии четвертый ФК не определен вовсе, а у 34,4% больных II ФК и у 65,6% - III ФК. У 62,5% больных с анемическим синдромом имел место постинфарктный кардиосклероз с нестабильной стенокардией IА класса, у 100% - ИБС сочеталась с гипертонической болезнью и изменениями со стороны почек. Сочетание СКФ ниже 60 мл/мин и анемии наблюдалось у 68,8% больных с ХСН. При этом у больных с I-II ФК ХСН клубочковая фильтрация была выше, чем у пациентов с III-IV ФК ХСН ( $82,5 \pm 28,5$  и  $62,4 \pm 19,1$  мл/мин соответственно,  $p < 0,001$ ). Повышенный уровень общего холестерина у больных с II ФК был реже (у 26,4%), чем у больных с III-IV ФК (в 73,4% случаев), что определяло вовлечение почек при ИБС и ХСН.

Таким образом, исследование показало высокую частоту анемического синдрома среди больных ИБС и ХСН, его негативное влияние на функциональное состояние почек и прогрессирование ХСН, что требует обязательной дифференциации патогенеза и причины анемии, ее коррекции.

**Е.В.Потехина, Т.З. Варданян, М.А.Зуева, Е.В.Ленская**  
**К ВОПРОСУ О КАРДИОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф.Л. Ю. Зюбина*

**Актуальность.** Известно, что поражение почек при наличии сердечно-сосудистой патологии, независимо от характера почечного заболевания, свидетельствует о высоком уровне кардиоваскулярного риска. В многочисленных исследованиях установлена тесная ассоциация между тяжестью почечной дисфункции и риском общей смерти, а также возникновением фатальных и нефатальных кардиоваскулярных событий.

**Целью** исследования явилось изучение функционального состояния почек при хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Обследовано 122 больных с ишемической болезнью (ИБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) функционального класса (ФК) 2-4 по NYHA, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении, в возрасте 65-88 лет (средний возраст  $76,8 \pm 5,1$  лет), из них женщин - 71, мужчин - 51. Проведено стандартное обследование почек: общий анализ мочи (ОАМ), мочевины, креатинина, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), УЗИ почек. Из исследования исключены больные с анемическим синдромом. Средний уровень Hb у женщин -  $137,2 \pm 6,3$  г/л, у мужчин -  $149,4 \pm 5,4$  г/л.

**Результаты.** В 92,0% ИБС сочеталась с артериальной гипертонией (АГ), в 21,1% случаев установлена ХСН ФК 2, у остальных - ФК 3-4, преимуще-

ственно среди лиц старше 75 лет. При этом, если в целом в этой группе больных СКФ составила  $63,8 \pm 18,8$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  (от 39 до 142 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ), что соответствует наличию хронической болезни почек (ХБП) 2 стадии, то у 42% больных (51 чел.) СКФ была  $< 60$  мл/мин и свидетельствовала о наличии ХБП 3 ст.

Выявлена прямая зависимость ухудшение органического и функционального состояния почек от возраста, являющегося неустраняемым фактором риска кардиоренального поражения, ФК ХСН и вариантов ИБС. Так, в возрастной группе от 65 до 75 лет при ФК<sub>II</sub> ХСН скорость клубочковой фильтрации составила  $91,4 \pm 10,8$  мл/мин (от 112 до 69,1 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ), при ФК<sub>III</sub> –  $84,7 \pm 12,7$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  (от 107,4 до 65,7 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ), у лиц 75-80 лет при ФК<sub>II</sub> –  $68,4 \pm 15,6$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  (от 87,4 до 60,1 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ), при ФК<sub>III</sub> –  $56,7 \pm 17,3$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  (от 65,6 до 54,2 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ), соответственно, тогда как у больных старше 80 лет при любом ФК – не превышала в среднем  $54,2$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$  (от 34 до 73 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ). Нарастание ФК ХСН и почечной дисфункции отмечено среди больных, сочетающих несколько вариантов ИБС, в том числе, перенесших инфаркт миокарда (СКФ  $52,4 \pm 21,8$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ ). Определенный вклад в континуум вносит и АГ: у лиц без АГ скорость клубочковой фильтрации составила –  $85,2 \pm 19,8$  мл/мин, при АГ 2 ст. –  $76,4 \pm 13,8$  мл/мин, а при АГ 3 ст. –  $62,4 \pm 19,8$  мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ .

**Выводы.** Проведенное исследование подтверждает прямую зависимость параллельного поражения почек с тяжестью сердечно-сосудистой патологии и требует радикальных мероприятий по первичной, вторичной и третичной профилактики на всех этапах медицинского обслуживания населения.

К.А. Пученина  
**НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ,  
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ПОЛИМОРФИЗМ  
АЛЛЕЛЕЙ C282Y, H63D ГЕНА HFE**

*Кафедра факультетской терапии  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н, проф. А.Б. Кривошеев*

**Актуальность.** В последнее десятилетие неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) трансформировалось из редкого диагноза в часто диагностируемую нозологическую форму, конкурирующую по распространенности с вирусными гепатитами и алкогольной болезнью печени. НАЖБП проявляется в последовательных трех формах: 1. Неалкогольный стеатоз печени (НАСП) – избыточное накопление жира в ткани печени

с развитием жировой дистрофии печёночных клеток. Характеризуется патологическим внутри- и (или) внеклеточным отложением триглицеридов 2. Неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) – характеризуется повышением активности ферментов печени в крови. Морфологические изменения в биоптатах печени – наличие воспалительной инфильтрации, очагов повреждения гепатоцитов и фиброза на фоне жировой дистрофии. 3. Цирроз печени (ЦП) – финальная стадия заболевания с наличием выраженного фиброза, узлов регенерации и нарушением архитектоники органа. Возможен исход в гепатоцеллюлярную карциному. НАЖБП свойственны комбинированные метаболические расстройства. Обнаруживаются нарушения в обмене железа, липидов, углеводов. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о широком распространении НАЖБП. Распространённость НАЖБП в общей популяции колеблется от 2,8 до 20%. В странах Западной Европы и США на её долю приходится до 69% хронической патологии печени. В общей популяции промышленно развитых государств по данным разных исследований НАЖБП составляет от 5,7 до 25%. В РФ по данным эпидемиологического исследования DIREG\_L\_01903, включившего в себя более 30 тысяч пациентов поликлиник НАЖБП была зарегистрирована у 27% больных. Из них НАСП был выявлен в 80,3%, а НАСГ и ЦП в 16,8 и 2,9% случаев соответственно. В настоящее время НАЖБП рассматривают как приобретенное метаболическое стресс-индуцированное заболевание печени, ассоциированное с инсулинорезистентностью (ИР) и генетической предрасположенностью.

**Цель работы.** Изучить частоту полиморфизма аллелей C282Y и H63D гена HFE и ИР при НАЖБП.

**Материалы и методы.** Наблюдали 57 больных в возрасте от 28 до 64 лет (средний возраст  $48,7 \pm 2,6$  года), у которых в ходе комплексного обследования дополнительно определяли показатели иммунореактивного инсулина, базального уровня гликемии и рассчитывали индекс ИР Homeostasis Model Assessment (НОМА-ИР). Частоты аллелей C282Y и H63D определяли в ходе молекулярно-генетического анализа ДНК при помощи ПЦР с последующим ПДРФ анализом.

**Результаты:** НАЖБП была выявлена у больных ишемической болезнью сердца, артериальной гипертонией и сахарным диабетом типа 2, госпитализированных в клинику. В ходе контрольного комплексного обследования у всех больных обнаружена дислипидемия, характеризующаяся гипертриглицеридемией и гиперхолестеринемией. Расстройства углеводного обмена и железа выявлены в 82% и 64% случаев, соответственно. Замены C282Y и H63D в гене HFE обнаружены у 16 больных (28,1%), у 12 из них (75%) индекс ИР (НОМА-ИР) был более 5. В группе больных (41 человек) с нормальными гомозиготными генотипами C282C и H63N ИР имела место, но индекс НОМА-ИР не превышал 4.

**Выводы.** ИР следует рассматривать как ключевой патофизиологический процесс в формировании НАЖБП. Наличие полиморфизма аллелей 110



C282Y и H63D в гене HFE позволяет рассматривать таких пациентов как группу риска по формированию НАСГ с возможным исходом в ЦП.

О.Б. Серегина\*, Т.Н. Бабаева\*  
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА И СИМПТОМОВ ОПУХОЛЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Т.И.Поспелова*

**Актуальность.** Цитокины являются медиаторами сложных взаимоотношений между иммунной системой организма и растущей опухолью. С одной стороны, цитокины принимают участие в активации противоопухолевого иммунитета, направленного на лизис опухолевых клеток, с другой - цитокины синтезируются опухолевыми клетками, участвуют в прогрессии и метастазировании опухолей [С.А. Кетлинский, 2008]. Влияние цитокинов на изменения в системе гемостаза показано при развитии септических, аутоиммунных и опухолевых процессов [Б.И. Кузник, 2013]. Роль цитокинов в регуляции системы гемостаза у пациентов с гемобластомами требует дополнительного изучения с целью прогнозирования и купирования тромбогеморрагических осложнений, сопровождающих течение и терапию неходжкинских злокачественных лимфом (НХЗЛ).

**Цель исследования:** изучить уровень про- и противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных агрессивными НХЛ и выявить их связь с выраженностью симптомов опухолевой интоксикации в дебюте заболевания.

**Материал и методы.** На базе городского гематологического центра Новосибирска обследовано 32 пациента (17 мужчин и 15 женщин, средний возраст  $60,7 \pm 10,7$  лет) с впервые диагностированными агрессивными неходжкинскими лимфомами. У всех пациентов оценивалось наличие клинических признаков опухолевой интоксикации (В-симптомы): ночная профузная потливость, снижение массы тела на 10% и более за 6 месяцев, фебрильная лихорадка. Были выделены 2 группы больных - с наличием (18 пациентов) или с отсутствием (14 человек) В-симптоматики. Всем больным определяли уровни про- (IL-1b, IL-6, TNF- $\alpha$ ), противовоспалительных (IL-2, IL-4) цитокинов в сыворотке крови и показатели активации тромбоцитарно-сосудистого и коагуляционного звеньев гемостаза (РФМК, фибриноген, ПТИ, агрегация тромбоцитов с универсальными индукторами).

**Результаты исследования.** В группе больных с наличием В-симптомов средние уровни TNF- $\alpha$  и IL-6 были выше в 4,2 и 4,6 раза соответственно, чем в группе больных с отсутствием В-симптомов. При этом уровни противовоспалительных цитокинов не отличались от референсных значений, что свидетельствует о цитокиновом дисбалансе, с преобладанием концентрации провоспалительных цитокинов. При исследовании агрегации тромбоцитов с универсальным индуктором отмечались разнонаправленные изменения - как гипоагрегация, так и гиперагрегация. У всех больных лимфомами выявлено достоверное повышение уровня РФМК и фибриногена по сравнению с контролем, при этом в группе больных с наличием В-симптомов уровни фибриногена и РФМК были выше в 1,2 и 1,3 раза соответственно, чем при их отсутствии.

**Выводы:** полученные результаты указывают на наличие у пациентов с НХЗЛ в дебюте заболевания цитокинового дисбаланса, более выраженного у пациентов с симптомами опухолевой интоксикацией. Изменения показателей гемостаза, выявленные в дебюте заболевания, характеризуются умеренной тромбинемией и разнонаправленностью результатов при исследовании агрегатограммы, что вероятно поддерживается опухолевым процессом и цитокинемией, и коррелирует со степенью выраженности симптомов опухолевой интоксикации.

Е.А.Сокорева\*

## **ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ИТОГАМ РАБОТЫ ДИАМОБИЛЯ**

*Кафедра эндокринологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н., ассистент О.Ю. Шабельникова*

Сахарный диабет (СД) 2 типа является серьезной медико-социальной проблемой, что обусловлено развитием микро- и макро-сосудистых осложнений, высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний. Для таких пациентов имеет значение контроль показателей не только углеводного, но и липидного обменов.

**Цель исследования:** проанализировать особенности липидного обмена у пациентов с СД 2 типа по итогам работы диамобиля.

Обследовано 149 пациентов с СД 2 типа на базе передвижного лечебно-профилактического модуля (диамобиля) в Новосибирском-сельском районе. Из них 75,2% женщины, 24,8% мужчины. Средний возраст составил 60,5 $\pm$ 7,3 г. Длительность диабета варьировала от 4 до 11 лет, медиана – 6

лет. Артериальная гипертензия (АГ) была у 96,6%, ИБС - у 14,8%. Среднее значение гликированного гемоглобина (HbA1c) составило  $8,25 \pm 1,9\%$ . Из всех обследованных только 23 (15,4%) получали постоянную терапию статинами. Проводилось исследование общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), A1c (HbA1c) на биохимическом анализаторе Olympus AU 480. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica v 6.0.

В результате проведенного исследования средний уровень ОХС составил  $6,2 \pm 1,6$  ммоль/л, ТГ –  $2,5 \pm 1,7$  ммоль/л, ЛПНП  $3,7 \pm 1,3$  ммоль/л, ЛПВП  $1,3 \pm 0,3$  ммоль/л. Пациенты с длительностью СД 2 типа менее 1 года имели достоверно более низкий уровень ОХС, ТГ, ЛПНП ( $5,4 \pm 1,0$ ;  $1,9 \pm 0,7$ ;  $3,17 \pm 0,3$  ммоль/л соответственно), по сравнению с пациентами с большей длительностью заболевания. ДЛП достоверно чаще была у женщин 90%, чем у мужчин 86,5% ( $\chi^2=0,373$ ,  $p<0,05$ ). Нормальные показатели липидного обмена зафиксированы у 19 пациентов (17,5%), дислипидемия у 130 (87,2%) обследованных. ДЛП Ia типа выявлена у 36 (26,2%) и ДЛП Ib типа у 96 (73,8%). Других типов ДЛП не установлено. Гиперхолестеринемия (ОХС- $4,5$  ммоль/л) диагностирована у 131 пациента (88 %), гипертриглицеридемия (ТГ- $1,7$  ммоль/л) - у 98 (65,7%), снижение ЛПВП отмечено (менее 1,0 ммоль/л у муж и менее 1,2 ммоль/л у жен) у 28 (20,8 %), повышение ЛПНП (2,6 ммоль/л) у 123 (82,5%). Характеристика группы с нормальным уровнем липидов: в группе 16 человек, в возрасте от 54 до 79 лет, из них 5 мужчин, остальные женщины, ИБС установлена у 5 пациентов (4 получают статины), всего в группе получают статины 9 пациентов, длительность СД до года у 1 пациента, от 1 года до 5 лет – у 6, более 5 лет – у 9 больных. Статистически значимых различий показателей липидного обмена в зависимости от наличия ИБС не обнаружено, что может быть обусловлено приемом статинов (среди больных количество больных получающих гиполипидемическую терапию ИБС 45,5 %). Показатели липидного обмена у пациентов с ИБС: средний уровень ОХС  $5,4 \pm 1,6$  ммоль/л, ТГ –  $2,1 \pm 0,9$  ммоль/л, ЛПНП  $3,4 \pm 1,3$  ммоль/л. Слабая прямая корреляционная взаимосвязь была выявлена между показателями HbA1c и ОХС ( $r=0,200$ ,  $p<0,05$ ), уровень ТГ и ЛПНП не зависел от HbA1c. Корреляционный анализ не выявил взаимосвязи показателей липидного обмена с длительностью диабета, возрастом пациентов.

Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте дислипидемий у пациентов с СД 2 типа (87,2%). Наиболее частый тип дислипидемии у пациентов с СД 2 типа Ib (73,8%). Проведенное исследование показало необходимость регулярного контроля параметров липидного обмена и постоянной гиполипидемической терапии.

А. В. Сударикова\*  
**НАРУШЕНИЯ КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ,  
НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

*Кафедра эндокринологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. И. А. Бондарь*

Современные методы заместительной почечной терапии позволяют продлить жизнь больных с терминальной стадией почечной недостаточности на многие годы. Вместе с тем улучшение качества медико-социальной реабилитации этой категории больных привело к появлению новых проблем, среди которых на первое место выдвинулись предупреждение и лечение различного рода осложнений терминальной почечной недостаточности (ТПН). Больные ТПН представляют собой группу повышенного риска по развитию нарушений фосфорно-кальциевого обмена, патологии костно-суставного аппарата. Целью настоящего исследования явилось изучение частоты, а также проявлений нарушения обмена кальция у больных ТПН, получающих лечение гемодиализом.

**Материалы и методы.** В исследование включены 90 пациентов, находившихся в отделении гемодиализа Новосибирской областной клинической больницы на программном гемодиализе. Среди них было мужчин - 60, женщин - 30. Средний возраст составил 42,2 года. Сроки лечения гемодиализом были следующими: от 0 до 1 года - 13 пациентов (14.4%), 1 - 5 лет - 43 пациента (47.8%), более 5 лет - 34 пациента (37.8%). Диагностику нарушений кальциевого обмена осуществляли на основании биохимического исследования уровня общего кальция в сыворотке крови, уровня паратиреоидного гормона. Диагностику гиперплазии ПЩЖ осуществляли с использованием ультразвукового исследования, сцинтиграфии околощитовидных желез с применением  $^{99m}\text{Tc-MIBI}$  (у 15 пациентов). Кроме этого больным проводили ЭхоКГ, остеоденситометрию.

**Результаты и обсуждение.** Общий кальций сыворотки крови среди исследуемых был следующим: менее 2.20 ммоль/л - у 46 пациентов (51%), от 2.20 до 2.7 ммоль/л - у 8 (8.8%); более 2.7 ммоль/л - у 34 (41.2%). Базальный уровень ПТГ менее 60 пг/мл выявлен у 4 пациентов (4.4%), уровень ПТГ от 60 до 250 пг/мл у 15 (16.6%), 250-400 пг/мл у 11 обследуемых (12.2%), более 400 пг/мл - у 60 (66.8%). Считается, что уровень ПТГ более 400 пг/мл у пациентов, получающих терапию программным гемодиализом, нуждается в коррекции и может приводить к развитию серьезных осложнений. Осложнения гиперпаратиреоза встречались со следующей частотой: системный остеопороз (подтвержденный денситометрическим методом) - у 12 пациентов (14%), у 4 из них в анамнезе - патологические переломы. Кальцинаты в сердечных клапанах при проведении ЭхоКГ выявлены у 15 (16,6%) обследуемых. Данные осложнения выявлены преимущественно у той части па-

циентов (92.6%), у которых уровень ПТГ превышает 400 пг/мл, и лишь у 2 (7.4%) с показателями ПТГ 250-400 пг/мл. Развитие третичного гиперпаратиреоза с формированием аденомы паращитовидной железы наблюдалось у 6 обследуемых пациентов (6.5%), все из которых относятся к группе, получающих гемодиализ более 5 лет.

**Выводы.** Больные терминальной почечной недостаточностью, получающие заместительную терапию программным гемодиализом, представляют собой группу высокого риска по развитию нарушений обмена кальция и гиперпаратиреоза. Осложнения гиперпаратиреоза такие как системный остеопороз, кальцификация сердечных клапанов возникали преимущественно при повышении уровня ПТГ более 400 пг/мл. Формирование третичного гиперпаратиреоза происходило у пациентов, получающих терапию программным гемодиализом более 5 лет.

О.С. Тарасенко\*  
**СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПОСЛЕ  
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ**

*Кафедра эндокринологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. И.А. Бондарь*

Трансплантация почки (ТП) является методом выбора в лечении больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ХПН).

**Цель работы:** оценить состояние углеводного обмена в ранний пост-трансплантационный период после трансплантации почки в зависимости от схемы цитостатической терапии.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 50-ти историй болезней реципиентов, с хронической болезнью почек в терминальной стадии недиабетической природы (хронический гломерулонефрит, поликистоз почек, гипертонический нефроангиосклероз, Ig A нефропатия с выраженными фибропластическими изменениями и другие), перенесших трансплантацию трупной почки в Государственной Новосибирской областной клинической больнице в период с 2010 по 2012 гг. Среди пациентов 18 мужчин и 32 женщины, возраст от 20 до 68 лет (медиана 37лет). Длительность нахождения в стационаре составила около 2-х недель. Иммуносупрессивная терапия после ТП проводилась по трехкомпонентной схеме: в 1-ой группе у 11-ти пациентов использовался ингибитор кальциневрина - такролимус, во 2-ой группе у 39 больных – циклоспорин, так же в схему входили глюкокортикоид и мофетил микофенолат. Состояние углеводного обмена оценивалось по ежедневному определению уровня глюкозы натощак в сыворотке крови, кроме этого оценивалась функция печени, сопутствующая

патология, наследственность и влияние иммуносупрессивного лечения на углеводный обмен.

Из сопутствующих заболеваний у обследованных больных диагностированы ожирение I степени у 5-х пациентов (10%), нефрогенная артериальная гипертензия у 49-х больных (98%), хронический вирусный гепатит С у 13-ти больных (25%), вторичная анемия у 50-ти (100%). Отягощенная наследственность по заболеванию почек у 9-х пациентов (18%), по сахарному диабету - не выявлено.

Анализ результатов показал, что в ранний посттрансплантационный период у 35 (75%) обследованных было зарегистрировано транзитное повышение уровня гликемии в 1-ую и 2-ую неделю после ТП. При ежедневном контроле уровня глюкозы крови натощак в течение 1-ой недели было повышение у 30 (60%) больных, уровень гликемии колебался от 6,0-15,8 ммоль/л., показатели глюкозы крови стабилизировались на 2-ую неделю. У 5 (10%) обследованных повышение гликемии наблюдалось на 2-ой неделе, уровень гликемии колебался от 6,0-6,7 ммоль/л, показатели стабилизировались к концу 2-ой недели после операции. Максимальное повышение глюкозы крови было обнаружено на схеме с такролимусом до 15,8 ммоль/л., среднее значение  $11,60 \pm 6,22$  ммоль/л., а на схеме с циклоспорином до 15,3 ммоль/л., среднее значение  $14,0 \pm 1,84$  ммоль/л. На этих двух схемах повышение гликемии было одинаково (при  $\chi^2 = 0,048$ ,  $p > 0,05$ ). Факторами риска нарушения углеводного обмена после ТП являлось: ожирение у 5 больных и гепатит С у 8 больных.

Таким образом, начало иммуносупрессивной терапии с введением больших доз цитостатиков и глюкокортикоидов, операционный, трансплантационный стресс и сопутствующая патология оказывает дестабилизирующее влияние на углеводный обмен.

Р.В. Тарновский\*

## **ВОЗМОЖНОСТИ MICROARRAY-ТЕХНОЛОГИИ (БИОЧИПЫ) ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ АНОМАЛИЙ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ,  
Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: д.м.н. проф. Т.И. Пospelова,  
д.м.н., проф. И.Б.Ковынев*

**Актуальность.** Инновационный молекулярно-генетический метод биочиповой (microarray) диагностики является одним из наиболее перспективных инструментов для современных исследований в области онкогематологии. В основе развития гемобластозов (ГБ) лежат генетические изменения в

клетке – предшественнице гемопоэза. Биочиповые (microarray)-технологии позволяют одномоментно выявлять широкий спектр клинически значимых генетических аномалий для определения прогноза и тактики лечения пациентов с гемобластозами (ГБ). Цель исследования: с помощью метода геночипирования определить наиболее характерные профили экспрессии химерных генов у больных бластными формами злокачественных новообразований крови и костного мозга.

**Материал и методы:** на базе Городского гематологического центра г. Новосибирска обследовано 47 пациентов с бластными формами (ГБ): 38 больных с острым миелобластным лейкозом (ОМЛ), 9 пациентов с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ). Средний возраст больных составил  $48 \pm 26,3$  лет. В соответствии с критериями ВОЗ все пациенты с впервые выявленным заболеванием были разделены на две прогностические группы. В первую группу (с благоприятным прогнозом) вошли 18 человек (38,3%), во вторую (с неблагоприятным прогнозом) - 29 человек (61,7%). В обеих группах с помощью метода геночипирования проведен анализ 96 образцов РНК костного мозга и периферической крови. Использовались тест-системы (матричные молекулярные биочипы) «ЛК-БИОЧИП» (НИИ им. В.А. Энгельгардта РАМН (Москва)). На поверхности биочипов были иммобилизованы олигонуклеотиды, комплементарные участкам последовательностей матричной РНК, экспрессирующих химерные гены AML/ETO, E2A/PBX, BCR/ABL, PML/RARA, CBFB/MYH11, TEL/AML, MLL (общий), появляющиеся как результат хромосомных aberrаций t(8;21), t(1;19), t(9;22), t(15;17), inv16, t(12;21).

**Результаты исследования:** генетические мутации в клетках опухоли были найдены у больных обеих групп. В первой группе мутации выявлены у 9 пациентов (19,1%), во второй - у 20 больных (42,5%). В первой группе наиболее часто встречались одиночные хромосомные aberrации, приводящие к повышенной экспрессии химерных генов - AML/ETO (у 8 пациентов с ОМЛ) и MLL (у 1 пациента с ОЛЛ). У пациентов второй группы достоверно чаще отмечено наличие множественных генетических aberrаций с наиболее характерным профилем аномальных генов: MLL, AML/ETO, BCR/ABL и MLL, AML/ETO и TEL/AML (в 2 случаях наблюдалась одновременная экспрессия MLL, TEL/AML, в 3-х случаях - CBFB/MYH11, AML/ETO, у 2 пациентов наблюдалась одновременная экспрессия 3-х химерных генов MLL, AML/ETO и BCR/ABL; MLL, AML/ETO и TEL/AML, соответственно).

**Выводы:** у больных бластными формами ГБ с неблагоприятным течением заболевания достоверно чаще встречаются множественные генетические aberrации с характерным профилем аномальных генов: MLL, AML/ETO, BCR/ABL и MLL, AML/ETO и TEL/AML. У пациентов с благоприятным прогнозом отмечаются преимущественно одиночные генетические aberrации. Данное исследование позволяет предположить более высокую чувствительность геночиповых (microarray) технологий по сравнению со стандартными методами цитогенетики и рутинным ПЦР-анализом.



И.А. Толмачёв, К.В. Алексанян, Е.И. Вакуленко,  
М.А.Черемных\*, Ю.И.Митрофанова\*, Н.В.Самсонова  
**ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ  
КАТАСТРОФ В БЛИЖАЙШИЕ 10 ЛЕТ У НАСЕЛЕНИЯ  
В ВОЗРАСТЕ 40-65 ЛЕТ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации  
Новосибирский государственный медицинский университет.*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.Ю. Зюбина*

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в мире достигает 59%, при этом в России является одной из самых высоких. От сердечно-сосудистых катастроф (ССК) 40% россиян умирают в трудоспособном возрасте (25–64 года). Отсутствие контроля за причинными факторами развития ССЗ и ССК, предикторными состояниями и их ранними симптомами со стороны пациентов диктуют необходимость изучения факторов риска (ФР) этих состояний, создания индивидуальной реабилитационной программы согласно ФР и привлечения активного внимания больных к модифицируемым показателям.

**Цель исследования.** Оценка факторов риска ССК в ближайшие 10 лет среди населения в возрасте 40-65 лет.

**Материалы и методы:** проведен скрининговый опрос с помощью расширенной шкалы SCORE 150 пациентов различных отделений ГБУЗ МКБ №2 НСО и респондентов - сотрудников НГМУ и медицинских работников ЛПУ. Число мужчин и женщин одинаковое. Средний возраст обследованных составил  $53,05 \pm 4,33$ , мужчин -  $52,7 \pm 6,05$  и женщины –  $53,4 \pm 6,14$  лет. Обследованные были разделены на несколько групп в зависимости от возраста. В первую группу вошли 30 респондентов зрелого возраста (40 – 45 лет), согласно ВОЗ, во вторую группу - 90 респондентов среднего возраста (46 – 60 лет), в третью группу 30 - респондентов пожилого возраста (61 – 65) лет. Скрининг включал стандартные вопросы шкалы SCORE: пол, возраст, отношение к курению, уровень общего холестерина (УОХ), систолического АД, наличие или отсутствие СД. Кроме этого нами включены дополнительные вопросы: наличие у респондента диагностированных ССЗ, генеалогический анамнез, индекс массы тела (ИМТ), дополнительные лабораторные данные (триглицериды, липопротеиды высокой плотности и уровень гликемии), отношение респондента к алкоголю, образ жизни, наличие или отсутствие инвалидности, психологическое состояние пациента, находится ли пациент/респондент в обществе курящих, осведомленность о правильном питании согласно возрасту и заболеванию.

**Результаты.** В целом по группе 45% опрошенных имеют высокий и крайне высокий риск, 55% - низкий и умеренный риск. При этом у жен-

щин преобладали (69%) низкий (у 23%) и умеренный риск (46%), тогда как у остальных - высокий (16%) и крайне высокий (15%). У 60% мужчин преобладает высокий (11%) и крайне высокий (37%) риск ССК. Высокий и крайне высокий риск ССК у женщин оказался преимущественно за счет немодифицируемого фактора (преобладание пожилых) и модифицируемых - СД и ИБС, а у мужчин – немодифицируемого фактора (пол), и модифицируемого – курения и в меньшей степени по сравнению с женщинами за счет СД и ИБС и более высокого - УОХ. Отмечена прямая зависимость степени риска от возраста. Так, если в 1 группе пациентов у 100% женщин определены низкий и умеренный риск ССК, то среди мужчин - у 86,7%, а в 3 группе – лишь у 26,7 и 0%, соответственно. Проведен и представлен анализ зависимости степени риска от ИМТ, генетической предрасположенности по АГ, гиподинамии, типа психологического реагирования на происходящие события, от отношения к адекватности питания согласно возраста и заболевания, а также по отношению к алкоголю.

**Выводы.** Показано наличие высокого риска среди опрошенных жителей г.Новосибирска, независимо от возраста и пола, а также наличие многих модифицируемых факторов, которые могут быть правильно и своевременно скорректированы при активном и должном участии самих больных.

Т.В. Швецова, О.М.Мельникова, М.А.Зуева, С.Л.Симакова  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.Ю. Зюбина*

**Актуальность.** Успех реабилитационных мероприятий в клинике внутренних болезней зависит от комплайенса медицинских сотрудников с больными, который во многом определяется отношением самих больных к своему состоянию и болезни в целом. Личностный подход к больным возможен в результате выявления особенностей их психологического состояния, которое зависит от разных составляющих медико-социального характера. Высокая распространенность метаболического синдрома (МС) и гипертонической болезни (ГБ) среди населения, тяжелые фатальные и не фатальные осложнения при них часто вследствие недостаточной эффективности предлагаемой терапии, в том числе в результате неадекватного отклика больных на лечение, диктует важность изучения психологического статуса больных.

**Целью** работы явилось сравнительное изучение психологического состояния больных с МС и ГБ.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование и обследование 80 больных с МС и 75 больных с ГБ 2 ст. АГ 2-3ст., находящихся на стационарном и поликлиническом наблюдении ЛПУ. Средний возраст -  $59,5 \pm 9,2$  и  $56,4 \pm 2,9$  лет, соответственно, преимущественно женщины. МС диагностирован на основе наличия ожирения, артериальной гипертензии (АГ) 2-3 ст., дислипидемии и изменений углеводного обмена в виде нарушенной толерантности к глюкозе или сахарного диабета. У 49,0% больных ГБ индекс Кетле не превышал 25,9, нарушения холестерино-липидного обмена менее выражены, чем у больных с МС. Для определения психологического статуса использован опросник Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (ЛЮБИ), состоящий из 12 вопросов и позволяющий определить настроение больных, их отношение к болезни, лечению, врачам, родным и близким, работе, окружающим, одиночеству, будущему. Материал обработан по определенной методике.

**Результаты исследования.** Оказалось, среди больных ГБ 75,0% имеют адаптивный психологический тип, тогда как при МС лишь 25,0%. При этом преобладали гармоничный и эргопатический типы реагирования при ГБ, а при МС – анозогнозический, что в целом свидетельствует о психической и социальной адаптации к болезни. Деадаптивные типы встречены в основном среди больных, страдающих МС (у остальных 75% больных) против 27% с ГБ. Так, у 26% из 75% больных с МС определен интрапсихический тип на основании повышенной тревожности, ипохондрии, неврастении, меланхолии, апатии), у 19,0% - деадаптация, проявляющаяся сенситивным, эгоцентрическим, дисфорическим и паранойяльным типами реагирования на болезнь, а у 30,0% - смешанным, трудно дифференцируемым психологическим статусом, но с преобладанием деадаптивных, а не гармоничных проявлений. При ГБ деадаптация характеризовалась чаще ипохондрическими и сенситивными симптомами, что в 55% случаев сочетается с наличием признаков энцефалопатии, как и при МС

**Выводы.** Выявлены определенные отличия психического статуса больных МС и ГБ. Преобладание деадаптивных вариантов психологического состояния больных МС указывает на определенный вклад наличия ожирения и дислипидемии в неадекватное отношение этой группы больных к необходимости лечения и важность привлечения к лечению психоневрологов.

Н.Н. Ярышкина, Н.В. Кузнецова, Д.О. Шумкина  
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧАСТОТЫ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С *HELICOBACTER PYLORI*, С КУРЕНИЕМ И ИЗМЕНЕНИЕМ ВЕСА ТЕЛА**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.А. Бикбулатова*

**Цель исследования.** Проанализировать частоту обострений язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (Hр), в зависимости от курения и изменения веса тела.

**Материалы и методы.** В мае 2007 года в городе Новосибирске была проведена программа для участковых терапевтов «Эффективная эрадикация». Она включала короткие анкеты с основными показаниями к эрадикации (язвенная болезнь, атрофический гастрит, наличие родственников больных раком желудка), применяемые методы диагностики Hр инфекции, схему и длительность эрадикации. В 2012-2013 г. через семь лет был проведен опрос по телефону пациентов, анкетированных в 2007 г. Были оценены следующие критерии: наличие и частота обострений язвенной болезни с 2007 г. по настоящее время, результаты обследования пациентов с обострением, методы диагностики Hр, эффективность эрадикационной терапии, курение, колебания веса.

**Результаты.** В ходе телефонного опроса было опрошено 53 человека, из них 21 (39,62%) мужчины и 32 (60,38%) женщины. Диагноз язвенная болезнь желудка был у 21 (39,62%) человека и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у 32 (60,38%). Обострения наблюдались у 27 человек (51%), из них с частотой более двух раз в год у 10 (18,87%) человек, один раз в год у 17 (32,08%). За 7 лет обострений не было у 26 (49,05%) человек.

Всем опрошенным пациентам контроль эрадикации выполнялся при эндоскопии (ФЭГДС, биопсия, уреазный тест). Эрадикационная терапия была успешной у 27 (50,94%) пациентов, неэффективной у 8 (15,1%), не оценивалась у 18 (33,96%). Из 53 пациентов курят 18 (33,96%) человек, не курят 28 (52,83%), бывшие курильщики 7 (13,21%). Изменения веса за 7 лет: увеличился у 1 (1,89%) человека, уменьшился у 25 (47,17%), не изменился вес у 27 (50,94%).

В результате исследования было выявлено, что полная ремиссия язвенной болезни в течение 7 лет чаще была у некурящих – 53% vs 38%. Обострения заболевания чаще 2-х раз в год также чаще были среди курящих лиц – в 22% по сравнению с некурящими – в 17%. Успешная эрадикация Hр чаще отмечалась у некурящих лиц – в 50%, а у курящих – в 44%.

Выявлена положительная корреляция между частотой обострений язвенной болезни и низким весом тела ( $r=0,39$ ,  $p=0,04$ ), особенно у пациентов с язвенной болезнью желудка ( $r=0,48$ ,  $p=0,025$ ). У пациентов с нор-

мальным весом ремиссия с 2007г по настоящее время сохраняется в 64%, а у лиц, которые отмечали снижение веса только в 28%. Частые обострения более 2 раз в год отмечали 32% опрошенных с низким весом, а с нормальным весом только 7% лиц. Также средняя частота обострений заболевания в год у лиц с нормальным весом тела была выше – 1,04 по сравнению с 0,42 при нормальном весе. Зависимость эффективности эрадикационной терапии от веса тела не выявлена.

Выводы. Таким образом, стойкая ремиссия язвенной болезни, ассоциированной с *H.p.*, была чаще у некурящих лиц с нормальным весом тела. Эффективная эрадикационная терапия чаще отмечалась у некурящих пациентов.

## **ВЫСШЕЕ СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

---

Л.Н.Бойко\*

### **АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЛИДЕРСТВА НА ОРГАНИЗАЦИЮ И РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ**

*Кафедра экономики и управления,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.э.н., доцент, Т.А.Аверьянова*

Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, которая располагает значительными кадровыми ресурсами и реальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной, качественной и эффективной медицинской помощи, и поэтому, населению очень важно, чтобы было как можно больше лидеров среди рядовых медицинских сестер.

**Цель исследования:** выявить условия, обеспечивающие развитие лидерского потенциала у специалистов сестринского дела и разработать комплекс мероприятий, направленных на развитие современной сестринской практики.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО ГНОКБ и в НГМУ. С целью определения способности быть лидером проводилось тестирование 130 медицинских сестер и 87 студентов ФВСО разных курсов. Нами был взят тест » Диагностика лидерских способностей» (Е. Жариков, Е. Крушельницкий).

**Результаты исследования.** Основная масса медицинских сестер являются исполнителями в своей профессиональной деятельности. По ряду причин у них отсутствует инициативность, ответственность, креативность, а самое главное, мотивация к выполнению своей работы качественно, только 9,5% из протестированных медицинских сестер являются настоящими лидерами, они имеют высшую или первую категорию, стаж работы от десяти до тридцати лет, одна из них является студенткой НГМУ. У 21,8% сестринского персонала преобладают средне выраженные качества лидера, в эту категорию попадают медицинские сестры со стажем работы от

трех до 30 лет, с высшей, первой, второй и не имеющие категории медицинские сестры. И у 68,7% медицинских сестер лидерские качества развиты слабо. Что касается студентов, у них лидерские качества развиты лучше и возрастают по мере обучения на старших курсах. Слабыми качествами лидера обладают 21,3% студентов, средними качествами 44,5% студентов и 54,2% студентов обладают сильными качествами лидера. Таким образом, лидерские качества напрямую связаны с получением медицинскими сестрами высшего образования, именно в Вузах формируется окружающая среда, влияющая на формирование лидеров. Поэтому необходимо отстаивать и развивать возможность получения высшего профессионального образования медицинскими сестрами. По результатам проведенного исследования нами был разработан комплекс мероприятий, направленных на развитие современной сестринской практики.

**Выводы:** 1. В результате проведенного исследования выявлено, что у большинства медицинских сестер лидерские качества развиты слабо. 2. Разработанный нами комплекс мероприятий, может способствовать повышению лидерских качеств среди специалистов сестринского дела. Комплекс мероприятий, направленных на развитие современной сестринской практики обязательно должен включать: обучение лидерству во всех уровнях образования медицинских сестер; формирование новой педагогической среды из числа выпускников ФВСО; развитие процесса интеграции между сестринским образованием и сестринской практикой; создание в каждом ЛПУ УМК, как центров непрерывного сестринского образования и современной сестринской практики. Следуя именно этому комплексу мероприятий, появится больше лидеров сестринского дела, что положительно повлияет на рост качества оказания медицинского сестринского ухода.

**В.В.Зубакина\***

**ОРГАНИЗАЦИЯ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ПО ГРУДНОМУ  
ВСКАРМЛИВАНИЮ В БУЗОО «КЛИНИЧЕСКИЙ  
РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 6» Г.ОМСКА**

*Кафедра сестринского дела,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: ассистент Н.В.Куликова*

Значительные средства, людские и природные ресурсы могут быть экономлены с увеличением числа детей, находящихся на естественном вскармливании. В масштабах государства экономия средств может выражаться в уменьшении затрат, связанных с лечением детей в условиях детских стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений. Для семьи - это зна-



чительная экономия денежных средств на приобретении смесей, воды, бутылочек и сосок.

**Цель исследования:** организация «Школы здоровья по грудному вскармливанию» в БУЗОО «Клинический родильный дом №6» и оценка ее эффективности.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе БУЗОО «Клинический родильный дом № 6» города Омска. В анкетировании приняли участие 30 слушателей школы по грудному вскармливанию с целью оценки исходного уровня знаний и после проведенного курса занятий. С целью оценки эффективности работы «Школы по грудному вскармливанию» была разработана анкета для родильниц. Второе анкетирование проводилось в акушерском физиологическом отделении БУЗОО «Клинический родильный дом № 6». В анкетировании приняли участие 40 родильниц.

**Результаты исследования.** Количество циклов занятий, проведенных в «Школе по грудному вскармливанию» в 2012 году по сравнению с 2011 годом увеличилось. В 2,3 раза увеличилось и количество слушателей «Школы по грудному вскармливанию», что говорит об улучшении работы медицинского персонала по привлечению пациенток к занятиям и более осознанному отношению женщин к беременности и родам. Анализ результатов анкетирования показал, что исходный уровень знаний до посещения «Школы по грудному вскармливанию» был низким. При анализе анкет этих же пациенток после посещения занятий были получены хорошие результаты. Уровень знаний при ответе на большинство вопросов повысился, на некоторые вопросы до 100 %. Занятия по психопрофилактической подготовке к родам также дали хороший результат. Так страх перед родами до занятий испытывали 76 % беременных женщин, после занятий в «Школе по грудному вскармливанию» этот показатель снизился до 22 %, то есть 54 % женщин приобрели уверенность благоприятного исхода беременности и родов. Анализ анкетирования родильниц показал, что основным источником информации о беременности, родах и по уходу за ребенком являются медицинский персонал женской консультации, (то есть «Школа по грудному вскармливанию») и медицинский персонал послеродового отделения. Навыки по уходу за новорожденным имеют женщины, которые посещали «Школу по грудному вскармливанию» и повторнородящие. Большинство опрошенных планируют кормить ребенка грудью от 6 месяцев до полутора лет. При этом 5% респондентов не желают кормить грудью – все они не посещали занятий в «Школе по грудному вскармливанию»

**Выводы.** По результатам исследования были намечены пути совершенствования работы группы по содействию успешному грудному вскармливанию и разработан план мероприятий по повышению эффективности работы «Школы по грудному вскармливанию» на базе БУЗОО «Клинический родильный дом № 6». Разработанный план мероприятий по повышению эффективности работы «Школы по грудному вскармливанию» помо-

жет привлечь к занятиям большее количество слушателей, совершенствовать работу группы по содействию грудному вскармливанию и повысить качество медицинской помощи будущим мамам.

Л.В. Коржова\*

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СОТРУДНИКОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

*Кафедра сестринского дела,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.О. Ким*

Туберкулез одно из самых коварных профессиональных заболеваний среди медицинских работников фтизиатрических учреждений. Наиболее подвержены инфицированию туберкулезом сестринский и младший медицинский персонал, который 80% рабочего времени находится в непосредственном контакте с пациентами, оказывая им сестринскую помощь. В настоящее время тенденцию профессиональной заболеваемости медицинских работников можно оценить как неблагоприятную. Несмотря на напряженную эпидемическую ситуацию по туберкулезу, среди медицинских работников нет должной фтизиатрической настороженности и, имеет место невнимательное отношение к своему здоровью.

**Цель исследования.** Совершенствование системы мероприятий по профилактике внутрибольничного инфицирования туберкулезом сотрудников бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4».

**Материалы и методы:** Исследование проводилось в КПТД № 4 г. Омска. Предметом исследования являлось изучение системы инфекционной безопасности, причин заболеваемости туберкулезом медицинских работников, изучены информационные бюллетени Федеральной службы государственной статистики, акты эпидемиологических расследований Территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Омской области, санитарно – гигиенические характеристики условий труда.

**Результаты исследования.** Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Омской области оценивается как напряженная, но стабильная, и имеющая тенденцию к улучшению. Результаты исследования показали, что чаще всего (63,6%) профессиональное заболевание туберкулезом регистрируется у работников БУЗ Омской области «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4». Подавляющая часть заболевших туберкулезом – медицин-

ские сестры (45,5%). Значительную долю заболевших составили санитарки (30,3%). Среди врачей зарегистрировано только 2 случая. Стаж работы в противотуберкулезном учреждении играет значительную роль в сроках заболевания туберкулезом. Более чем в половине случаев (51,5%) заболевание регистрировалось у сотрудников противотуберкулезных учреждений в период от 1 до 5 лет после начала работы в очаге инфекции. Эпидемиологическими расследованиями установлено, что причиной профессионального заболевания сотрудников противотуберкулезных учреждений города Омска послужило длительное воздействие инфекционного агента на организм человека. Нами предложено с целью контроля качества текущей и заключительной дезинфекции в противотуберкулезных учреждениях, оценки эффективности применения ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха, а также как доказательный фактор профессионального заражения сотрудников проводить отбор проб воздуха на наличие микобактерий туберкулеза с помощью пробоотборного устройства ПУ-1Б.

**Выводы.** 1. Заболеваемость туберкулезом сотрудников противотуберкулезных учреждений имеет выраженную тенденцию к снижению. 2. Наибольший удельный вес заболевших туберкулезом медицинских работников занимают медицинские сестры. 3. Разработанный план мероприятий по предотвращению инфицирования персонала в процессе оказания медицинской помощи, способствует профилактике инфицирования туберкулезом сотрудников «Клинического противотуберкулезного диспансера № 4».

Т.Н.Лудын\*

## **ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ДЕМЕНЦИЕЙ**

*Кафедра сестринского дела,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.О.Ким*

Семья определенно является наиболее значимым источником поддержки в достижении успешного социального приспособления и эффективного функционирования больного. Поэтому вовлечение семьи в терапевтический и реабилитационный процесс становится ключевым для его результативности. В свою очередь организация межличностных отношений с пациентом в семье, установление благоприятного коммуникативного стиля и эмоционального климата в доме базируются на информированности родственников о психических расстройствах, их проявлениях и организации ухода за пациентом.

**Цель исследования.** выявить социально-психологические проблемы, возникающие у родственников при уходе за пациентом дома и разработать психообразовательную программу «Поддержка в семье пациента страдающего деменцией».

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе 14 психиатрического соматогериатрического отделения БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников». В исследовании приняли участие 33 родственника. Для оценки проблем, возникающих у родственников при уходе за пациентом использовался метод анкетирования. Предлагалось 15 утверждений, касающихся опыта ухода за больным родственником. Изменение проблем родственников оценивалось в динамике в начале и в конце госпитализации пациентов. С целью выявления социальных проблем, проведено интервьюирование родственников пациентов, страдающих деменцией. На начальном этапе, а также для получения точной ситуации, в конце образовательной работы медицинских сестер с родственниками пациентов, было проведено анкетирование на оценку знаний об организации ухода за пациентом дома. Анкеты составлены на основании «Карты оценки уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы».

**Результаты исследования.** Уровень проблем оценивали в баллах (максимальный- 60). 80 % родственников пациентов имели проблемы, а 30% - испытывали сильнейшие проблемы. Спектр социальных проблем был представлен негативными семейными взаимоотношениями, изменениями досуга, нарушениями привычных временных стереотипов и гигиенических нарушений в быту. В целом родственники испытывали дефицит знаний о заболевании и о проблемах, связанных с уходом, при чем первичную информацию о заболевании они получали из других источников, а не от медицинского персонала. Нами была разработана психообразовательная программа «Поддержка в семье пациента страдающего деменцией», в которую вошли следующие темы сестринских занятий: «Организация гериатрического ухода дома», «Организация режима дня», «Организация досуга», «Правильное питание», «Гигиенический уход за больным дома» и т.д. В конце госпитализации небольшой уровень проблем имели 36% родственников, средний уровень – 60%, и высокий – 3%. Следовательно, у всех родственников после проведенной психообразовательной работы уровень проблем снизился.

**Выводы.** Необходимым условием успешной социальной адаптации пациента и функционирования семьи является вовлечение родственников в реабилитационный процесс, который включает в себя: 1.Формирование конструктивных партнерских отношений с родственниками пациентов; 2. Проведение групповой работы по психообразовательной программе «Поддержка в семье пациента, страдающего деменцией»; 3. Разработка памяток по организации и проведению долговременного ухода за пациентами в домашних условиях.

Т.Н.Лудын\*

**ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ,  
СТРАДАЮЩИМИ ДЕМЕНЦИЕЙ, В СТРУКТУРЕ  
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ**

*Кафедра сестринского дела,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н, проф. Ю.О.Ким*

В настоящее время на базе Омской клинической психиатрической больницы разработаны и успешно внедряются различные формы полипрофессиональной помощи в отношении отдельных групп пациентов, которые включают в себя сотрудничество врачей, психолога, психотерапевта, медицинских сестер, специалиста по социальной работе, младшего персонала и, членов семей на благо одного пациента. Особую актуальность данные формы работы приобретают в отношении пациентов с деменцией, где объемом собственно лечебных воздействий весьма ограничен и носит скорее компенсирующий характер.

**Цель исследования:** нашей работы было создание и разработка рекомендаций по организации специализированной сестринской медико-социальной помощи в структуре полипрофессиональной бригады психиатрического отделения пациентам с деменцией в зависимости от степени снижения способности к самообслуживанию.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе 14 психиатрического соматогериатрического отделения БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой». Выборка пациентов старше 60 лет с диагнозом деменция, включенных в исследование, составила 178 человек. Распределение пациентов по группам в зависимости от степени утраты способности к самообслуживанию проводилось на основе анализа карт оценки активности в повседневной деятельности и зависимости пациента от посторонней помощи или ADL по Кацу (Activity of daily Living), которые заполнялись медицинскими сестрами при поступлении и выписке пациентов.

**Результаты исследования.** В результате анализа первичной сестринской оценки, в зависимости от степени снижения способности к самообслуживанию были выделены 3 группы. 1 группа - 20,8% пациентов, у которых наблюдалось снижение социально-бытовых функций и частичное снижение первостепенных (индивидуальных) функций. 2 группа - 51% пациентов, с утраченными социально-бытовыми функциями и значительно сниженными навыками самообслуживания. 3 группа – 27,5% пациентов, у которых способность к самообслуживанию отсутствовала. Проблемы пациентов, вошедших в разные группы, различалось, что и определило дифференцированный подход к планированию сестринской помощи. В результате исследования проблем различных групп пациентов в зависимости от уровня социального функционирования были разработаны реко-

мендации по организации специализированной сестринской помощи пациентам с деменцией в структуре полипрофессиональной бригады. Анализ эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий по основному критерию - способности пациента к самообслуживанию - показал, что у 2,8% больных при выписке была констатирована возможность независимого проживания, у 20,8% были восстановлены первостепенные функции повседневной активности и у 72,4% сохранены имевшиеся на момент поступления навыки самообслуживания и купированы психологические расстройства, по поводу которых пациенты были госпитализированы.

**Выводы.** Наше исследование показало, что организация сестринского ухода за пациентами с деменцией, в зависимости от их функциональных возможностей помимо улучшения обслуживания пациентов, позволяет оптимизировать работу медицинских сестер в полипрофессиональной бригаде.

Н.В.Малошенко\*

**ФОРМИРОВАНИЕ РЕЗЕРВА РУКОВОДИТЕЛЕЙ  
СЕСТРИНСКИХ СЛУЖБ КАК ПРОЦЕСС ДАЛЬНЕЙШЕГО  
ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ**

*Кафедра сестринского дела,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.О.Ким*

Важнейшим инструментом успеха в конкурентной борьбе является повышение эффективности в работе. Руководители – это важнейшая категория сотрудников в любой организации. От качества их работы решающим образом зависит и успех компании в целом. В первую очередь, предполагается, что с большей эффективностью должны работать руководители всех уровней. Несомненно, что управление персоналом является одним из важнейших аспектов теории и практики управления.

**Цель исследования:** изучение кадрового потенциала, новая направленность на выявление сотрудников потенциально способных к руководящей деятельности.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в МБУЗ «МЦРБ» г. Минусинск. В исследования было вовлечено 128 человек: заведующие отделений и подразделений больницы, старшие медицинские сестры и их резерв, средний медицинский персонал, 9 выпускников факультета ВСО. Был проведен анализ кадровой политики учреждения за последние 5 лет.

**Результаты исследования.** Успешная работа любой организации требует грамотной работы с персоналом. Проведя анализ анкетирования и интервьюирования руководителей сестринских служб, их резерва, медицин-

ских сестер и выпускников ФВСО, мы выяснили, что кадровая политика по выявлению лиц потенциально готовых к работе старшими медицинскими сестрами ведется не в полном объеме. Резерв старших медицинских сестер отметил, что собеседование с ними проводили 88,2% старшие сестры, 11,8% зав. отделениями. Главного врача больницы и главную медицинскую сестру из респондентов никто не отметил. Главным критерием при отборе резерва руководителей сестринских служб для заведующих отделений на первом месте стоит стаж работы, категория, возраст, образование, на втором месте умение общаться с коллективом. Старшие медицинские сестры в критерии отбора своего резерва отметили деловые качества и личную симпатию. Средний медицинский персонал повышает свой уровень знаний в высших учебных заведениях, в т.ч. 12,5% из них получают высшее сестринское образование. 45% сестринского персонала хотели бы принять участие в управленческих решениях, но им не предоставили такой возможности. Выпускников ФВСО не привлекают в помощь руководителям сестринских служб.

**Выводы.** Поиск и отбор руководителей – это работа с ориентацией на требования как сегодняшнего, так и завтрашнего дня. Проведенные исследования показали, что лечебное учреждение не владеет информацией о сотрудниках потенциально способных к руководящей деятельности, которые после соответствующей подготовки, могут быть выдвинуты на руководящую должность. Подбор руководителей и резерва руководителей сестринских служб происходит без учета профессиональных знаний сотрудников в области экономики, психологии, менеджмента, маркетинга. В связи с чем, имеющиеся специалисты с высшим сестринским образованием оказались не востребованы.

Ситуацию могло бы исправить обучение руководителей в сфере общего менеджмента и в сфере управления человеческими ресурсами. Однако, 88% руководителей сестринских служб и 100% их резерв никогда не проходили такого обучения и свои управленческие знания преимущественно пополняют стихийно в процессе работы.

В.С. Муль\*

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ  
СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КОМБУСТИОЛОГИЧЕСКОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ**

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д.В. Чебыкин*

Изменение системы финансирования здравоохранения, переход на рыночные отношения, функционирование различных форм собственности,



развитие индивидуально-коллективных принципов оказания санитарно-профилактических и лечебных услуг, предъявили повышенные требования к качеству медицинской помощи. Лечебно-профилактические учреждения, независимо от организационно-правового статуса, должны гарантировать населению квалифицированную медицинскую помощь. Улучшение эффективности работы лечебных учреждений во многом зависит от профессиональных и личностных качеств руководящего звена сестринских служб: главных, старших медицинских сестёр. Новые технологии в здравоохранении приводят к необходимости подготовки компетентного и квалифицированного руководителя средним медицинским персоналом. Недооценка сестринского дела в России приводит к ухудшению качества не только сестринского ухода, но и медицинской помощи в целом.

**Цель исследования:** провести количественный и качественный анализ деятельности медицинских сестер в ожоговом отделении.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в Государственной Новосибирской Областной Клинической больнице, которая оказывает основные виды специализированной медицинской помощи. В составе больницы функционирует ожоговое отделение на 48 коек, где имеются 3 перевязочных кабинета, процедурный кабинет и работают 26 медицинских сестер и 12 санитарок.

Для исследования использовались статистический метод, организационный эксперимент, аналитический, непосредственного наблюдения, метод экспертных оценок, хронометраж, социологический, логического обобщения, организационно-функционального моделирования, которые обеспечивают объективность собранных материалов, достоверность и практическую направленность полученных результатов исследования.

**Результаты исследования.** Недоукомплектованность кадров (до 40%), высокие показатели совместительства (от 1,4 до 1,9), низкое материально-техническое обеспечение отделений, неудовлетворительный контроль качества работы медицинских сестер со стороны управленческого врачебного и сестринского звена, низкий уровень профессиональных установок и мотивации существенно обуславливают снижение качества помощи ожоговым больным. Выявленный в процессе исследования целый ряд ошибочных действий в деятельности медицинских сестер, заключающихся в нарушениях выполнения алгоритмов манипуляций, а также косвенных дефектов, отражающих нерациональное использование сестринского персонала - выполнение санитарских, курьерских и других функций, составляющих практически пятую часть рабочего времени (до 18,6%), отражает не достаточную организацию со стороны администрации.

**Выводы.** Выяснилось, что необходимо провести пересмотр штатного расписания медперсонала с учетом реальной потребности, внедрить адаптированные должностные инструкции, разработать протоколы ведения ожоговых больных. Все это позволит повысить качество работы сестер и улучшить пребывание пациентов в стационаре.

Д.А.Скрипкин\*, Г.П. Мысикова\*  
**РОЛЬ РЕНТГЕНОЛАБОРАНТА МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ  
КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПРОВЕДЕНИИ  
ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ**

*Кафедра сестринского дела,  
Новосибирский государственный медицинский университет,  
Омский клинический диагностический центр,  
Научный руководитель: д.м.н., проф.Ю.О.Ким*

Отмечаемый в нашей стране и во всем мире очевидный рост числа аномалий развития, онкологических и воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта и в частности толстой кишки требует поисков наиболее эффективных, неинвазивных, мало радиационноопасных методов диагностики этих заболеваний.

К таким технологиям относится виртуальная колоноскопия (ВКС), которая пытается активно конкурировать с традиционными исследованиями толстой кишки, такими как фиброколоноскопия и ирригоскопия. Приоритетным направлением данной методики является выявление неопластических изменений толстой кишки.

**Цель исследования.** Оценить роль рентгенолаборанта МСКТ в проведении виртуальной колоноскопии.

**Результаты исследования.** Исследование проводилось на базе Омского клинического диагностического центра. Осуществляемая методика проводится непосредственно высококвалифицированными рентгенолаборантами, в совершенстве владеющими технологией проведения данной методики, что позволяет получать качественное исследование.

Все исследования ВКС проводятся без использования седативных средств, поэтому большое значение имеет правильная подготовка кишечника и психо-эмоциональный настрой пациента. Рентгенолаборант должен подробно и доступно объяснить пациенту методику проведения исследования для того, чтобы уменьшить у него тревогу и страх

В Омском диагностическом центре в течение последних пяти лет ВКС широко применяется в диагностике патологии толстой кишки. В период с 1 декабря 2007 по 1 декабря 2011 года было выполнено 657 исследований. Все проводимые исследования прошли без осложнений.

У 25 пациентов из исследуемой группы были выявлены признаки колоректального рака.

Кроме оценки характера роста опухоли и протяженности процесса исследование позволило у 8 пациентов обнаружить увеличенные брыжеечные лимфоузлы, у 3-х пациентов выявить метастазы в печень. У 6 пациентов после проведения виртуальной колоноскопии были выявлены злокачественные новообразования других локализаций, в том числе поджелудоч-

ной железы, почки и простаты. У 55 пациентов выявлены полиповидные образования толстой кишки.

Помимо новообразований, виртуальная колоноскопия позволяет диагностировать воспалительные заболевания, дивертикулы и аномалии развития толстой кишки. У 173 пациентов при виртуальной колоноскопии были выявлены воспалительные изменения, в том числе у 6 человек проявления болезни Крона. Виртуальная колоноскопия позволяет выявить признаки дивертикулита, при этом исследование менее болезненное по сравнению с фиброколоноскопией.

**Выводы.** От качества выполнения методики виртуальной колоноскопии рентгенолаборантами зависит информативность метода, переносимость процедуры пациентами и как следствие лояльность к исследованию контингента лиц подлежащих скринингу колоректального рака. При правильном выполнении рентгенолаборантом всех этапов методики виртуальная колоноскопия является высокоинформативной и малоинвазивной методикой исследования толстой кишки, которая позволяет проводить скрининговые и диагностические исследования толстой кишки.

Н. В. Пащенко\*

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ  
РЕАКЦИЙ И КОПИНГ-МЕХАНИЗМОВ  
У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Кафедра педагогики и психологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н. доцент Д. А. Севостьянов*

Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. Развитие ребенка в условиях хронического заболевания влияет на формирование его личности. Большинство хронических соматических заболеваний сопровождается психическими симптомами вследствие прямого повреждающего действия биологического патологического процесса на функционирование головного мозга или вследствие психологического реагирования на факт заболевания. Эмоциональное состояние, связанное с отношением к заболеванию, влияет на течение соматической болезни.

**Цель исследования:** определение психологических реакций ребенка на хроническое заболевание и ведущих копинг-механизмов.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в «Центре восстановительной медицины и реабилитации» г. Омска. В исследованиях приняли

участие 82 ребенка, больных хроническим заболеванием, в возрасте от 13 до 16 лет, – в среднем  $14,24 \pm 0,73$ . В современной психологии, помимо исследования патогенных стрессовых факторов, все большее внимание уделяется защитным факторам личности. К ним относятся механизмы совладания со стрессом, или копинг-механизмы (копинг-поведение). Предметом исследования явилось изучение психологических реакций детей на хронические заболевания и действующие у них копинг-механизмы.

**Результаты исследования.** По длительности хронического заболевания от 3 лет до 6 лет, в группу вошли 38 детей (46,34%), болеющие более 6 лет 44 ребенка (53,66%). Средняя длительность хронического заболевания около  $6,06 \pm 1,76$  лет. При исследовании типов отношения детей к хроническому заболеванию, были получены следующие данные: у 70,73% детей сенситивный тип отношения к болезни, эгоцентрический тип выявлен у 62,20% детей, неврастенический тип отмечен у 54,87%, анозогностический тип у 50,00%, ипохондрический тип выявлен у 34,10% детей, ни у одного ребенка не выявлен гармоничный и эргопатический тип отношения к болезни. По результатам исследования у детей с таким хроническим стрессом как заболевание преобладали копинг-механизмы: «Поиск социальной поддержки» – 63,41%, «Конфронтация» – 53,66%, а также «Бегство-избегание» – 36,59%. Проанализировав ведущие копинг-механизмы в группах детей с различными типами реагирования на болезнь и выяснилось, что у детей с сенситивным, эгоцентрическим, неврастеническим типами реагирования наиболее часто встречаются копинг-механизмы: «Поиск социальной поддержки» и «Конфронтация», а в группе детей с анозогностическим типом реагирования на болезнь наряду с высокими показателями копинг-механизма «Конфронтация», значимым является копинг-механизм «Бегство-избегание».

#### **Выводы.**

1. У детей преобладают дезадаптивные типы отношения к болезни, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

2. Неадаптивные копинг-механизмы поддерживают неадаптивные типы реагирования на хроническое заболевание, что приводит к формированию порочного круга.

3. Полученные результаты исследований позволяют обобщить вывод о том, что расширение репертуара проблемно- и эмоционально-фокусированных копинг-стратегий у больных детей, оптимизация их стратегий совладания с актуальными трудностями являются важными задачами психологической работы с данным контингентом.

О.В. Пономарева\*

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ РЕПРОДУКТИВНОГО  
ЗДОРОВЬЯ В ГБУЗ НСО «ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ  
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**

*Кафедра педагогики и психологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет.  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д.А. Севостьянов*

Одна из главных проблем, с которыми сталкивается современная Россия – это проблема демографическая. Падение рождаемости, имевшее место в ходе реформ в постсоветской России, заставляет обращать особое внимание на сохранение и сбережение репродуктивного здоровья российского населения.

**Цель исследования:** исследование роли обучения подростков женского пола основам поддержания репродуктивного здоровья.

**Материалы и методы.** Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Новосибирска, отделение гинекологии. Теоретические методы, которые включили в себя изучение и анализ научно-теоретических, медико-биологических, психологических и социальных источников по проблеме репродуктивного здоровья эмпирические методы, которые включили в себя исследование контингента пациентов детского гинекологического отделения, а также результатов их анкетирования. Интерпретационно-описательные методы, в числе которых: количественные методы (вычисление средних), а также качественный анализ данных.

**Результаты исследования.** Школа репродуктивного здоровья действует в стационаре, начиная с 2011 года. В течение 2011 года в школе прошли обучение 1130 пациенток, в 2012 году – еще 980 пациенток.

По результатам опроса, по вопросам, требующим фактических знаний, первоначально пациентки дают в среднем 32,3% правильных ответов. После обучения процент правильных ответов повышается до 78,2, что свидетельствует о достаточно высокой эффективности обучения.

Важно также и то, что школа репродуктивного здоровья позволяет не только заниматься просветительской и профилактической деятельностью, но и формировать представление о поведенческих особенностях подростков, их уровне первоначальных знаний по вопросам репродуктивного здоровья, а также о распространенности вредных привычек. В частности, было выявлено, что опыт курения имеют 79% девочек-подростков, а постоянно курят 47,5% из них. Разумеется, эти данные, охватывающие лишь пациенток гинекологической клиники, не могут быть прямо распространены на всех подростков женского пола. Настораживает то, что подавляющее большинство подростков, в том числе и ведущих активную половую жизнь, демонстрируют невежество в вопросах сохранения репродуктивного здо-

ровья. В подавляющем большинстве случаев (до 80%) пациентки ранее получали информацию, касающуюся репродуктивной функции, не от медицинских работников и не от педагогов, а от сверстников. В связи с этим возрастает актуальность преподавания основ репродуктивного здоровья среди несовершеннолетних. Кроме того, необходимо проводить такую работу не только среди самих подростков, но и среди учителей, родителей, воспитателей. Школы репродуктивного здоровья составляют неотъемлемую часть в структуре гинекологической помощи несовершеннолетним.

**Выводы.** Совершенно очевидно, что сохранить репродуктивный потенциал будущего поколения невозможно без максимально широкого информирования девушек-подростков по вопросам планирования беременности и родов.

О.В.Посевкина

## **РОЛЬ СТАРШЕЙ МЕДСЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ МО КАК МЕНЕДЖЕРА УЧЕБНОЙ И ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИК СТУДЕНТОВ УНИВЕРСИТЕТА**

*Кафедра сестринского дела,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.О.Ким*

Реформирование здравоохранения в РФ требует качественную подготовку специалистов высшего звена. Это свидетельствует в международных тенденциях развития профессионального образования и тенденциях его развития в России, необходимостью повышения качества и эффективности путем формирования профессиональных компетенций, которые определены соответствующими государственными стандартами (ФГОС) высшего профессионального образования (ВПО) III поколения.

**Цель исследования:** оценка качества организации учебно-производственных практик студентов медицинского университета и преемственность роли старшей медицинской сестры отделения стационара как менеджера учебно-производственных практик студентов.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе МБУЗ «ГКБ № 12» и кафедры пропедевтики внутренних болезней НГМУ. С целью оценки уровня практической подготовки студентов в системе здравоохранения нами было проведено анкетирование, в котором приняли участие 50 студентов 1 курса НГМУ и 41 медицинская сестра стационара МБУЗ «ГКБ № 12».

**Результаты исследования.** Для изучения социально-психологической адаптации студентов первого года обучения к предмету «Основы общего ухода за больными», их отношение к учебе и выявления уровня удовлетворенности студентов организацией практических занятий было проведено

анкетирование студентов. Результат анкетирования показал, что 93% опрошенных считают дисциплину «Общий уход за больными» сложной. При этом объективную трудность дисциплины отметили только 11% респондентов. Основными причинами, по которым трудно дается дисциплина явились: «невнимательность на занятиях»; «невыполнение домашнего задания» и «недостаточная самоподготовка». Анализ анкетирования студентов позволил выявить следующие проблемы: рабочий день в МО начинается в 8<sup>00</sup>, а занятия с 9<sup>00</sup>, следовательно, в передаче смены студенты не могут принять участие, вторая смена – с 13<sup>30</sup>, в это время пациентам уже сменили белье, проведены диагностические исследования и выполнены инъекции. С 15<sup>00</sup> в отделениях тихий час. Следовательно, работа для студентов появляется в 16<sup>30</sup>, а в это время у студентов заканчиваются занятия, и имеют возможность «поработать», только должники. С целью, изучения методов совершенствования практического образования студентов медицинского университета, нами была разработана анкета и предложена медицинским сестрам в МБУЗ «ГКБ № 12». Анализ анкетирования показал, что 63% медицинских сестер считают, что студенты владеют достаточным количеством информации по уходу, 71% респондентов отмечают недостаточное владение студентами техникой практических манипуляций, 70% не удовлетворены самостоятельной работой студентов. Около 50% медицинских сестер желали бы внести коррективы в образовательную профессиональную деятельность студентов. 76% респондентов недовольны расписанием проведения практических занятий студентов.

**Выводы:** 1. Для устранения проблем в социальной адаптации студентов 1 курса университета следует оптимизировать учебный процесс практических занятий. 2. Для закрепления и углубления знаний, полученных студентами в процессе теоретического обучения, приобретения необходимых умений в практической работе, желательно осуществлять подбор преподавателей для практического обучения студентов с большим опытом работы в практическом здравоохранении.

О.Н.Русинова\*

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННОГО  
ОБУЧЕНИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ  
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С  
АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Кафедра сестринского дела,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н. проф. Ю.О. Ким.*

Аллергические заболевания, по прогнозам ВОЗ, займут первое место в общей картине заболеваемости в XXI веке. Достижения современной ме-



дицины в лечении и профилактике заболеваний так и могут оказаться не реализованными на практике, если между медицинским работником и пациентом не сложатся партнерские отношения и истинное сотрудничество.

**Цель исследования:** разработка учебных модулей обучения пациентов с аллергическими заболеваниями, путем совершенствования организационных и обучающих технологий с последующей оценкой эффективности.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе Бюджетного учреждения Омской области Областной клинической больницы. В исследовании приняли участие 100 пациентов отделения аллергологии-иммунологии. Предметом исследования явился арсенал психолого-педагогических средств для успешного обучения больных, улучшения результатов лечения и повышение качества жизни (механизм разработки унифицированных образовательных модулей для обучения и самоконтроля, применение различных методов обучения).

**Результаты исследования.** Анализ показал, что официальные статистические сведения не отражают реальной ситуации по обращаемости пациентов за медицинской помощью по поводу аллергии ввиду вариабельности проявления заболевания, поздней диагностики патологии, в связи с отсутствием специалиста-аллерголога в ЛПУ городского и районного уровней, целенаправленного учета аллергологической патологии среди населения, а также то, что госпитализация по поводу аллергических заболеваний имеет тенденцию к росту. За 4 года в Школе здоровья для пациентов с аллергическими заболеваниями, прошли обучение 1260 пациентов, 59% из них женщины, 41% - мужчины. Анализ анкетирования пациентов перед посещением «Аллерго-школы» показал, что информированность пациентов о контроле над аллергическим заболеванием, была недостаточной. После обучения повысился высокий уровень информированности пациентов об аллергическом заболевании с 22% до 64%, снизился средний с 48% до 35% и низкий с 24% до 3%, а самый низкий результат не показал ни один из респондентов. Уровень готовности пациентов к самоконтролю над заболеванием после обучения: высокий вырос с 2% до 58% , средний – с 37% до 41%, низкий снизился с 51% до 1%. Анализ выявления уровня мотивации к лечению показал, что уровень положительной мотивации вырос с 57% до 97% , а уровень противоречивой мотивации снизился с 43% до 3%. Проведенные исследования продемонстрировали, что после занятий в Школе здоровья, существенно изменились установки пациентов и отношения их к здоровью: улучшилась мотивация больных на выполнение профилактических рекомендаций; снизилось число больных, считающих действия медицинского персонала неэффективными; экономический фактор перестал считаться главным препятствием для выполнения рекомендаций врача по оздоровлению.

**Выводы:** 1. Создание Школы здоровья не является затратным трудоемким процессом, и при определенном волеизъявлении руководителя может быть осуществлено в любой медицинской организации. 2. Результа-

ты анкетирования и тестирования подтвердили то, что пациенты недополучают информации, необходимой для их полноценного участия в лечебном процессе и продемонстрировали, что после обучения в Школе здоровья, большинство пациентов начали и готовы контролировать свое состояние. 3. Разработанные рекомендации по совершенствованию работы Школы здоровья, будут способствовать мотивации пациентов на укрепление собственного здоровья.

Л.В.Суслова  
**РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТА СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ  
ОБРАЗОВАНИЕМ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО  
НАСЕЛЕНИЯ**

*Кафедра сестринского дела,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.О.Ким*

Профилактическое направление в медицине становится лидирующим, и государство направляет все усилия на максимальное сохранение здоровья населения. Реализация национального проекта “Здоровье” в значительной мере направлена на развитие профилактики заболеваний, и в частности — на диспансеризацию, основной целью которой является снижение заболеваемости, предупреждение развития заболеваний сохранение и укрепление здоровья населения. Активное участие сестринского персонала в диспансеризации населения позволяет значительно улучшить качество этой работы.

**Цель исследования.** Определить роль специалиста со средним медицинским образованием в диспансеризации взрослого населения.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе поликлинического отделения МБУЗ ГБ №4 г.Новосибирска. В рамках исследования проведен статистический анализ показателей динамики диспансеризации населения основных социально значимых заболеваний. С целью выявления уровня удовлетворенности пациентов медицинской помощью нами было проведено анкетирование 90 пациентов, состоящих на диспансерном учете.

**Результаты исследования.** Одним из направлений работы поликлинического отделения МБУЗ ГБ №4 г. Новосибирска являются профилактические мероприятия и диспансеризация населения. Анализ диспансеризации взрослого населения показал, что с 2006 по 2011 г. увеличилось количество пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и системы дыхания. Однако увеличение количества больных, состоящих на диспансерном учете, может быть связано с повышением качества диагностики и увеличением охвата диспансеризацией населения. В

проведении диспансеризации важная роль принадлежит сестринскому персоналу. Медсестра совместно с врачом составляет схему диспансерного наблюдения за пациентом и контролирует своевременность явки диспансерных больных. Медсестры осуществляют патронаж пациентов, для которых частые самостоятельные посещения поликлиники затруднительны или невозможны (инвалиды, тяжелобольные, престарелые и др.). Анализ анкетирования пациентов, показал, что 78% пациентов испытывают трудности во время записи на приём к врачу: большая часть отмечает, что невозможно дозвониться в регистратуру, 19% указывают на сложность взятия талона и 17% на отсутствие предварительной записи. Ожидать приема специалистов приходится в течение нескольких дней. Только 18% пациентов смогли получить консультацию специалиста в день обращения. 91% респондентов считают, что им уделяется недостаточно времени на приеме. Большинство респондентов во время приема не получают полную информацию о своём заболевании. Только 47% пациентов видят медицинских сестер доброжелательными и заинтересованными в улучшении их состояния. Среди претензий к работе медицинских сестер пациенты отметили невнимательность (74%) и грубость (12%), 40% сообщили, что медсестры никогда не беседуют с ними о профилактике, режиме труда и отдыха, здоровом образе жизни.

**Выводы:** 1. Анализ статистических данных по диспансеризации показал, что с каждым годом увеличивается количество больных, состоящих на диспансерном учёте. 2. Пациенты испытывают сложности при обращении в регистратуру, им недостаточно информации о своём заболевании. 3. Разработанный нами план мероприятий по оптимизации работы с диспансерными больными позволит решить многие проблемы, возникающие у пациентов при обращении в нашу медицинскую организацию.

Е.А. Удодова\*

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И КОПИНГ-МЕХАНИЗМОВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

*Кафедра педагогики и психологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Д.А.Севостьянов*

Проблема психологического стресса специалистов различных профессий становится все более актуальной в связи с непрерывным ростом экстремальности нашей жизни. Профессия медицинского работника предъявляет к личности требования, связанные со значительными эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, с дефицитом времени, необходимостью принимать решения при ограниченном объеме информации. Работа в подобных условиях требует от специалиста медицинского учреждения высокого уровня стрессоустойчивости.

**Цель исследования:** изучение уровня нервно-психической устойчивости у медицинских работников и ведущих копинг-механизмов.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в амбулаторно-поликлиническом подразделении БУЗОО «Медико-санитарная часть №7» г. Омска, были обследованы 72 медицинские сестры средний возраст их составил  $41,36 \pm 11,92$ , стаж работы  $18,69 \pm 11,64$ . Предметом исследования явился уровень нервно-психической устойчивости у медицинских работников и уровень адаптивности копинг-механизмов.

**Результаты исследования.** Примерно у трети медицинских сестер выявлен достаточный уровень нервно-психической устойчивости. 55,56 % медицинских сестер имеют на данный момент удовлетворительный уровень нервно-психической устойчивости, однако, являются группой риска. При анализе степени адаптивности копинг-механизмов в трех основных сферах реагирования личности были выявлены высокие показатели адаптивных копинг механизмов в эмоциональной сфере, средний уровень адаптивности в поведенческой сфере. В когнитивной же сфере выявлены амбивалентные тенденции: высокий уровень адаптивных копинг механизмов у трети медицинских сестер (30,56 %) в сочетании с высоким уровнем неадаптивных копинг механизмов (44,44 %). Наиболее частыми адаптивными копинг-механизмами являются: «проблемный анализ», «установка собственной ценности», «сохранение самообладания», «оптимизм», «обращение» и «альтруизм». Среди относительно адаптивных вариантов копинг-поведения, конструктивность которых зависит от значимости и выраженности ситуации преодоления, наиболее часто медицинские сестры используют «отвлечение», «относительность», «придача смысла», «религиозность». Наиболее часто у медицинских сестер встречаются следующие неадаптивные копинг-механизмы в когнитивной сфере: «диссимуляция» и «игнорирование» – пассивные формы поведения с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умышленной недооценкой неприятностей. Низкая нервно-психическая устойчивость имеет значимую положительную взаимосвязь с такими неадаптивными копинг-механизмами, как: игнорирование ( $r=0,906$ ), относительность ( $r=0,803$ ), растерянность ( $r=0,866$ ), подавление эмоций ( $r=0,866$ ), покорностью ( $r=0,612$ ). Полученные результаты позволяют говорить о влиянии степени адаптивности ведущих копинг-механизмов на уровень нервно-психической устойчивости медицинских работников. Но поскольку выборка исследуемых недостаточная, можно говорить только о тенденции.

**Выводы.** Выдвинутая гипотеза о том, что уровень нервно-психической устойчивости у медицинских работников в значительной степени зависит от адаптивности копинг-механизмов в целом нашла подтверждение в настоящем исследовании. Полученные результаты позволяют говорить о влиянии степени адаптивности ведущих копинг-механизмов на уровень нервно-психической устойчивости медицинских работников. Но поскольку выборка исследуемых недостаточная, можно говорить только о тенденции.

С.А.Федотова  
**МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ КАДРАМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Кафедра экономики и управления в здравоохранении,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.с.н., доцент Н.Н.Богдан*

С переходом системы здравоохранения на рыночные отношения большое значение приобрела необходимость изыскания новых и эффективных форм управления медицинскими организациями. При этом человеческие ресурсы, как объект управления, играют ключевую роль. Именно люди оказывают решающее влияние на то, как используется потенциал учреждения (финансы, оборудование, материалы и пр.).

**Цель исследования:** исследовать и проанализировать существующие методы управления в медицинских организациях и предложить рекомендации по их (методов) усовершенствованию.

**Материалы и методы:** исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО «Станция скорой медицинской помощи». Для оценки применяемых в учреждении методов управления кадрами был проведён экспертный опрос 193 сотрудников ССМП, сравнительный анализ статистических данных по кадровому составу.

**Результаты исследования.** Анализ кадровой ситуации в ГБУЗ НСО «ССМП» показал следующее: 1) средний коэффициент укомплектованности кадрами во всех категориях персонала не превышает 0,92, но даже такого показателя удаётся добиться только с учётом внутреннего совместительства, что говорит о кадровом кризисе в учреждении; 2) коэффициент совместительства в среднем по учреждению равен 1,64 (с помощью этого механизма сотрудники компенсируют малые размеры заработной платы, а администрация – дефицит кадров); 3) социально-демографические характеристики типичны для учреждения медицинской отрасли – преобладание лиц женского пола во всех категориях персонала, средний возраст сотрудников равен 36 годам; 4) средний стаж работы у врачей около 20 лет, у средних медицинских работников – примерно 15 лет; 5) все медицинские работники имеют сертификаты специалиста, квалификационные категории имеют 62,4 % всех сотрудников и этот показатель вполне удовлетворителен; 6) анализ движения кадров за 3 года показал, что коллектив ежегодно обновляется примерно на 20 %, и, несмотря на то, что коэффициент оборота остаётся положительным, кадровую ситуацию в учреждении стабильной назвать нельзя. Для детального анализа эффективности тех или иных методов управления, необходимо знать мотивацию персонала. Так 56 % опрошенных на первое место выдвигают зарплату, однако 18 % из них ставят её размеры в зависимость от выполненной работы, что даёт хорошие пер-

спективы для применения экономических методов. Значимость карьерных перспектив отметили для себя 12 % респондентов (потенциальный кадровый резерв на административные должности); 10 % предпочитают простое поощрение за хорошо выполненную работу, эта часть коллектива перспективна для социально-психического метода воздействия; почти одинаково распределились доли в группах «интересная работа», «работа, требующая самостоятельных решений» и «работа, развивающая знания и навыки» - в этих группах можно подбирать наставников и экспериментаторов. Самая малочисленная группа специалистов, для которых высокая мера ответственности является достаточным основанием для работы в медицинской организации - это состоявшиеся профессионалы и лидеры.

**Выводы:** 1) В результате проведенного исследования проанализирована эффективность методов управления в учреждении, выявлено преобладание административного метода и недостаток внимания к интересам и проблемам рядовых работников. 2) Разработан план мероприятий по повышению эффективности методов управления кадрами в медицинских организациях.

Т.М. Черникова\*  
**РАБОТА ОМСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ, КОЛЛЕДЖА В УСЛОВИЯХ  
РЕАЛИЗАЦИИ ТРЕБОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫХ  
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ  
СТАНДАРТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ**

*Кафедра сестринского дела,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.О.Ким.*

Система здравоохранения на современном этапе нуждается в высококвалифицированных специалистах среднего звена. От этого зависит качество оказания медицинских услуг, рейтинг, конкурентоспособность ЛПУ. Таким образом, главной задачей учебного заведения является подготовка специалистов со средним профессиональным образованием в системе взаимодействия с учреждениями здравоохранения. Современного выпускника характеризует солидный объем знаний и практически «нулевой» опыт, существует разрыв между теорией и практикой, тогда как работодатель заинтересован в оптимальном сочетании его профессиональных качеств. Ликвидировать этот разрыв можно с помощью модульных программ, основанных на компетенциях, которые ориентированы на потребности работода-

теля и в случае правильной разработки и успешной реализации могут обеспечить высокий уровень профессиональной подготовки будущих специалистов.

**Цель деятельности колледжа.** Реализация государственной образовательной политики в организации качественной подготовки специалистов в условиях внедрения федеральных государственных образовательных стандартов нового поколения.

Понимая, с какими проблемами может столкнуться педагогический коллектив колледжа при переходе и последующей реализации стандартов нового поколения, методической службой колледжа был предложен, а затем и утвержден перспективный план работы педагогического коллектива колледжа, который состоит из трех основных этапов:

1 этап был направлен на формирование представлений педагогического коллектива о стандартах нового поколения, внедрение в учебный процесс стандартов нового поколения;

2 этап направлен на апробацию стандартов нового поколения средствами высокоэффективных педагогических и информационных технологий;

3 этап будет включать анализ работы педагогического коллектива.

**Результаты.** При работе над модулями преподаватели колледжа столкнулись с тем, что каждое учебное заведение самостоятельно разрабатывает и утверждает основную профессиональную образовательную программу (наименования дисциплин, количество часов, формы контроля, содержательное наполнение профессиональных модулей и междисциплинарных курсов) на основе примерной основной образовательной программы. Внедрение модульного обучения требует значительной организационной перестройки традиционного учебного процесса. Разработка и корректировка содержания дисциплин и профессиональных модулей, информационно-методическое обеспечение образовательного процесса и самостоятельной работы студентов является достаточно трудоемким процессом.

**Выводы:** 1. Методическая работа по обеспечению каждого конкретного модуля целиком и полностью лежит на плечах преподавателя и требует от него профессиональной компетентности. 2. Несмотря на изложенные выше проблемы при переходе на стандарты нового поколения, сложность и трудоемкость этого процесса каждое учебное заведение получает возможность создать основные профессиональные образовательные программы, которые были бы привлекательны для абитуриентов, обеспечивали получение качественного среднего образования. На сегодняшний день методическая обеспеченность колледжа в рамках стандартов нового поколения достигает 100%. 3. Учебное заведение совместно с учреждениями здравоохранения в режиме социального партнерства ведет подготовку специалиста, обеспечивающую формирование и развитие у него профессиональных компетенций.



С.С.Чернягина\*

## ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ И ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ДОНОРОВ НА БАЗЕ ЦЕНТРА КРОВИ Г.ОМСКА

*Кафедра сестринского дела,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д.А.Севостьянов*

В современном обществе проблема донорства – одна из актуальных проблем. На протяжении последних лет отмечаются неблагоприятные тенденции в донорстве – прогрессирующее уменьшение числа доноров при постоянно возрастающей потребности в крови и ее компонентах. За последние 10 лет число доноров в нашей стране сократилось с 4 млн. до 1,8 миллиона человек. То есть, на 1000 человек приходится 13 – 14 доноров при общепринятой норме не менее 40. Одной из важных задач, стоящих перед трансфузиологической службой в современных условиях, является поиск стратегических направлений реформирования существующей системы донорства, путей привлечения донорских кадров.

**Цель исследования:** изучить мотивы доноров крови и ценностную структуру личности доноров.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в БУЗОО « Центр крови». Предметом исследования являлось изучение мотивационно - ценностной структуры личности доноров крови. Для выявления социально-демографических характеристик доноров, их мотивов и отношения к донорству была разработана анкета.

**Результаты исследования.** На первом месте мотив донорства для родственников, друзей и знакомых, нуждающихся в гемотрансфузии – 28,97%, на втором месте альтруистический мотив: «по зову сердца» – 21,50%. На третьем месте, почти не отличаясь от второго места, мотив собственного здоровья: «для оздоровления организма» – 20,56%. Четвертое и пятое место в равных соотношениях заняли мотивы материальной выгоды: денежная компенсация – 14,02%, возможность получения льгот, став почетным донором – 14,02%. Наиболее многочисленной является группа доноров с материальной мотивацией (35,51%), хотя более половины из них готовы сдавать кровь и при отсутствии компенсаций. Стабильными группами доноров являются: группа доноров-родственников (28,97 %), доноры с альтруистической мотивацией (28,04%), доноры с мотивацией «для здоровья» (23,36%). Доля доноров с неопределенной мотивацией составила 20,56%. Большинство доноров испытывают положительные эмоции во время сдачи крови: чувство удовлетворения, гордости, ощущение легкости, эйфории, свободы, счастья. Почти все доноры (99%) положительно оценивают работу центра крови, отношение к ним медицинского персонала. Около половины доноров считают недостаточными меры пропаганды донорства. Источ-

никами информации о донорстве были в большинстве случаев родственники, друзья или сотрудники – 75,70%. Первостепенной значимостью для доноров являются такие ценности как здоровье, счастливая семейная жизнь, любовь, удовлетворение материальных потребностей, интересная и самостоятельная работы, а такая альтруистическая ценность как «Счастье других» находится только на предпоследнем месте рейтинга. Среди личностных качеств первое место отведено: воспитанности, ответственности, аккуратности, жизнерадостности и честности.

**Выводы:** 1. Доноры удовлетворены своей жизнью в настоящем, воспринимают ее как интересную, эмоционально насыщенную, наполненную смыслом. Позитивно оценивают прошлое и будущее, считают себя сильной личностью, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями. 2. Мотивационный спектр доноров достаточно разнообразен. 3. Результаты исследования могут быть использованы в работе по привлечению донорских кадров.

# ГИГИЕНА, ЭКОЛОГИЯ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

---

В.А. Ависов, Г.С. Саакян  
**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ  
ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА ЗДОРОВЬЕ КУРИЛЬЩИКОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель В.А. Погодина*

В настоящее время в России курение табака является широко распространенной «вредной привычкой», 65,0% мужчин и 30,0% женщин. 80,0% мужчин и 50,0% женщин стали курить в несовершеннолетнем возрасте.

**Цель исследования** - оценить влияния электронных сигарет на здоровье курильщиков.

**Материалы и методы исследования:** была исследована группа людей из 50 человек, в возрасте от 22 лет до 59 лет, из них: женщин – 7 (14,0%); мужчин – 43 (86,0%). Использовались методы: 1. Социологический (анкетирование, тест Фагерстрена (по баллам: 0-2 очень слабая зависимость, 3-4 слабая зависимость, 5 средняя зависимость, 6-7 высокая зависимость, 8-10 очень высокая зависимость)). 2. Клинический (измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) с помощью пикфлоуметра). 3. Статистический метод (обработка материалов исследования осуществлялась посредством программы Microsoft Office Excel 2007, критерий Стьюдента).

**Результаты:** при анализе полученных данных было выявлено:

I. Анкетирование: 1) на вопрос «Ваш стаж курения?» ответили: - до 5 лет – 5 (10,0%) человек, 5-20 лет – 32 (64,0%) человек, более 20 лет – 13 (26,0%) человек; 2) на вопрос «Интенсивность курения в день?» ответили: - до 10 сигарет – 1 (2,0%) человек, 10-30 сигарет – 33 (66,0%) человек, более 30 сигарет – 16 (32,0%) человек; 3) на вопрос «Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1-ую сигарету?» ответили: - в течение первых 5 минут – 13 (26,0%) человек, в течении 6-30 минут – 37 (74,0%) человек; 4) на

вопрос «Сложно ли для вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?» ответили: - да – 20 (40,0%) человек, нет – 30 (60,0%) человек; 5) на вопрос «От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?» ответили: - первая утром – 45 (90,0%) человек, последующие днем – 5 (10,0%) человек; 6) на вопрос «Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?» ответили: - да – 12 (24,0%) человек, нет – 38 (76,0%) человек.

II. Показатели степени никотиновой зависимости: Слабая зависимость – 2 (4,0%) человека, средняя зависимость – 22 (44,0%) человека, высокая зависимость – 20 (40,0%) человек, очень высокая зависимость – 6 (12,0%) человек.

III. Измерение ПСВ: До использования электронных сигарет у 10 человек – 426,8 л/мин, у 25 человек – 448,6 л/мин, у 15 человек – 485,4 л/мин; после применения электронных сигарет – 503,2 л/мин, 530,4 л/мин, 555,7 л/мин соответственно.

**Выводы:** 1. Проведена оценка влияния электронных сигарет на здоровье курильщиков: у значительного количества (64,0%) курильщиков стаж курения составляет 5-20 лет. 2. Большая (66,0%) часть курильщиков интенсивно употребляли сигареты в течение дня, а меньшая (2,0%) часть курильщиков употребляли сигареты в течение дня менее интенсивно. 3. Большинство (74,0%) опрошенных закуривают 1-ую сигарету в течение 6-30 минут после сна. 4. Больше половины (60,0%) респондентов легко воздерживаются от курения в общественных местах. 5. Меньшинство (10,0%) опрошенных с легкостью отказываются от первой утренней сигареты. 6. Большинство (76,0%) курильщиков курят если сильно больны. 7. Большинство (44,0%) опрошенных имеют среднюю никотиновую зависимость. 8. После приобретения электронных сигарет пиковая скорость выдоха возросла у трех групп с 426,8 л/мин, 448,6 л/мин, 485,4 л/мин до 503,2 л/мин, 530,4 л/мин, 555,7 л/мин соответственно.

А.И. Агиенко  
**ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
БАКТЕРИОФАГА S-394 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ  
И ЛЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ ПТИЦ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.б.н., доцент Е.К. Емельянова*

Развитие птицеводческой промышленности сопровождается концентрацией поголовья птицы и увеличением заболеваемости инфекционными бо-

лезнями, в том числе и сальмонеллезом. В связи с тем, что в последние годы сальмонеллы приобретают лекарственную устойчивость ко многим антибиотикам, необходим поиск новых эффективных мер борьбы с этим заболеванием.

**Цель исследования:** оценить эффективность использования бактериофага S-394 для профилактики и лечения сальмонеллезов птиц.

В работе использовали бактериофаг, полученный из коллекции ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор». Фаголизат получали путем заражения фагом культуры, находящейся в логарифмической фазе роста. Литическую активность полученного бактериофага определяли микрометодом. Полученный фаголизат бактериофага вводился цыплятам методом выпаивания. Органы цыплят были предоставлены Леоновым С.В. в рамках договора о творческом сотрудничестве с Институтом экспертной ветеринарии Сибири и Дальнего Востока академии сельскохозяйственных наук.

Литическая активность фаголизата составила  $4,5 \cdot 10^{10}$  КОЕ/мл. Каждый цыпленок получил по  $10^8$  фаговых частиц. Распределение бактериофага в органах птиц изучали на двух группах цыплят по 10 птиц. Первая группа получала только бактериофаг, а вторую предварительно заражали культурой *Salmonella* sp. В первой группе до 20 часов наблюдали присутствие фага в кишечнике, причем наибольшие концентрации – в течение первых двух, четырех часов: от  $10^3$  до  $10^4$  КОЕ на 1 грамм ткани. Также отмечаются незначительные количества фага в ткани селезенки у цыплят, забой которых происходил через 4 часа после выпаивания фага. Можно предположить, что проникновение фага в ткани цыплят уже через 2 часа обусловлено его малыми размерами. Такая скорость распределения является преимуществом для применения бактериофага в терапевтических целях. После 20 часов у второго цыпленка бактериофаг не выделялся, а у первого концентрация снизилась до  $10^3$  КОЕ на 1 грамм ткани кишечника. Это можно объяснить тем, что отсутствие в органах чувствительной к фагу культуры не позволяет ему размножаться. Так, фаговые частицы разрушаются и постепенно выводятся из организма.

В группе цыплят, зараженной культурой *Salmonella* sp. и получавшей бактериофаг в качестве лечения, в течение первых часов в исследуемых тканях бактериофаг количественно не определялся. Незначительные количества присутствовали в двухчасовых пробах (кишечник и печень первого цыпленка), - бактериофаг выявлен после обогащения пробы. Также из четырехчасовых проб удалось накопить бактериофаг из кишечника второго цыпленка. Однако количественный анализ данных проб не показал присутствия значительных количеств фага. Через 6 часов из кишечника одного цыпленка был выделен фаг в концентрации  $3,1 \cdot 10^2$  КОЕ на 1 грамм ткани. Однако, к 20 часам концентрация фага во всех органах обоих цыплят

резко увеличилась до  $10^3 - 10^4$  КОЕ на 1 грамм ткани. При этом наибольшие количества наблюдали в печени и кишечнике. Возможно, такой характер динамики определяется тем, что в первые часы фаг находится в латентном периоде взаимодействия с бактериальной клеткой, а затем происходит лизис клеток и выход фаговых частиц.

Увеличение концентрации фага в органах цыплят, зараженных культурой *Salmonella* sp., свидетельствует о том, что происходит активный лизис бактериальных клеток в организме цыплят. Таким образом, можно сделать вывод об эффективности применения бактериофага S-394 для лечения сальмонеллезов птиц.

П.О.Алексеев, К.А. Астапенко, Т.И. Батлук,  
О.И. Захария, Т.С.Попова, О. В. Чеброва,  
Т.Р.Шевцова

## **О НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

*Кафедра гигиены и экологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н.Семенова,*

*преподаватель Н.С.Федянина*

Труд медицинских работников принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Его сложно сравнивать с трудом других специалистов, так как медики испытывают большую интеллектуальную нагрузку, несут ответственность за жизнь и здоровье других людей. Эта профессия требует срочного принятия решений, самодисциплины, умения сохранять высокую работоспособность в экстремальных условиях, высокой стрессо- и помехоустойчивости. Некоторые группы медицинских работников в процессе профессиональной деятельности могут подвергаться воздействию многих факторов, опасных для здоровья.

Обширный спектр проблем, сопровождающих деятельность медицинских работников разного уровня, возраста, профессионального опыта, особенно на современном этапе развития общества, внедрения достижений научно-технического прогресса, реорганизации здравоохранения, приводит к низкой удовлетворенности работой. Это подтверждают результаты проведенной нами диагностики /Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.И. – удовлетворен лишь каждый десятый (удовлетворены 10%, вполне удовлетворены 2%, не удовлетворены 35%, не вполне удовлетворены 53%).

Среди медиков распространены различные заболевания, например, такие как патология желудочно-кишечного тракта, профессиональные аллергии, синдром профессионального выгорания.

Применение шкалы профессионального стресса (Рогов) выявило у 62 % высокий, у 8% критический уровень, лишь у трети – средний (25%) и низкий (5%) уровни.

66% медиков имеют аллергию на применяемые в лечебно-профилактических учреждениях биоциды, дезинфицирующие средства. Из них в 60% случаев – дерматит (в том числе экзема), 25% - ринит и 15% - бронхиальная астма. Причем прослеживается зависимость от стажа работы: почти половина обследованных работают по профессии и контактируют с дезсредствами более 5 лет. В группе со стажем до 1 года таких всего 9%.

Для 39% врачей и 64.8% медицинских сестер важна проблема патологических изменений системы пищеварения, причем значительная часть связывает это с условиями работы, неудовлетворительной организацией питания в ЛПУ. Социологическое исследование показало, что подавляющее большинство (81.5%) медицинских работников питаются принесенными из дома продуктами и блюдами, пятая часть (18%) пользуется услугами имеющих в ЛПУ буфетов. Сравнительная гигиеническая характеристика типичных среднестатистических рационов питания показала их неадекватность, как по энергетической ценности, так и, прежде всего, по сбалансированности основных макронутриентов (соотношение белки : жиры : углеводы = 1 : 0.5 : 2.65; 1 : 0.66 : 1.2; 1 : 0.77 : 2.89).

Изучение условий трудовой деятельности свидетельствует о том, что на фоне соответствия микроклиматических условий гигиеническим требованиям освещенность на рабочих местах значительно ниже рекомендуемых величин, регистрируется бактериальная обсемененность воздуха (на примере хирургических отделений), отмечается несоответствие (СанПиН 2.1.2630-10) архитектурно-планировочных решений (на примере сельской участковой больницы).

Д.А. Белова, О.Б. Жукова  
**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕСИНХРОНОЗОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.Н. Семенова*

**Актуальность.** Миграция современного человека сопровождается сменной часовых поясов и климатических условий, и, как следствие, комплекс



сом болезненных расстройств. Многие не уделяют этому особое внимание и даже не представляют, что существуют профилактические мероприятия по предотвращению десинхроноза.

**Цель исследования** - показать значимость изменений в организме и необходимость профилактических мероприятий.

**Материалы и методы.**

- Социологическое исследование (анкетирование студентов, выезжающих за пределы НСО, и интернет-опрос работающего населения, совершающего командировочные поездки)
- Психодиагностическое тестирование для выявления хронотипа (биоритмологического профиля) и характеристик нервной системы (тип ВНД).
- Анализ медицинской литературы.

Результаты исследования. Четверть респондентов (27%) выезжает за пределы города и области, причем 29% совершают более 6 поездок в год со сменой часового пояса не менее чем на 2 часа. Это говорит об актуальности проблемы изменения биологических ритмов и методах их коррекции.

Актуальность подкрепляется наличием изменений состояния организма. Так, у половины (52%) после поездки появляются различные симптомы или ощущения, в частности: сонливость, усталость – 43%, дискомфорт в животе, диарея – 30%, головные боли – 19%, обстипация – 8%. Длительность подобных проявлений различна. У 49% из опрошенных симптомы сохранялись более суток, у 30% - до 5 часов, у 14% - до 12 часов и у 7% - от нескольких минут до 1-2 часов. Эти изменения в организме соответствуют острому десинхронозу.

Несмотря на негативные изменения в организме, лишь малая часть (6%) обращалась за врачебной помощью и интересовалась методами профилактики нарушений биологических ритмов. Остальные же просто не обращают на это внимания. Однако смена часового пояса ведет не только к субъективным ощущениям, но и смене биоритмов, которые в свою очередь могут привести к замедленной реакции, синдрому хронической усталости, к проблемам с концентрацией и памятью.

В наших исследованиях выявлена значимость типа высшей нервной деятельности: холерики и меланхолики больше подвержены риску развития десинхронозов (доля предъявлявших различные жалобы с указанным типом ВНД - 54% респондентов, по сравнению с 6% среди флегматиков).

Малое количество наблюдений не позволило выявить отмеченную в исследованиях других авторов зависимость изменений в организме от возраста, пола и биоритмологического профиля.

**Заключение.** Одним из направлений современной хронобиологии должна быть разработка различных методов и препаратов для коррекции биологических ритмов человека.

Е.А. Блинова  
**АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ В РОССИИ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.б.н., доцент С.А. Корниенко*

**Актуальность.** Альвеококкоз - или многокамерный эхинококкоз, является одним из самых опасных гельминтозов человека. Он характеризуется тяжелым хроническим течением, первичным опухолевидным поражением печени, нередко с метастазами в головной мозг и легкие, а также во многие другие органы. Часто заболевание заканчивается летально. И, несмотря на большую информацию о данном заболевании, альвеококкоз остается огромной социальной проблемой. Причиной тому, особенно в последние два десятилетия, является снижение научных исследований по данной проблеме, отсутствие эффективных мероприятий по борьбе с эхинококкозом, недостаточная изученность вопросов распространения, течения инвазии, иммунитета, диагностики и профилактики.

**Цель исследования.** Проанализировать заражённость окончательных хозяев (лисицы (*Vulpes vulpes* L.), собаки (*Canis familiaris*), песца (*Alopex lagopus* L.) волка (*Canis lupus* L.), корсака (*Vulpes corsac*)) взрослыми формами *Echinococcus multilocularis* на территории России.

**Материалы и методы.** Для анализа заражённости животных альвеолярным эхинококкозом на территории России был выполнен системный литературный обзор. Материалом для настоящего исследования послужили литературные источники, опубликованные с 1941 по 2003 годы, на русском языке посвящённые изучению гельминтофауны представителей семейства псовых (*Canidae*). Всего проанализировано 59 источников (Каденации А.Н. 1959; Лужков А.Д. 1962; и др.). Ретроспективно был проведён анализ 4992 экземпляров плотоядных, из них волков - 23, лисиц - 2087, собак - 632, песцов - 2250.

Для анализа заражённости вычисляли основные показатели заражённости: экстенсивность и интенсивность инвазии зараженных особей. И была рассчитана ошибка среднего для этих показателей.

**Результаты исследования.** При выполнении системного литературного обзора были получены следующие результаты. В распространении *Echinococcus multilocularis* среди дефинитивных хозяев наибольшую роль играет лисица и песец, ввиду их широкого ареала, совпадающий с ареалом промежуточных хозяев, главным образом грызунов, а так же их многочисленности, экологических особенностей и высокой восприимчивости к паразиту.

**Выводы.** Изучив научную литературу по данной теме, можно сделать вывод, что заражённость окончательных хозяев (собаки, волка, лисицы и т.д.) взрослыми формами *Echinococcus multilocularis* в России высокая, в связи с этим требуется разработка более эффективных мер по предупре-

ждению заражения, а также формирование более полной исследовательской базы по данному вопросу.

О.А. Бубнова, А.Ю. Кулик, К.О. Попов  
**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ “ФАСТ-ФУДА” НА ОРГАНИЗМ  
СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.А. Галузо*

**Актуальность.** Мы живём в такое время, когда суэта и достижение современной химии не позволяют нам качественно и в положенное время употреблять пищу. Неотъемлемой частью наших городов, особенно крупных, является наличие, чуть - ли не на каждом шагу различных заведений предлагающих нам быстрое питание (от англ. FAST FOOD). Все они пользуются нашим бешеным ритмом жизни и неплохо зарабатывают, а мы, утоляя голод на ходу, расплачиваемся за это своим здоровьем, приобретая целый букет различных заболеваний, подтвержденных многочисленными исследованиями медицины (повышенный риск развития желудочно-кишечных, сердечнососудистых и эндокринных заболеваний, а так же рака).

**Цель.** 1. Оценка влияния фаст-фуда на организм молодых людей;

2. Качественное и полуколичественное определение в продуктах фаст-фуда (картошка фри, зингер, куриные крылышки) следующих веществ: (акролеин, акриламид, холестерин, бутановая кислота)

**Материалы и методы исследования.** Группы исследуемых:

1. Употребляют фаст-фуд постоянно (более 5 раз в неделю)

2. Употребляют периодически (до 10 раз в месяц)

3. Употребляют редко (1-2 раза в месяц)

4. Не употребляют вообще.

**Методы исследования.** 1. Анкетирование: группы опрашиваемых (лица от 17 до 30 лет): студенты НГМУ, НГУ, НГАСУ, НГУЭУ; Сотрудники и посетители фитнес-клуба Extreme Fitness ул. Кирова, 44/1, +7 (383) 255-05-44; Участники группы в социальной сети ВКонтакте Fast Food <http://vk.com/club10386586>. 2. Лабораторный: Испытательный аналитический центр НИОХ им. Н.Н.Ворожцова СО РАН тел.+7 (383) 363-90-42 [www.mcb.nsc.ru](http://www.mcb.nsc.ru). 3. Инструментальный, измерение массы при помощи весов, артериального давления (тонометр).

**Заключение.** Используя метод анкетирования установлено, что большинство опрашиваемых знают о негативных последствиях употребления фаст-фуда. Однако 70% считают, что фаст-фуд влияет только на органы ЖКТ, не подозревая масштаб всей проблемы. Ученными доказано, что

фаст-фудовская пища опасна в первую очередь тем, что содержит транс-жиры. - перенасыщенные водородом искусственные изомеры жирных кислот. Они не портятся, а вместе с ними не портятся и продукты, приготовленные на их основе. Именно эти трансжиры способны вызвать не только гастрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатит и другие болезни желудочно-кишечного тракта, но и осложнения со стороны сердца(инфаркты),эндокринной системы (диабет) и самым серьезным – развитием рака.

Анализируя ответы участников опроса нельзя выделить ведущую причину употребления фаст-фуда. Среди наиболее распространенных ответов на вопрос причины употребления фаст-фуда - Привычка, нехватка времени, низкая цена. Чрезмерное употребление продуктов с повышенным содержанием животных жиров, углеводов и сахаров может действительно привести к реальной химической зависимости, подобно наркотической. И потому, учтите, что в любой фаст-фуд добавляют специальные усилители вкуса. Именно они делают эту пищу безумно вкусной и незаметно для Вас самих же буквально заставляют есть ее в большом количестве.

Используя лабораторный метод исследования было установлено наличие акролеина, акролеида, холестерина в допустимых количествах согласно СанПиН 1.2.2353-08.

В.Д. Бут, М.С. Даниличев  
**ЗНАЧИМОСТЬ КОЛЕБАНИЙ ГЕОМАГНИТНОГО  
ПОЛЯ ЗЕМЛИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ  
РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н.Семенова,  
преподаватель Н.С. Федянина*

**Актуальность.** Реакции организма здорового человека на колебания такого эволюционно привычного фактора, как земное магнитное поле, носят адаптивно-компенсаторный характер и не выходят за пределы физиологической нормы. Для больного человека изменения различных солнечно-биосферных характеристик выступают в роли фактора риска для здоровья.

**Цель** - выявление зависимости изменения стабильности в системе гемостаза у лиц с нарушением реологических свойств крови в различные периоды колебания естественного геомагнитного поля Земли. Выбор данной патологии был обоснован результатами собственных экспериментальных исследований (Е.А. Козяева, В.Д. Бут, М.С. Даниличев, 2010), в которых показано воздействие экстремально усиленного геомагнитного поля *in vitro* на плазму крови доноров с развитием синдрома гиперкоагуляции.

### **Материалы и методы исследования.**

- Анализ и статистическая обработка историй болезней пациентов отделения сосудистой хирургии с тромботическими поражениями сосудов ГКБ №12 за период 2011-2012 года.
- Анализ данных информационного портала о состоянии геомагнитного поля Земли за период 2011-2012гг.

### **Результаты исследования.**

Анализа полученных данных выявил отчетливую зависимость между показателями состояния геомагнитного поля и количеством поступающих в стационар. Динамика кривых, отражающих изменения магнитного поля и количество госпитализируемых в отделение лиц, однотипна. В периоды магнитных бурь отмечается повышение числа поступающих с нарушениями реологических свойств крови, в периоды умеренного состояния магнитного поля Земли, наоборот, регистрируется соответствующее снижение.

Полученные результаты, в совокупности с экспериментальными исследованиями, позволяют считать, что естественные возмущения геомагнитного поля Земли повышают риск развития синдрома гиперкоагуляции. Это имеет большое практическое значение для

- прогнозирования течения заболеваний, сопровождающихся риском тромбообразования,
- выбора стратегии лечения уже существующей патологии,
- профилактики рецидивов заболеваний,
- организации и проведения профилактических мероприятий среди лиц, состоящих в группе риска по данной патологии.

## А.В. Бушмина **ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В ВОДЕ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ Г. НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Погодина*

**Актуальность.** Среди всех веществ, имеющих на Земле вода, благодаря физическим и химическим свойствам занимает исключительное положение в природе и играет особую роль в жизни человека. Человеческий организм на 65,0% состоит из воды, в состав которой входят такие вещества как кальций, магний, железо, а нарушение поступления этих минералов в организм способствует развитию различной патологии. И поэтому употребление недоброкачественной воды связано с риском возникновения заболева-

ний неинфекционной природы. В этих условиях огромное значение имеет контроль качества питьевой воды.

**Цель исследования:** исследовать общую жёсткость, мутность, содержание железа и марганца в воде централизованной системы питьевого водоснабжения Калининского, Советского районов города Новосибирска и провести их сравнительный санитарно-гигиенический анализ.

**Материалы и методы исследования.** Были изучены результаты протоколов лабораторных исследований воды централизованной системы питьевого водоснабжения Калининского и Советского районов города Новосибирска в количестве 10 штук по 5 каждого района, где указано общая жёсткость, мутность, содержание железа и марганца. Протоколы за весенне-летний период 2012 года выданы Федеральным Центром Гигиены и Эпидемиологии по Новосибирской области. Использовались методы: 1) химический: включающий 4 метода; 2) социологический: - контент-анализ, включающий анализ нормативных документов (ГОСТы, СанПиНы); 3) статистический: - обработка данных на персональном компьютере с применением электронных таблиц (вычисление средней арифметической) Microsoft Excel пользовательского пакета Microsoft Office 2010.

**Результаты.** При исследовании проб воды: 1. Калининского района выявлено: средние показатели воды: - общая жёсткость - 2,7 мг/л, - мутность - 0,73 мг/л, - железо - 0,1 мг/л, - марганец - 0,02 мг/л. 2. Советского района выявлено: средние показатели воды: - общая жёсткость - 4,7 мг/л, - мутность - 2,7 мг/л, - железо - 0,5 мг/л, - марганец - 0,15 мг/л.

**Выводы.** 1. Исследовано общая жёсткость, мутность, содержание железа и марганца в воде централизованной системы питьевого водоснабжения Калининского, Советского районов города Новосибирска и проведён их сравнительный санитарно-гигиенический анализ. 2. Количество содержания общей жёсткости воды по минимальной границе средней жёсткости (от 3 до 7 мг/л), а количество мутности, железа и марганца в пределах нормы, установленной ГОСТами для этих химических веществ в воде централизованной системы питьевого водоснабжения Калининского района. 3. Количество содержания общей жёсткости больше, чем средний показатель средней жёсткости на 0,2 мг/л, но входит в границы средней жёсткости (от 3 до 7 мг/л), а количество мутности в 2 раза, железа в 1,5 раза и марганца в 0,5 раза превышают норму, установленную ГОСТами для этих химических веществ в воде централизованной системы питьевого водоснабжения Советского района. 4. Количество содержания общей жёсткости в 1,5 раза, мутности в 3,5 раза, железа в 5 раз и марганца в 8 раз в воде централизованной системы питьевого водоснабжения Калининского района ниже, чем количество содержания этих химических веществ в воде централизованной системы питьевого водоснабжения Советского района города Новосибирска и не превышает нормы.

П.А.Василенко, В.Р. Рева, И.С. Учаева, Ю.С.Некрасова,  
О.В.Ткаченко

## **О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ПИТАНИЯ**

*Кафедра гигиены и экологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н.Семенова,*

*преподаватель Н.С.Федянина*

Питание – один из важнейших факторов риска развития различных заболеваний как инфекционной, так и неинфекционной природы.

В данной работе приведены результаты изучения роли некоторых пищевых особенностей в возникновении опасных, социально значимых заболеваний.

В последние годы резко возросла популярность газированных напитков. Результаты проведенного нами социологического опроса показали, что подавляющее большинство (71%) лиц различного возраста и социального положения употребляют газированные напитки, причем наиболее популярный – кока-кола (49%). Предположение о возможных негативных последствиях, основанное на анализе химического состава, было подтверждено результатами проведенных исследований. Так, кариесогенное действие подтверждено экспериментальными исследованиями интактных и кариесных, молочных и постоянных зубов, которые выявили отрицательное воздействие газированных напитков на здоровье зубов, способствуя развитию и усугублению кариеса. Значимость употребления сладких газированных напитков как фактора риска развития сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний вытекает из биохимических исследований по определению содержания сахара в крови, которое показало значительное, статистически значимое, его повышение в крови у людей всех возрастных групп после употребления сладких газированных напитков.

Среди многочисленных факторов окружающей среды токсические вещества – микотоксины, образуемые микроскопическими грибами, в последнее время привлекают все большее внимание. С одной стороны, – токсигенные грибки широко распространены в природе и при благоприятных условиях могут поражать различные пищевые, кормовые, производственные вещества и представляют существенную угрозу народному хозяйству. С другой стороны – потребление продуктов и кормов, загрязненных микотоксинами, может сопровождаться тяжелыми заболеваниями человека и сельскохозяйственных животных. Повсеместное распространение микотоксинов, в том числе в продуктах питания, создает прецедент отрицательного воздействия этих веществ на резидентную микрофлору человека с развитием дисбактериоза. Определенную сложность представляет диагностика микотоксикозов у человека, так как проявления имеют чаще всего хронический характер. Необходимо иметь в виду и специфичность дей-



ствия некоторых микотоксинов – канцерогенный, мутагенный, тератогенный эффекты.

Обращает на себя внимание степень информированности населения о распространенных и малоизвестных болезнях. Так, только половина (50-58%) респондентов осведомлена о вреде, который газированные напитки оказывают на организм, знает о наличии и причинах такой группы пищевых отравлений, как микотоксикозы и предпринимает меры, направленные на предотвращение опасности, обусловленной продуктами жизнедеятельности плесневых грибов.

Приходится констатировать некоторую безучастность представителей медицины – как всегда, большинство респондентов в качестве источника сведений называют средства массовой информации.

К. А. Виноградова, С. К. Шабанов  
**ОЦЕНКА ПРИЧИН АВАРИИ НА САЯНО-ШУШЕНСКОЙ ГЭС**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и  
медицины катастроф лечебного факультета,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н. Жуков Д.В.*

**Актуальность.** Техногенные катастрофы - бич современного мира. Авария на Саяно-Шушенской ГЭС - крупнейшая авария нового тысячелетия. Один из основных актуальных вопросов, поэтому поводу, как можно сложившуюся в рассматриваемом регионе достаточно непростую ситуацию улучшить, повысить безопасность проживания здесь большого количества людей. Второй вопрос о сейсмической активности территории южной Сибири и реальных условий проживания людей в нижнем бьефе Саяно-Шушенской ГЭС. Для современного мира характерным является возрастание масштабов последствий техногенных аварий и катастроф (будь то авиационная, железнодорожная или морская) при уменьшении вероятности их реализации. Например, если в 40-х годах нашего столетия в десятках авиационных катастроф погибали десятки людей, то ныне единичная катастрофа уносит жизни сотен людей

**Цель:** 1) Рассмотреть причины аварии, 2) Рассмотреть последствия аварии, 3) Оценить организацию проведения восстановительных работ и безопасность платины на сегодня.

**Результаты.** Авария на Саяно-Шушенской ГЭС явилась результатом дефекта системы контроля безопасности и инфраструктуры гидроэлектростанции. Такие техногенные катастрофы как эта дают понять, что обе эти системы в целом в настоящий момент требуют предельного внимания.

**Вывод.** Как отмечает Счётная Палата РФ, а также многие, как российские, так и иностранные средства массовой информации: техническое состояние советских энергетических систем себя исчерпало. В настоящее время в России ещё имеет место эксплуатация морально устаревшего и физически изношенного оборудования, что при ряде обстоятельств в разных промышленных отраслях может вызывать техногенную катастрофу.

П.И. Гайнутдинов, Я.А. Пырлык  
**УМСТВЕННАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н. Семенова,  
преподаватель Н.С. Федянина*

**Актуальность.** Обучение любой специальности, особенно профессии врача, требует обработки и усвоения больших объемов информации. Эффективность освоения в определенной степени зависит от личностных характеристик студента.

**Цель.** Выявить закономерности зависимости показателей умственной работоспособности от темперамента личности и уровня интеллекта, а также взаимосвязь успеваемости и исследуемых параметров.

**Материалы и методы исследования.** В работе использовались следующие методики:

- Анкетирование.
- Определение уровня интеллекта - краткий ориентировочный тест в адаптации В.Н.Бузина.
- Определение темперамента личности - личностный опросник Айзенка – ЕРІ.
- Оценка умственной работоспособности - методика «кольца Ландольта» с определением количественных (показатель продуктивности, коэффициент выносливости) и качественных (показатель средней точности) показателей работоспособности и определением интегральной оценки уровня работоспособности.

В исследовании приняло участие 64 студента лечебного факультета НГМУ.

**Результаты.** Выявлено, что лица с высоким уровнем функциональной активности нервной системы (показатель продуктивности  $P_t$  выше 250 и балл нейротизма по Айзенку выше 14) обладают высокой скоростью протекания мыслительных процессов, процессов переработки информации, способны выполнять больший объем работы в единицу времени. Лица с инертной нервной системой со скоростной работой справляются плохо. В боль-

шинстве наблюдений лица с высоким уровнем продуктивности демонстрировали показатель выносливости ниже среднего и низкий (Кр% 9-50). На более высокую точность (At 0.95-0.99) демонстрировали студенты со средним уровнем нейротизма, то есть с умеренно подвижной нервной системой, и показавшие средний уровень продуктивности (Pt 150-250). Исследования показали, что студенты со средним уровнем общих умственных способностей, средней продуктивностью (высокий коэффициент выносливости) и умеющие рационально распределять учебную нагрузку, имеют успеваемость выше, чем студенты с высоким уровнем общих умственных способностей и нерациональным относительно своих нейрофизиологических особенностей распределением нагрузки. Например, лица, обладающие темпераментом холерика, признавшиеся в том, что оставляют большую часть работы на последний момент, работая без перерыва с большими объемами информации в условиях сжатых сроков, проигрывали по показателям успеваемости холерикам, распределяющим нагрузку равномерно, при аналогичных показателях КОТ и теста «кольца Ландольта». Проведенные исследования дают основание предположить, что темперамент человека косвенно может отражать особенности его умственной работоспособности – оптимальные показатели скорости и количества выполняемой без перерыва работы. Вместе с тем установлено, что мотивация студента к обучению подчас играет решающую роль – студенты с высокими интегральными показателями работоспособности и высоким уровнем общих умственных способностей, но с низкой мотивацией имеют уровень успеваемости значительно ниже, чем их высокомотивированные сокурсники, даже обладающие средними и средненизкими показателями.

На основании полученных данных разработаны рекомендации по оптимизации процесса внеаудиторного обучения.

Ф.Ш. Гизатулина, О.М Пальянова, Е.А. Цорн  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ  
ВИТАМИНА С В СОКАХ РЯДА ТОРГОВЫХ МАРОК**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент, Н.А. Галузо*

**Актуальность.** Витамин С или аскорбиновая кислота играет важную роль в жизнедеятельности человека. В отличие от многих животных организм человека не способен синтезировать витамин С, поэтому мы должны постоянно получать его с пищей. В условиях сибирского региона ежедневное употребление продуктов богатых витамином С : киви, шиповник, красный перец, цитрусовые, чёрная смородина, необходимых для нормального функционирования организма, является затруднительным. В связи с этим

многие употребляют, доступные на протяжении всего года, апельсиновые соки. Суточная потребность человека в витамине С - 100 мг. В виду этого, проблема необходимого потребления витамина С в условиях сибирского региона в настоящее время является актуальной.

**Цель.** Практически определить содержание витамина С в апельсиновых, яблочных соках различных торговых марок и соках торговой марки «Добрый»; сравнить полученные в ходе исследования результаты с заявленными производителями на упаковке; рассчитать объёмное количество апельсинового сока, человеку для ежедневного удовлетворения потребности организма в витамине С.

**Материалы и методы исследования.** В данной работе изучены 11 образцов апельсиновых и яблочных соков торговых марок: «Добрый», «Фруктовый сад», «Моя семья», «Фруктовый остров», «Я», «Rich», «Тонус», «Мой», «Любимый сад», «100% Gold», «Santal», соки торговой марки «Добрый». Дополнительные материалы: 5% настойка йода, крахмал, дистиллированная вода. Оборудование - кабинет химии на базе Сузунской СОШ №2, лаборатория кафедры «Медицинской химии» НГМУ. Используемый метод – титрования. Принцип метода: при прямом титровании аскорбиновой кислоты раствором йода происходит окислительно-восстановительная реакция, при этом раствор йода быстро обесцвечивается. В качестве индикатора использован крахмал. При добавлении избыточного количества йода в титруемый раствор, содержащий крахмал, раствор приобретает синюю окраску.

**Результаты.** В ходе работы самая большая концентрация витамина С -29мг/100мл выявлена в апельсиновом соке торговой марки «Santal», в соке торговой марки «100% Gold» концентрация витамина С -27мг/100мл, далее концентрация витамина С в соках остальных торговых марок распределяется в следующем порядке: «Rich» - 27мг/100мл, «Я» -26 мг/100мл, «Тонус» -26 мг/100мл, «Фруктовый сад»- 24мг/100мл, «Моя семья»- 23мг/100мл, «Любимый сад» - 21 мг/100мл, «Добрый» -20 мг/100мл, «Мой» - 19 мг/100мл, «Фруктовый остров» - 18мг/100мл. Таким образом, для полного восстановления ежедневных затрат витамина С для человека требуется 344 мл сока «Santal», 370 мл сока «100% Gold», 370 мл сока «Rich», 384 мл сока «Я», 384 мл сока «Тонус», 416 мл сока «Фруктовый сад», 434 мл сока «Моя семья», 476 мл сока «Любимый сад», 500 мл сока «Добрый» 526 мл сока «Мой» и 556 мл сока «Фруктовый остров». В яблочных соках в ходе работы была обнаружена следующая концентрация витамина С : «Santal» - 5,03 мг/100мл, «100% Gold» -4, 72 мг/100мл, «Я» - 4,09 мг/100мл, «Тонус»- 3,77 мг/100мл, «Rich» -3,46 мг/100мл, «Моя семья» - 3,14 мг/100мл, «Добрый»-2,83 мг/100мл, «Любимый сад»- 2,83 мг/100мл, «Фруктовый сад» - 2,52 мг/100мл, «Мой» -2,52 мг/100мл, «Фруктовый остров»- 2,2/100мл. В исследуемых соках торговой марки «Добрый» концентрация витамина С -19,76 мг/100мл в апельсиновом соке, 4,09 мг/100мл в мультифруктовом соке, 3,77мг/100мл-персиковом, 3,14 мг/100мл в ананасовом соке, 2,83 мг/100мл - в яблочном соке, в абрикосовом – 2,52 мг/100мл, в томатном соке - 2,2 мг/100мл, 1,88 мг/100мл в виноградном соке.

С. А. Головина, О. Ю. Старосельцева  
**ВОПРОСЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ  
Веществ, входящих в состав косметики**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н, доцент В.В. Турбинский*

**Актуальность.** Использование косметических средств в наше время стало неотъемлемой чертой любого социализированного человека. По данным глобальной исследования компании ACNielsen, в России 87% опрошенных покупают косметические товары, в том числе 67% - продукты декоративной косметики. Таким образом, Россия находится на 6 месте в мире по потреблению косметики. При этом большинство людей, использующих косметические средства, не уделяют должное внимание изучению составных компонентов, среди которых могут встречаться токсичные, раздражающие и даже канцерогенные вещества. Отсутствие информации приводит к тому, что в погоне за красотой, очень легко нанести вред своему здоровью.

**Цель.** Изучить составы популярных косметических средств на наличие вредных и опасных веществ, установить их влияние на организм человека. Выделить наиболее опасные косметические продукты.

**Материалы и методы исследования.** Использовались метод наблюдения, метод анализа, метод опроса. В ходе исследования был изучен состав косметических средств, которыми ежедневно пользовались опрошенные.

**Результаты.** В работе дана характеристика 15 веществ, используемых в косметической промышленности, которые оказывают отрицательное влияние на здоровье человека и могут быть отнесены к категории «вредных». Проанализированы эффекты, оказываемые каждым из этих веществ на организм человека, каждому дана подробная характеристика. Установлено, что наиболее часто встречаемые из вредных веществ – лаурилсульфат натрия, силикат алюминия, парабены, тальк и пропиленгликоль. Анкетирование 50 человек показало, что 86% опрошенных знают об отрицательном влиянии косметических средств, содержащих вещества из списка. У 52% опрошенных косметические средства вызвали аллергическую реакцию. При этом обращают внимание на состав и выбирают косметические средства, с безопасным составом только 10% опрошенных. Эти результаты показывают, что большинство лиц, использующих косметические средства, недостаточно информированы о возможных патологических реакциях и потенциальной вреде, который они могут нанести своему здоровью регулярным применением косметики.

**Выводы.** Косметическая промышленность – огромная отрасль, прибыль которой составляет миллиарды долларов в год. К сожалению, в погоне за сокращением затрат на производство многие производители включают в состав компоненты, наличие которых может грозить серьезными проблемами со здоровьем для их потребителей. Разумеется, ни один производитель

не захочет разглашать информацию о побочных эффектах своего продукта. Единственный вывод в такой ситуации – распространение информации об опасных компонентах косметики и рекомендации избегать их использования.

## **А.С. Голубова ПОИСК НОВЫХ ПЕРСПЕКТИВНЫХ АДЬЮВАНТОВ ДЛЯ ВАКЦИН**

*Кафедра гигиены и экологии,*

*<sup>1</sup>Новосибирский государственный медицинский университет,*

*<sup>2</sup>ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор», г. Новосибирск*

*Научные руководители: к.б.н., доцент Е.К. Емельянова<sup>1,2</sup>,*

*д.б.н., проф. А.М. Шестопалов<sup>2</sup>*

**Актуальность исследования.** Поиск новых адьювантов обусловлен необходимостью создания новых высокоэффективных вакцин. Новые адьюванты способны обеспечить снижение дозы антигенов при иммунизации и увеличение безопасности самой вакцины. Применение окисленного декстрана с молекулярной массой 35-60 кДа в качестве адьюванта открывает возможности ускорить действие вакцины и повысить эффективность ее действия.

**Цель исследования.** Изучить эффективность использования окисленного декстрана с молекулярной массой 35-60 кДа в качестве адьюванта для гриппозных вакцин против вируса гриппа H1N1 субтипа.

**Материалы и методы.** Были приготовлены три экспериментальных вакцинных препарата: инактивированная формолвакцина против вируса гриппа H1N1 субтипа без адьюванта; с добавлением в качестве адьюванта гидроксида алюминия; с добавлением в качестве адьюванта окисленного декстрана до конечной концентрации 0,5%. Оценка эффективности вакцинных препаратов была проведена на мышах линии BALBc 5-ти недельного возраста. Вакцинные препараты были введены животным подкожно в объеме 0,2 мл однократно. На 21 сутки после вакцинации и в конце эксперимента было проведено определение титров противовирусных антител при помощи реакции торможения геммагглютинации (РТГА) и реакции нейтрализации (РН). Оценка защитных свойств экспериментальных вакцинных препаратов была проведена путем интраназального инфицирования вакцинированных животных вирусом A/Russia01/2009-MA (H1N1) в объеме 50 мкл дозой вируса 30 МЛД<sub>50</sub>.

**Результаты исследования.** В результате проведенных исследований было показано, что все экспериментальные вакцины обладают 100 %-ой защитной эффективностью против 30 МЛД<sub>50</sub> вируса гриппа H1N1 субтипа. Однако, в сыворотках крови мышей, собранных на 21 сутки после вакцина-

ции, противовирусные антитела, определенные в РТГА и в РН, были выявлены в больших титрах и у большего количества животных в группе, вакцинированной вакциной с добавлением окисленного декстрана.

Так как гибели животных опытных групп после их инфицирования вирусом гриппа не зарегистрировано, оценка защитных свойств экспериментальных вакцин была проведена на основании различий привесов животных опытных групп. На 8 сутки после инфицирования (на пике падежа мышей контрольной группы) потеря веса у животных, вакцинированных препаратами с адъювантами была достоверно ниже ( $p < 0,01$ ), чем у вакцинированных препаратом без адъюванта. К концу эксперимента – через 14 дней после инфицирования показатели привеса в группе, вакцинированной препаратом без адъюванта, имели отрицательное значение, в то время как для остальных опытных групп – положительное. Однако, достоверных различий между показателями привеса животных двух опытных групп, вакцинированных экспериментальными вакцинами с адъювантами, не выявлено.

**Выводы.** Использование окисленного декстрана в качестве адъюванта для гриппозных вакцин против вируса гриппа H1N1 субтипа вызывает наработку антител к вирусу гриппа в более высоких титрах и у большего процента подопытных животных по сравнению с контрольными группами. Все экспериментальные вакцинные препараты защищают на 100 % животных от гибели при инфицировании их вирусом в дозе 30 МЛД<sub>50</sub>/животное. Достоверных различий в показателях привеса после инфицирования у вакцинированных животных опытных групп (вакцинированных экспериментальными вакцинами с добавлением адъювантов) не выявлено. Использование окисленного декстрана в качестве адъюванта для гриппозных вакцин против вируса гриппа H1N1 субтипа является перспективным направлением научных исследований.

**В. Е. Гончарова, М. В. Сементеева**  
**НИКЕЛЬ И ЗДОРОВЬЕ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,  
преподаватель Н. С. Федянина*

Нашу жизнь сложно представить без использования никеля и его сплавов, которые нашли свое применение во многих сферах деятельности человека – от машиностроения и химической промышленности до производства ювелирных украшений и косметики.

Так, в городе Новосибирск несколько десятков предприятий различных отраслей народного хозяйства применяют никель и его соединения, в основном в процессах никелирования изделий. Более 80% никелевого производ-



ства в России приходится на предприятия группы компаний «Норильский никель», большая часть которых располагается в городе Норильск.

В процессе производства и применения никеля и его соединений возможно загрязнение объектов окружающей среды, производственной зоны. Наши собственные исследования воды и снежных покровов, проведенные на территории города Норильск (с помощью реакции никеля с диметилглиоксимом), показали, что содержание этого металла значительно превышает предельно допустимую концентрацию. В речных водах содержание никеля колебалось в пределах от 2,0 ПДК до 3,3 ПДК, а в снежных покровых достигало 10 мг/кг, при ПДК = 0,1 мг/л.

Известно, что никель способен вызывать развитие заболеваний эндокринной и дыхательной систем, аллергические реакции и т.д. Однако мало кто задумывается над тем, какую опасность для здоровья несут в себе тяжелые металлы, в частности никель. Результаты опроса, проведенного среди различных социально-демографических групп населения города Новосибирск, показали, что лишь каждый пятый (21%) обладает подобной информацией.

Никелю присуще сенсибилизирующее действие, поэтому особое внимание в наших исследованиях уделено никелевому дерматиту. Социологические исследования подтвердили достаточно высокую распространенность этой патологии разной степени выраженности среди тех, кто носит украшения, бижутерию, причем среди женщин чаще (соответственно 16% и 7% - постоянные и 15 % и 5% - периодические проявления). Подобные результаты обусловлены тем, что в больших концентрациях никель встречается именно в бижутерии. Обращает на себя внимание следующий факт - среди женщин, которые предпочитают красный цвет губной помады, жалобы на аллергию встречаются чаще, чем у других. Оказывается, что некоторые производители в качестве красящего вещества используют диметилглиоксим никеля – соединение красного цвета. Однако достоверные сведения о токсичности данного соединения в литературе отсутствуют. Аллергические реакции встречаются у 10 % лиц, контактирующих с никельсодержащими изделиями по роду своей деятельности (электросварщики, кассиры, швеи).

О функции никеля в организме человека известно немного, но уже нет сомнений, что он играет важную роль в обменных процессах. По результатам нашего опроса только треть респондентов имеет представление о биологической значимости этого соединения и, значительно меньшая часть, - о продуктах – источниках. Подобные знания особенно важны для лиц с сильной аллергией на никель, так как некоторые продукты могут обострить экзему.

Таким образом, результаты проведенной работы подтверждают необходимость комплекса мер по предотвращению загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами, с целью снижения их негативного влияния на здоровье населения.

В.И. Губина  
**НЕКОТОРЫЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА  
СОРБЕНТА НА ОСНОВЕ ЛИТИЯ**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и  
медицины катастроф,  
Новосибирский государственный медицинский университет,  
ФГБУ «НИИКЭЛ» СО РАМН, Лаборатория лимфорегуляции,  
г. Новосибирск*  
*Научные руководители: д.м.н., проф. Ставский Е.А.,  
к.х.н., зав. лаборатории лимфорегуляции Рачковская Л.Н.*

**Актуальность.** Научные исследования, проводимые в течение ряда лет в НИИКЭЛ СО РАМН, убедительно показали, что саногенное воздействие сорбентов на органы и ткани возрастает в тех случаях, когда на его поверхность наносятся лечебные, биологически активные вещества, клетки (антибиотики, антисептики, цитостатики, ферменты и др.). По существу сорбент выполняет не только детоксицирующие свойства, но и является одновременно средством доставки модификатора (антибиотики, антисептики, клетки и др.) к месту его терапевтического воздействия: при энтеросорбции, например, – в нужные отделы желудочно-кишечного тракта, при аппликационной сорбции – к раневой поверхности, при гемосорбции – необходимых компонентов для поддержания гомеостаза.

В данной работе, выполняемой на базе НИИКЭЛ СО РАМН, приведены результаты исследований некоторых физико-химических свойств синтезированных литийсодержащих сорбентов.

**Цель исследования.** Разработать и исследовать литийсодержащий сорбент на основе минеральной матрицы.

**Материалы и методы.** В качестве матрицы для получения литийсодержащих сорбентов использовали белого цвета гранулированный оксид алюминия с размером округлых гранул 0,2-0,8 мм, с величиной удельной поверхности 180 м<sup>2</sup>/г, в качестве источника лития – лития цитрат. Спектрофотометрически оценивали адсорбционную активность сорбентов в отношении сорбции метиленового синего. Содержание лития в сорбенте и растворе определяли методом атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой на спектрометре типа Baird (Нидерланды).

**Результаты исследования.** Согласно разработанной методике лития цитрат иммобилизовали в пористом пространстве минеральной матрицы. При этом, для обеспечения пролонгированности высвобождения лития с поверхности сорбента, лития цитрат «замуровывали» в порах матрицы с помощью кремнийорганического полимера. После низкотемпературной термической обработки модифицированных цитратом лития сорбентов исследовали детоксицирующие (адсорбционные) свойства литийсодержащих сорбентов по сорбции маркера среднемолекулярных токсинов – красителя метиленового голубого. Сорбцию проводили в течение часа при соотношении сор-

бент - водный раствор красителя, равном 1:10. Концентрацию красителя в растворе после контакта с сорбентом определяли спектрофотометрически при длине волны 664 нм. Адсорбционная емкость полученных образцов составляла 25-30 мг/г сорбента.

Исследовали высвобождение лития с поверхности сорбентов в водный раствор. Установлено что, за 3 часа контакта с водой литий на 65-70% переходит с поверхности в раствор, что подтверждает пролонгированность действия литийсодержащего сорбента.

**Выводы.** Литийсодержащий сорбент обеспечивает пролонгирующее действие литию.

П.С. Дубровская  
**САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА  
ПОДЗЕМНОГО ВОДОИСТОЧНИКА  
СТ. МОШКОВО НОВОСИБИРСКОГО  
УЧАСТКА ЗАПАДНО-СИБИРСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ  
ДОРОГИ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.В. Турбинский*

**Актуальность.** Взаимодействие человека и подземной гидросферы имеет различные аспекты. Среди отрицательных последствий этого взаимодействия наиболее серьезными являются загрязнение и истощение подземных вод. Определение органолептических показателей воды является важным этапом ее анализа на пригодность для питья и санитарных нужд. Несоответствие этих параметров воды оптимальным, как правило, является основанием для более тщательного химического анализа.

Органолептические показатели обеспечивают эстетическую потребность, свидетельствуют об эффективности очистки и могут служить критериям безопасности воды.

**Цель исследования.** Санитарно-гигиеническая характеристика подземного источника питьевого водоснабжения по органолептическим свойствам.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись две разведочно-эксплуатационные скважины на станции Мошково: № 1, № 2. Добыча подземных вод осуществлялась из двух скважин, закольцованных между собой в один водопровод, в период с 10.06.2012 по 15.10.2012 г.

Качество подземной питьевой воды изучалось по органолептическим свойствам, фотометрическими методами определения цветности и мутности, органолептическими методами определения запаха и привкуса.

Исследования проводились на базе ФБУЗ «Центра гигиены и эпидемиологии по железнодорожному транспорту»

**Результаты исследования.** Анализ качества питьевой воды показал, что питьевая вода из централизованной скважины №1 по органолептическим свойствам: запах, привкус равен 2 баллам, что соответствует норме; мутность- 4,6-12,4 мг/дм<sup>3</sup> ( $\mu=8,5$  мг/дм<sup>3</sup>; не соответствие в 100%), при норме не более 1,5мг/дм<sup>3</sup>; цветность -19-24 баллов ( $\mu=21,5$  баллов; не соответствие в 50%) при норме 20 баллов.

Анализ качества питьевой воды показал, что питьевая вода из централизованной скважины №2 по органолептическим свойствам: запах, привкус равен 2 баллам, что соответствует норме; мутность- 3,3-13,7 мг/дм<sup>3</sup> ( $\mu=8,5$  мг/дм<sup>3</sup>; не соответствие в 100%), при норме не более 1,5мг/дм<sup>3</sup>; цветность - 19-24 ( $\mu=21,5$  баллов; не соответствие в 50%), при норме 20 баллов.

**Выводы.** Исследование проб воды по органолептическим свойствам из двух скважин №1, №2 на станции Мошково превышает ПДК по мутности до 10 раз, цветности до 1,2 раза, что не соответствует требованиям СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения» и нарушением ч.1 ст. 19 «Санитарно-эпидемиологические требования к питьевой воде, а также к питьевому и хозяйственно-бытовому водоснабжению» ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» №52-ФЗ от 30 марта 1999 г.

В соответствии с критериями оценки качества питьевой воды по органолептическим свойствам питьевая вода из скважин из-за высокого показателя мутности оценена как «недоброкачественная питьевая вода».

## О.А. Залавина **ЭЛЕМЕНТНЫЙ ПОРТРЕТ У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра анатомии человека,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор С.В. Залавина*

Здоровье людей, проживающих на территории крупного промышленного города, может быть сохранено только при условии соблюдения допустимых химических параметров окружающей городской среды, что является гарантом сохранения и поддержания гомеостаза внутренней среды организма. Актуальной эколого-гигиенической проблемой в настоящее время является широкое распространение скрытых повреждений организма человека, обусловленное неблагоприятной экологической обстановкой. Исходя из вы-

шесказанного, необходимо подчеркнуть, что определение уровня содержания химических элементов, в том числе тяжёлых металлов, в биосредах организма человека является актуальной медицинской задачей. Отсутствие эффективного механизма гомеостатического контроля, длительное удержание в организме с долгим периодом полувыведения, составляющим у человека 10-35 лет, а в среднем 25 лет, преимущественное накопление в печени и почках, интенсивное взаимодействие с другими двухвалентными металлами как в процессе всасывания, так и на тканевом уровне, приводят к тому, что кадмий признан одним из самых опасных тяжёлых металлов.

**Цель** выявить особенности минерального обмена у жителей Новосибирска в условиях накопления тяжёлых металлов.

**Материалы и методы.** Для исследования использованы волосы. Аналитические исследования выполнялись методом атомной эмиссионной спектроскопией с индукционно связанной аргонной плазмой. Определялись элементы: I, Al, As, Be, Ca, Cd, Co, Cr, Cu, Fe, Hg, K, Li, Mg, Mn, Na, Ni, P, Pb, Se, Si, Sn, Ti, V, Zn.

**Результаты.** Из общего количества обследованных 3602 человек условно эссенциальные элементы встречались: свинец у 428 человек – 11,9%; кадмий у 408 человек – 11,3%; алюминий у 346 человек – 9,6%; олово у 165 человек – 4,5%; титан у 152 человек – 4,2%; ванадий у 146 человек – 4%; никель у 116 человек – 3,2%; мышьяк у 75 человек – 2%; ртуть у 66 человек – 1,8%. Эти данные показывают, что свинец и кадмий по распространённости лидируют в г. Новосибирске. Наиболее часто накоплению Pb и Cd сопутствуют дефициты таких жизненно важных элементов, как цинк - 89%, магний - 76%, кальций - 57%, фосфор - 65% и др. Пик накопления тяжёлых металлов наблюдается в 2000 г. В последующие годы частота выявления тяжёлых металлов снижается. Минимальный уровень тяжёлых металлов определяется зимой, а максимальный в весной.

Во всех половозрастных группах дефицит цинка на фоне накопления свинца и кадмия выявляется в большем проценте наблюдений у мужчин, чем у женщин.

В мужских группах независимо от возраста дефицит цинка наблюдается более чем у половины пациентов каждой группы. Наиболее распространён дефицит этого элемента в возрасте от 10 дней до 7 лет жизни.

**Вывод.** Таким образом, исследование микроэлементного состава волос является эффективным и информативным методом, дающим основу для анализа и поиска причин поступления различных тяжёлых металлов в связи с инфраструктурой и метеоусловиями в различных частях современного мегаполиса, а также даёт характеристику минерального обмена с учётом возраста, пола и районами проживания.

А.В. Звонкова, Е.В. Киметова  
**НОВЫЕ МЕТОДИКИ КИНЕЗОТЕРАПИИ  
В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ  
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н. О.М. Стрелетов*

**Цель исследования.** Оценить влияние дифференцированной эксцентрической гимнастики на изменение мышечного тонуса у детей со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП).

**Методы и методы исследования.** Обследовано 50 детей в возрасте от 5 до 15 лет с диагнозом ДЦП. Больные были поделены на две группы. В 1-ой (основной) 25 человек применялась дифференцированная эксцентрическая гимнастика. Во 2-й (сравнения) 25 человек использовался стандартный комплекс лечения, состоящий из специальной лечебной гимнастики и медицинского массажа. Оценка мышечного тонуса в покое и при напряжении с помощью механического динамического миотонметра (кг/см<sup>2</sup>).

**Результаты.** После лечения у осмотренных было выявлено изменение тонуса мышц грудного отдела позвоночника: в 1-й группе максимальные показатели *m. erector spinae* в расслабленном состоянии оптимизировались на 30,0 % (с  $0,73 \pm 0,12$  до  $0,51 \pm 0,10$  кг/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ), тогда как во 2-й группе - лишь на 8,0 % (с  $0,74 \pm 0,15$  до  $0,68 \pm 0,09$  кг/см<sup>2</sup>,  $p > 0,05$ ). Однонаправленная динамика отмечалась в отношении, *m. latissimus dorsi*, *m. trapezius*, *m. serratus posterior inferior*, *m. levator scapulae*. Показатели тонуса *m. erector spinae*, при максимальном сокращении, оптимизировались у пациентов в основной группе на 26,4% (с  $0,78 \pm 0,17$  до  $1,06 \pm 0,16$  кг/см<sup>2</sup>), у лиц из группы сравнения аналогичные изменения составили только 5,0 % (с  $0,77 \pm 0,12$  до  $0,81 \pm 0,15$  кг/см<sup>2</sup>,  $p > 0,05$ ). Однонаправленные изменения имели место в мышечном корсете поясничного отдела позвоночника: у пациентов основной группы показатели тонуса *m. erector spinae* в расслабленном состоянии уменьшились на 34,6 % (с  $0,78 \pm 0,12$  до  $0,51 \pm 0,13$  кг/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ), тогда как в группе сравнения - на 15,6% (с  $0,77 \pm 0,14$  до  $0,65 \pm 0,06$  кг/см<sup>2</sup>,  $p > 0,05$ ). При максимальном напряжении аналогичные параметры увеличились на 29,0% (с  $0,79 \pm 0,17$  до  $1,07 \pm 0,11$  кг/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ) и 16,0% (с  $0,79 \pm 0,12$  до  $0,94 \pm 0,15$  кг/см<sup>2</sup>,  $p > 0,05$ ) соответственно.

В основной группе показатели гипертонуса *m. iliopsoas* (как одной из патобиомеханически значимых мышц) в расслабленном состоянии уменьшились на 36 % (с  $0,78 \pm 0,15$  до  $0,50 \pm 0,13$  кг/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ), тогда как в группе сравнения - на 14,7 % (с  $0,75 \pm 0,12$  до  $0,64 \pm 0,16$  кг/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ). При максимальном напряжении *m. iliopsoas* мышечный тонус у больных 1-й группы увеличился на 19,6 % (с  $0,78 \pm 0,19$  до  $0,97 \pm 0,19$  кг/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ), тогда как во второй - практически не изменился и составил 4,9 % (с  $0,78 \pm 0,12$  до  $0,82 \pm 0,18$  кг/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ). В регионе нижних конечностей наибольшие измене-

ния выявлялись у больных с компрессионными проявлениями дорсопатий: в 1-й группе показатели тонуса m. tibialis anterior, в расслабленном состоянии уменьшились на 51,2 % (с  $0,45 \pm 0,13$  до  $0,37 \pm 0,13$  кг/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ), во второй - на 43,6% (с  $0,38 \pm 0,12$  до  $0,36 \pm 0,14$  кг/см<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ). При максимальном напряжении m. tibialis anterior исследуемые параметры возросли на 31% (с  $0,80 \pm 0,16$  до  $1,16 \pm 0,15$  кг/см<sup>2</sup>) и 18,6% (с  $0,79 \pm 0,19$  до  $0,97 \pm 0,14$  кг/см<sup>2</sup>) соответственно. В мышцах верхних конечностей отмечалась однонаправленная динамика.

**Выводы.** Применение дифференцированной эксцентрической гимнастики у больных ДЦП способствует снижению гипертонуса в грудном и поясничном отделе, а также восстановлению мышечного тонуса в регионе нижних и верхних конечностей в большей степени, чем при использовании стандартного комплекса лечения, состоящего из специальной лечебной гимнастики и медицинского массажа, что в свою очередь, способствует формированию и оптимизации двигательного стереотипа у детей с ДЦП.

Н.Л. Иванова, Д.М. Позднякова, А.С. Савченко  
**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ К НАЧАЛУ  
ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н.Семенова,  
преподаватель Н.С. Федянина*

**Актуальность.** Такой важный этап социализации как обучение в высшем учебном заведении сопровождается ломкой динамического стереотипа, существенными изменениями физиологических и психологических функций, состояния здоровья. Проблема адаптации комплексна, многокомпонентна – социальные, медицинские, гигиенические аспекты.

**Цель исследования** – изучить степень адаптации первокурсников НГМУ и выявить факторы, влияющие на течение адаптационного периода.

**Объект исследования** - первокурсники (92% в возрасте 17-19 лет) лечебного факультета НГМУ, 100 человек Соотношение М : Ж = 1 : 1.83.

**Методы исследования.** Для характеристики адаптационного периода провели анкетирование, психологическое тестирование (показатели реактивной и личностной тревожности по тесту Спилберга), психофизиологическое тестирование - тест Айзенка, социометрическое исследование, определение степени комфортности нахождения в коллективе каждого студента- первокурсника, выявление формальных и неформальных лидеров, расчет адаптационного потенциала (методика Казначеева - Баевского).

Роль факторов, определяющих течение адаптационного периода, выясняли при помощи анализа, анкетирования, психофизиологического тестирования (тест Айзенка)



**Результаты.** По степени тревожности и здоровью испытуемые разделились на 4 группы. Изучение мотивации показало, что более половины (60%), поступив в медицинский ВУЗ, осуществили свою мечту. Треть первокурсников пришли по совету друзей, родственников. Причем выявлена взаимосвязь указанных характеристик: Лица с высоким уровнем тревожности имеют хронические заболевания и чаще болеют. В этой группе - те, кто выбрал медицину по «совету». У лиц со средним уровнем – картина противоположная, положительная мотивация.

Среди студентов, которые проживают дома с родителями, занимаются спортом или другими увлечениями, наблюдается лучшая адаптация и средний уровень реактивной и личностной тревожности и напряженное эмоциональное состояние. Среди тех, кто проживает в общежитии, приехал из других городов и регионов, не занимаются спортом и другими увлечениями, адаптация протекает хуже.

Для психоэмоционального состояния немаловажен факт совпадения ожиданий с реальной ситуацией. Среди тех, у кого реальность оказалась предсказуемой, преобладают лица с менее выраженной степенью тревожности и эмоционального напряжения. Особого внимания заслуживает оценка первокурсниками психологического климата в студенческих учебных группах. Так, треть студентов считает, что у них достаточно дружная группа («очень нравится группа»); другая треть отмечает, что «скорее всего ничего не стали бы менять. Доля тех, кто хотел бы перейти в другую группу из-за сложных взаимоотношений с одногруппниками, невелика.

Результаты анкетирования показывают, что лишь каждый десятый респондент не испытывает трудностей в первые месяцы обучения, для двух третей обучение представляет значительные сложности, а 26% хорошо успевающих учеба дается с большим трудом. Проведенные исследования свидетельствуют о различиях течения адаптационного периода и роли таких факторов, как: образ и условия жизни, мотивация, условия обучения, учебная нагрузка, индивидуальные особенности и диктуют необходимость психологической поддержки первокурсников.

**А.И. Кириёнок, А.А. Довгаль, С.С. Гридина**  
**К ВОПРОСУ О ЗДОРОВОМ ПИТАНИИ В МЕГАПОЛИСЕ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н, доцент В.В. Турбинский*

**Актуальность.** В настоящее время все больше жителей крупных городов страдают от нарушения обмена веществ и проблем с иммунитетом. Указанный возрастной промежуток является критическим для проявления заболеваний, которые в последствие могут повлиять на продолжительность и ка-

чество жизни. Существует ряд факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье человека, в числе которых особая роль отводится характеру питания в условиях загруженности делового дня. Большое количество стрессов в сочетании с неправильным питанием могут повлиять на проявление наследственных заболеваний и приобретение новых. По исследованиям, в среднем продолжительность жизни людей, проживающих в крупных городах, меньше, чем у сельских жителей. Так же, отмечено, что у вторых характер питания в разы лучше, а количество стрессов гораздо меньше.

**Цель исследования:** изучение характера питания мужчин и женщин в возрасте от 35 до 65 лет, проживающих в г. Новосибирске, на базе ресторана «Старая Прага» и выявление взаимосвязи с качеством жизни исследуемых, частотой стрессовых ситуаций и последующим самочувствием.

Задачи исследования:

- Выявить характер питания заданной группы;
- Провести статистический анализ данных;
- Определить взаимосвязь между образом жизни, характером питания и, как следствие, качеством жизни.

**Материалы и методы исследования:**

- Анкетирование лиц, питающихся в ресторане «Старая Прага» и удовлетворяющих заданным критериям;
- Сбор анамнеза у исследуемой группы людей на наличие наследственных заболеваний со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной систем;
- Анализ отчета рабочего дня ресторана «Старая Прага» (количество проданных блюд и их пищевая принадлежность);

**Объект и объём исследования:** мужчины и женщины в возрасте от 35 до 65 лет с ежемесячным доходом выше среднего, имеющих загруженный рабочий день. Количество исследуемых: 50 человек.

**Результаты:** Стоит отметить, что данные, полученные в ходе исследования, указывают на:

- неправильный характер питания исследуемой группы;
- преобладание жирных продуктов в сочетании с приемами алкоголя;
- прием наибольшего количества еды за день в послеобеденное время;
- акт питания чаще осуществляется в общественных местах;
- отсутствие представлений исследуемых о полезности выбранных ими блюд;
- отчет ресторана о преимущественном составе проданных блюд (преобладание жирной пищи);
- питание происходит нерегулярно, в разное время, разными порциями пищи;
- загруженный график работы (рабочий день до 10 часов, ненормированный)
- наличие наследственной отягощенности выбранной группы со стороны различных систем организма;

- то, что сами исследуемые отмечают связь между характером питания и их самочувствием.

**Выводы.** Таким образом, проведенное исследование указывает на взаимосвязь между характером питания заданной группы, образом и качеством жизни исследуемых. Подобная связь в большинстве случаев негативно влияет на состояние организма (проявление наследственных заболеваний, приобретение новых).

Е.С. Костина  
**БИОТЕСТИРОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВОД  
Г. НОВОСИБИРСКА С ПОМОЩЬЮ ТЕСТ – ОБЪЕКТА  
DAPHNIA MAGNA**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.б.н., доцент Е.К. Емельянова*

Значительный вклад в загрязнение вод создают ядохимикаты и тяжелые металлы, с трудом выявляемые из-за очень низких концентраций, но способные постепенно накапливаться в организмах, вызывая многочисленные нарушения здоровья.

Большинство тяжелых металлов растворимы в воде и могут попадать в организм, где, взаимодействуя с рядом ферментов, подавляют их активность. Даже малые их количества могут вызывать тяжелые физиологические и неврологические нарушения в организме.

Загрязнение водной среды является одной из наиболее актуальных экологических проблем. Для оценки степени техногенного воздействия на водные экосистемы, наряду с методами физико-химического анализа, используют биотестирование.

**Цель работы** - определение токсичности поверхностных вод г. Новосибирска методом биотестирования с помощью тест – объекта *Daphnia magna* (Straus, 1820).

Исследования проводили в Западно-Сибирском Управлении гидрометеослужбы (ФГБУ Западно-Сибирское УГМС), лаборатории гидробиологии в 2011-2012 гг. Основным объектом исследования являлись поверхностные воды г. Новосибирска. В качестве тест-объекта применяли *Daphnia magna* (Straus, 1820).

Пробоотбор воды осуществляли в створах рек Обь, Иня, Каменка, Плющиха, Тула. Анализ воды проводился на острую и хроническую токсичность. Определение токсичности каждой пробы проводили в трех параллельных сериях. В качестве контроля использовали три параллельные серии с культивационной водой. Биотестирование проводили с соблюдени-

ем требований к температуре, продолжительности фотопериода и качеству культивационной воды. В эксперименте использовалась третья генерация дафний в возрасте 6 - 24 часов, которая является генетически однородной. Учет смертности дафний в остром опыте и контроле проводили ежедневно до истечения 96 часов. Результаты наблюдений заносили в рабочий журнал. Учет смертности и родившейся молоди в хроническом опыте и контроле проводили один раз в сутки ежедневно до конца опыта (24 суток).

Исследование поверхностных вод показало, что в 2011-2012 годах в реке Обь острой токсичности не определялось. Класс токсичности воды варьировал от 1-2 «условно-чистая – слабо загрязненная» (створы №1, № 2) до 2 «слабо загрязненная» (створ № 3). В реках Инь, Каменке острой токсичности в течение года не обнаруживалась, и классифицировалась 2 классом токсичности «слабо загрязненная» (аналогично показателям за 2011 год). В р. Туле острая токсичность была выявлена в 2011 г. (3 класс «загрязненная»), а в 2012 г. (2 класс токсичности воды «слабо загрязненная») наблюдалась тенденция к улучшению качества воды. В р. Плющихе, по сравнению с предыдущим годом, выявлено небольшое ухудшение качества воды. Класс токсичности в 2012 г. составил 2 - слабо загрязненная, а в 2011 г. - 1-2 «условно чистая – слабо загрязненная».

Изучение динамики токсичности воды показало, что с 1999-2012 год во всех исследуемых реках существенных изменений не выявлено. За последние 3-5 лет наблюдалось улучшение качества воды по токсичности.

Сравнительный анализ качества воды по значению удельного комбинаторного индекса загрязненности (УКИЗ) и токсичности (Кт) в 2012 г показал, что эти величины абсолютно не зависимы друг от друга и более загрязнённая вода вовсе не обладает более токсичными свойствами.

И.П. Краснова, А.Э. Рустамзаде, Е.С. Топоева,  
М.Н. Шарипова

## **ГИГИЕНА СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Кафедра гигиены и экологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Погодина*

**Актуальность.** В России в 2006 г. бесплодие у девушек в возрасте от 19 лет до 26 лет составляло 15,0% от количества всего населения, а «подростковое материнство» 3,0% от общего числа беременных и эти проценты возрастают с каждым годом. Так как подростковое население нашей страны получает информацию о сексуальном поведении из различных источников — от друзей, знакомых, но не из литературы и от специалистов, то полученная таким образом информация приводит подростка к раннему всту-

плению в сексуальные отношения беспорядочного характера, ранней беременности и аборту, развитию у него вирусных заболеваний передающихся половым путем.

**Цель исследования:** изучить гигиеническое воспитание сексуального поведения студенток Новосибирского государственного медицинского университета (НГМУ).

**Материалы и методы исследования.** В исследование участвовали студентки 1, 4 и 6 курсов лечебного факультета НГМУ в количестве 30 человек. Использовались методы: социологический (анкетирование); клинический (гинекологический профилактический осмотр с цитологическим исследованием биологического материала) на базе Научно-исследовательского центра НГМУ.

### **Результаты.**

I. При изучении мнения студенток было выявлено:

1) на вопрос: «С кем состоялась первая беседа о сексуальном поведении?», ответили: - 18 (60,0%) человек – «с друзьями»; - 5 (15,0%) человек – «с родителями»; 7 (25,0%) человек – «не обсуждали эту тему»; 2) на вопрос: «В первую очередь к кому Вы обращаетесь за советом при возникновении проблем сексуального поведения?», ответили: 10 (33,0%) человек – «к половому партнеру»; 13 (43,0%) человек - «к врачу»; 7 (24,0%) человек – «не ответили»; 3) на вопрос: «Какие методы контрацепции Вы используете?», ответили: - 19 (63,0%) человек – «барьерные»; - 5 (17,0%) человек – «гормональный»; - 1 (3,0%) человек – «альтернативные»; - 5 (17,0%) человек - «не имели интимных отношений»; 4) на вопрос: «Имели ли Вы инфекции и заболевания, передающиеся половым путём», ответили: - 2 (7,0%) человек – «имели»; - 28 чел (93,0%) человек – «не имели».

II. В цитологическом исследовании биологического материала обнаружены:

1) TORCH-инфекция (краснуха, токсоплазмоз, вирус простого герпеса человека (ВПЧ)): - присутствует у 20 (76,0%) человек ВПЧ; - отсутствовал у 10 (24,0%) человек; 2) медиаторы воспаления (интерлейкины-2, 6, 8): - присутствуют у 7 (23,0%) человек; - отсутствуют у 23 (77,0%) человек; 3) заболевание, передающееся половым путем (хламидиоз): - присутствует у 12 (40,0%) человек; - отсутствует у 18 (60,0%) человек.

### **Выводы:**

1. Изучено гигиеническое воспитание сексуального поведения студенток Новосибирского Государственного Медицинского Университета.

2. Большинство (60,0%; 43,0%) студенток ответили, что первая беседа о сексуальном поведении состоялась с друзьями и при возникновении проблем в сексуальных отношениях обращаются к врачу.

3. Значительное количество (63,0%, 93,0%) студенток используют барьерный метод и не имеют инфекции, передающейся половым путём, что подтверждается цитологическим исследованием биологического материала

(медиаторы воспаления и заболевание, передающиеся половым путем отсутствует у 60,0% и у 77,0% студентов, а Вирус Простого герпеса Человека присутствует у 76,0% студентов).

В.И.Кувшинова, К.А. Пученина  
**ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ  
КОСМЕТИКИ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ**

*Кафедра гигиены и экологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент В.В Турбинский*

**Актуальность.** Использование косметических средств в наше время набирает все большую популярность, в частности - лечебная косметика. С её помощью производители обещают решить и предотвратить многие дерматологические проблемы, вернуть усталой и обезвоженной коже сияние и свежесть.

В результате постоянно растущего загрязнения окружающей среды, снижения иммунитета, неправильного питания, стрессов, гормональных расстройств создаются предпосылки для развития патологических изменений в коже. И все чаще именно молодых людей затрагивают проблемы данного рода, одним из решений которых является применение лечебной косметики.

**Цель исследования.** Определить уровень востребованности лечебной косметики среди молодых людей, выяснить является ли её применение эффективным и достаточным для достижения желаемого (терапевтического) эффекта.

**Объекты, материалы и методы.** Объектом исследования служили 200 человек от 15 до 30 лет. Материал исследования включал результаты анкетирования по 13 вопросам с вариантами ответов. В качестве основного метода использовался статистический – расчет средних, стандартной ошибки средней, достоверности различий средних.

**Результаты.** В результате исследования было выяснено, что молодые люди 15- 30 лет знают о существовании серий лечебной косметики в 100% случаях, применяют косметику в 80% случаях, причем 37,5% из них преследуют профилактические цели, в качестве общего ухода за соответствующим типом кожи, 31,3% пользуются средствами в качестве комплексной или монотерапии дерматологических заболеваний, 25% с помощью косметики желают улучшить цвет кожи, остальные 6,2% преследуют другие цели. В 58,8% случаев ожидаемый результат совпал с реальным, в 41,2% - нет.

**Выводы.** Профилактика заболеваний, подбор необходимого ухода за определенным типом кожи занимает лидирующие позиции, что свидетельствует о заинтересованности молодых людей в преодолении действия негативных факторов окружающей среды на кожу, о заботе о своем здоровье.

Так же, высокий процент неэффективности, недовольства полученным результатом от применения косметики говорит о необходимости дальнейшего развития, совершенствования, поиска новых более активных веществ, компонентов, которые будут входить в состав косметических средств и оказывать выраженный защитный и терапевтический эффекты.

Е. П. Кугай, Е. А. Козлова  
**К ВОПРОСУ О ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ  
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н. Семенова,  
преподаватель Н.С. Федянина*

**Актуальность.** Студенты высших учебных заведений - социально-экономический, интеллектуальный, творческий потенциал страны. Студенчество – период возрастных анатомо-физиологических особенностей, повышающих риск формирования разнообразных заболеваний в условиях интенсивных умственных нагрузок, что усугубляется негативным влиянием социально-экономических факторов.

**Цель исследования:** изучить состояние здоровья и влияние учебного процесса, образа и условий жизни, разработать программу мероприятий рекомендаций, направленных на улучшение состояния здоровья студентов медицинского ВУЗа.

Методы исследования:

- Анкетирование (студенты I,II,III и IV курсов лечебного факультета. 80 человек.)
- Метод санитарного обследования - исследование условий проживания студентов в общежитии и условий обучения в аудиториях.
- Анализ медицинских карт студентов (здравпункт НГМУ).

**Результаты.**

Доля часто болеющих студентов, имеющих хронические заболевания относительно велика – 35% ежегодно 3-4 раза болеют (особенно в период сессий – 45%). Причем, за период обучения прослеживается тенденция ухудшения здоровья, о чем свидетельствует увеличение доля приобретших различные патологические состояния с 57% у третьекурсников до 75 % студентов 4 курса.

Наиболее уязвимые системы:

- Желудочно-кишечный тракт, что связано, вполне вероятно, с несоблюдением принципов рационального питания (трехразовое питание только у 40- 52%).



- Мочевыделительная
- Костно-суставная
- Дыхательная системы

• Более чем у половины студентов за время учебы наблюдается значительное снижение зрения.

Немаловажную роль в этом играет большая учебная нагрузка, несоответствующий гигиеническим требованиям уровень естественной и искусственной освещенности как жилых комнат общежития (где проживает 68% респондентов), так и учебных аудиторий, лекционных залов.

Время аудиторной и внеаудиторной деятельности будущих врачей превышает рекомендуемые параметры, что, вполне естественно, влечет уменьшение продолжительности как ночного сна, так и отдыха, времени на регулярную физическую активность. Так, 57-60% студентов 1-2 курса спят 5-6 часов, невелика доля занимающихся спортом – две трети студентов 1-2 курсов (за счет наличия в расписании регулярных занятий физкультурой) и одна треть на последующих, 3-4, курсах.

Повышенная учебная нагрузка проявляется и субъективно - подавляющее число студентов – 91% - устает к концу занятий, 86% испытывает психоэмоциональное напряжение.

Прослеживается зависимость между уровнем здоровья студентов и средним баллом за последнюю сессию. Студенты с высоким баллом чаще имеют хронические заболевания, либо они больше болеют простудными заболеваниями.

На основании проведенных исследований предложены рекомендации.

## Н.В. Кузнецова, Д.О. Шумкина **ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Погодина*

**Актуальность.** В настоящее время все больше студентов устраиваются на работу в ночные смены, совмещая ее с учебной деятельностью в дневное время. В связи с этим приобретает значение оценка влияния труда студентов на качество учебного процесса, на их самочувствие, здоровье.

**Цель исследования.** Изучить физиолого-гигиенические аспекты трудовой деятельности, связанные с будущей профессией, утомляемость и успеваемость студентов при обучении на выбранном направлении.

**Материалы и методы исследования.** В исследование принимали участие работающие в Муниципальных больницах г. Новосибирска студенты

лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета в количестве 30 (100,0%) человек, из них студентов 3 курса – 11 (36,7%) человек, 4 курса 19 (63,3%), в возрасте от 19 до 25 лет. Использовались методы: - клинико-физиологический (определение подвижности и устойчивости нервных процессов - теппинг-тест с критериями оценки по количеству точек в квадрате и по их разнице (свыше 70 и уменьшение на 1-5 точек – хорошая, 50 – 70 и уменьшение на 6-15 точек – удовлетворительная, менее 50 и уменьшение на более чем 15 точек – недостаточная); - социологический (анкетирование по оценке утомляемости и успеваемости); - статистический (средняя арифметическая).

**Результаты. I.** При изучении анкет было выявлено: 1) на вопрос «Сколько семестров Вы работаете?» студенты 3 и 4 курсов ответили: «один семестр» 16 (53,3%), два семестра и более 14 (46,7%); 2) на вопрос «Сколько ночей в неделю Вы работаете?» ответили: 1-2 ночи – 5 (16,7%) человек; 2 ночи – 15 (50,0%) человек; 2-3 ночи – 10 (33,3%) человек; 3) на вопрос «Чувствуете ли Вы значительную утомляемость, усталость после работы?» ответили: «нет» - 1 (3,3%) человек; «да, незначительную» - 12 (40,0%) человек; «да, значительную» - 17 (56,7%) человек; 4) на вопрос «Изменилось ли Ваше самочувствие по сравнению со временем, когда Вы не работали?» ответили: «не изменилось» - 16 (53,3%) человек; «стало хуже» - 14 (46,7%) человек; 5) на вопрос «Часто ли у Вас появляется свободное время для отдыха?» ответили: «часто» - 4 (13,3%) человек; «редко» - 26 (86,7%) человек; 6) на вопрос «Как Вы чаще проводите свое свободное время?» ответили: «активный отдых (прогулки, спорт и т.д.)» - 11 (36,7%) человек; «пассивный отдых (сон, компьютер и т.д.)» - 19 (63,3%) человек; 7) на вопросы «Ваш средний балл по сессиям до начала и совместно с трудовой деятельностью?» ответили студенты: - 3 курса, работающие: - один семестр - до начала - «4,0-4,49» - 4 (13,3%) человека; «4,5-5,0» - 2 (6,7%) человека и совместно - «3,0-3,99» - 1 (3,35%) человек; «4,0-4,49» - 4 (13,3%) человека; «4,5-5,0» - 1 (3,35%) человека; - два семестра - до начала - «4,0-4,49» - 2 (6,7%) человека; «4,5-5,0» - 2 (6,7%) человека и совместно - «3,0-3,99» - 1 (3,3%) человек; «4,0-4,49» - 3 (10,0%) человека; - 4 курса, работающие: - один семестр - до начала - «3,0-3,99» - 1 (3,3%) человек; «4,0-4,49» - 6 (20,0%) человека; «4,5-5,0» - 3 (10,0%) человека и совместно - «3,0-3,99» - 4 (13,3%) человек; «4,0-4,49» - 5 (16,7%) человека; «4,5-5,0» - 1 (3,3%) человека; - два семестра - до начала - «4,0-4,49» - 3 (10,0%) человека и совместно - «3,0-3,99» - 3 (10,0%) человека. **II.** При изучении теппинг-теста было выявлено: 1. Подвижность нервных процессов: хорошая у 5 (16,7%) человек; удовлетворительная у 21 (70,0%); недостаточная у 4 (13,3%) человек; 2. Устойчивость нервных процессов: хорошая у 2 (6,7%) человек; удовлетворительная у 25 (83,3%); недостаточная у 3 (10,0%) человек.

**Выводы. 1.** Изучены физиолого-гигиенические аспекты трудовой деятельности студентов лечебного факультета НГМУ 3-4 курса, их утомляемость и успеваемость.

2. Больше половины (53,3 - 50,0%) студентов работают один семестр и по две ночи в неделю.

3. 56,7% студентов чувствуют значительную утомляемость и усталость после работы, у 46,7% ухудшилось самочувствие по сравнению со временем, когда они не работали.

4. У большинства респондентов (86,7%) редко появляется свободное время для отдыха и 63,3% предпочитают пассивный отдых (сон, компьютер и т.д.).

5. Средний балл, у студентов 3 и 4 курса, до и совместно с трудовой деятельностью изменился в сторону уменьшения.

6. У большинства студентов (70,0 – 83,3%) подвижность и устойчивость нервных процессов удовлетворительная.

О.О. Кулакова, К.А. Шулепова, М.Н. Платонова

### **ВРЕД КУРЕНИЯ**

*Кафедра гигиены и экологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н. Семенова,*

*преподаватель Н.С. Федянина*

**Актуальность.** Проблема такой распространенной вредной привычки, как курение, не теряет своей актуальности, несмотря на обостренное внимание к ней как со стороны медицинского сообщества, так и на государственном уровне. Достаточно популярным в европейских странах и России становится курение кальяна.

**Цель исследования** – сравнительная характеристика вредного влияния различных вариантов курения – сигареты и кальян. Исследования проведены среди молодежи – студенты и молодые посетители ночных клубов (100 человек).

Использовался комплекс методов –

- социологический (анкетирование),
- физиологические исследования (определение характеристик дыхательной и сердечно-сосудистой систем),
- бактериологический анализ (смывы с мундштука, места соединения трубки с кальяном, внутренней части кальяна, исследование промывных вод из шланга и воды колбы).

**Результаты.** Распространенность разных вариантов курения среди данной выборки молодежи достаточно велика - от 78 до 100%. Периодичность курения кальяна для половины (а среди посетителей чуть больше – приблизительно 60%) относительно редка – раз в месяц. Но при этом каждый десятый ежедневно или через 1 день.

Актуальность изучаемой проблемы подкрепляется и недостаточностью знаний о негативных последствиях вдыхания любого табачного дыма. Это следует и из результатов собственного социологического исследования – доля лиц, знающих о вреде курения кальяна ничтожна - от 4 до 10% в различных выборках молодежной среды; знающих о вреде обычного курения намного больше - 70- 85%, но, к сожалению, не абсолютное количество. Данный факт может быть расценен как итог многолетней борьбы с данной вредной привычкой, что позволяет надеяться на решение проблемы пристрастия к кальяну.

Показатели функционирования дыхательной системы (величина жизненной емкости легких, объема дыхания, объема форсированного выдоха) у молодых людей значительно меньше нормативных величин для данной возрастной группы. После выкуривания обычных сигарет все показатели, по сравнению с фоновыми значениями (до курения) ухудшаются. Изучение динамики изменения артериального давления свидетельствует о риске развития артериальной гипертензии, гипертонической болезни. Подобного рода изменения, но выраженные в большей степени, зафиксированы и после вдыхания табачного дыма от кальяна. Более выраженное действие обусловлено особенностями технологии и ритуала данного варианта курения

Результаты бактериологических исследований показывают риск заражения микроорганизмами и развития различных инфекционных заболеваний - в большинстве исследуемых проб выявлены стафилококки, синегнойная палочка, аспергиллы.

Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о значимом влиянии курения как сигарет, так и, в большей степени, кальяна на здоровье человека, на формирование распространенных, социально значимых (в том числе и с точки зрения причин смертности) заболеваний, таких как хронические обструктивные болезни легких, сердечно-сосудистая патология. Анализ данных литературы о химическом составе продуктов горения, часть которых обладает канцерогенным и тератогенным эффектами, добавляет к указанным заболеваниям онкологическую патологию.

П.С. Кучина

## **ФИТОНЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ ХВОЙНЫХ РАСТЕНИЙ**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.б.н., доцент К.В. Качкин*

**Актуальность.** Изменения, происходящие в биосфере в результате возросшего техногенного воздействия человека, привели к ухудшению состояния окружающей среды. При решении этой проблемы определяющая роль

отводятся растениям, с помощью которых возможна экологическая стабилизация и улучшение окружающей среды. Важную роль при этом играют фитонциды – биологически активные вещества, выделяемые растениями в процессе жизнедеятельности, обладающие бактерицидными свойствами. Весьма велико содержание фитонцидов в хвойных растениях, а их широкое распространение в условиях Западной Сибири, делает актуальной проблему изучения содержания фитонцидов в различных представителях хвойных растений нашей флоры, произрастающих в условиях техногенного загрязнения. Это необходимо для разработки эффективной системы мероприятий по формированию здоровой для человека окружающей среды в конкретных природных и техногенных условиях.

**Цель исследования.** Выявить наиболее ценные породы хвойных растений, распространенных в условиях Западной Сибири, с точки зрения их антимикробного влияния на окружающую среду.

**Материалы и методы.** Материалом исследования послужили эфирные масла хвойных растений, произрастающих на территории Мошковского района Новосибирской области – сосны обыкновенной (*Pinus silvestris* L.), сосны сибирской (*Pinus sibirica* Du Tour), пихты сибирской (*Abies sibirica* Ledeb.) – полученные методом перегонки с водяным паром. Сырьем для получения эфирных масел послужила высушенная хвоя каждого из вышеуказанных хвойных растений.

Также материалом исследования послужили микроорганизмы: кишечная палочка (*Escherichia coli*) и золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), выращенные в лабораторных условиях на питательных средах.

**Результаты исследования.** Фитонцидная активность исследованных пород хвойных растений различна. Наибольшей фитонцидной активностью обладает пихта сибирская (*Abies sibirica* Ledeb.).

О.В. Луцик  
**СООТВЕТСТВИЕ ФАРМАКОПЕЙНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ  
ЛИСТЬЕВ ПОДОРОЖНИКА БОЛЬШОГО,  
ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В АНТРОПОГЕННО-НАРУШЕННЫХ  
МЕСТООБИТАНИЯХ**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.б.н., доцент К.В. Качкин*

**Актуальность.** В последние десятилетия интерес к использованию растительного сырья в медицине неуклонно растет. Территории, не испытывающие антропогенной нагрузки, в свою очередь уменьшаются. В связи с

этим возникает необходимость исследования возможности применения лекарственных растений, произрастающих на частично нарушенных местообитаниях. Растение подорожник большой является ценным лекарственным растением, применяющимся в качестве отхаркивающего средства при заболеваниях дыхательных путей (бронхитах, трахеитах и т.д.), а также в составе комплексной терапии.

**Цель исследования.** Выяснить соответствие дикорастущих листьев подорожника большого, произрастающего в антропогенно-нарушенных местообитаниях, показателям Государственной фармакопеи по допустимости к использованию в медицинских целях.

**Материалы и методы.** Объектами для исследований служили надземные части подорожника большого (*Plantago major* L.), собранные в полевой сезон 2012 на территории Новосибирска, а также аптечное сырье производства ЗАО Фирма «Здоровье» г. Москва Р№003120/01.

Сырье было собрано в двух точках. 1 – обочина ул. Залесского у остановки Горбольница (удаление от оживлённой автотрассы около 10 м) – июль 2012, 2 – обочина ул. Большевикская у карьера Борок (вблизи разрабатываемого карьера) – июль 2012. Исследования проводили на высушенном сырье.

Определение общей зольности сырья проводилось по фармакопейной методике. Содержание полисахаридов в сырье определялось гравиметрическим методом.

**Результаты исследования.** Зольность растительного сырья является одним из важных показателей его загрязнённости. По фармакопейным показателям общей золы должно быть не более 20%, то есть по получившимся результатам можно заключить, что они адекватны, так как менее, либо незначительно превышают 20% (точка 1 – 16,7%, точка 2 – 21,6%, аптечное сырье – 20,6%).

В результате исследования определено, что содержания полисахаридов в сырье у всех образцов соответствуют требованиям государственной фармакопеи, то есть составляют не менее 12% (точка 1 – 14,73%, точка 2 – 17,54%, аптечное сырье – 14,52%). В точке 2 показатель содержания полисахаридов оказался выше. Можно предположить, что это происходит вследствие адаптации растения подорожника большого к условиям произрастания в нарушенном местообитании.

**Выводы.** Показатели общей золы и суммы полисахаридов, соответствуют стандартам государственной фармакопеи. Соответствие сырья, собранного в нарушенных местообитаниях, показателям стандартов говорит о том, что требуется внесение в нормативные документы изменений, включающих более точные и современные показатели лекарственного растительного сырья. Повышенное содержание суммы полисахаридов в сырье из загрязненного местообитания, возможно, является адаптацией растения к неблагоприятным условиям среды.

А. А. Матвееenko, М. П. Созинова  
**К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ  
ПРИЕМА ВИТАМИННЫХ КОМПЛЕКСОВ  
НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.А. Галузо*

**Актуальность.** Беременность – это очень сложный процесс, при котором организм будущей мамы увеличивает потребность в употреблении определенных витаминов и микроэлементов, необходимых для здорового развития плода, а также для здоровья самой беременной женщины. Также в литературе встречаются данные, что оптимальный срок зачатия и вынашивания ребенка – 20-25 лет. В более молодом возрасте организм еще физически не готов к беременности, а после 30 лет у женщины имеются различные заболевания, которые могут осложнить течение беременности и отразиться на здоровье матери и будущего ребенка.

**Цель.** Изучить связь между приемом витаминных комплексов и исходом беременности у женщин различных возрастных категорий на базе Новосибирского городского перинатального центра по данным истории родов в период с сентября 2012 года по октябрь 2012 года.

**Материалы и методы исследования.** Были проанализированы 100 историй родов на базе Новосибирского городского перинатального центра. Исследовали следующие параметры: возраст рожениц, витаминные комплексы, принимаемые в период беременности, и течение родов.

**Результаты.** На базе НГПЦ нами были проведены исследования среди рожениц разных возрастных категорий. Из ста проанализированных историй родов были выделены три группы:

- роженицы до 20 лет - 23%;
- роженицы от 21 до 30 лет - 59%;
- роженицы старше 30 лет - 18%.

Самопроизвольные срочные роды живым доношенным ребенком состоялись у 82% рожениц. Среди них из первой группы 20,7%, из второй – 58,5%, из третьей – 20,7%, среди них 78% принимали витаминные комплексы во время беременности, 22% не принимали.

Оперативные срочные роды живым доношенным ребенком случились у 12% рожениц. Среди них женщины первой группы – 0%, второй группы – 50% и из третьей группы – 50%. Во время беременности принимали витамины 66,7% женщин, не принимали – 33,3%.

Оперативные поздние роды живым доношенным ребенком произошли у 6% рожениц. Среди них женщины из первой группы 16,6%, из второй – 83,4%, из третьей – 0%. Витамины принимали 83,4%, не принимали 16,6%.



**Заключение.** По результатам исследования связь приема витаминных комплексов с исходом беременности четко не выявлена. Также мы не обнаружили зависимость между течением родов и возрастом роженицы. Однако, наши выводы не соответствуют данным медицинской литературы. Это может говорить о недостаточном сроке и объеме исследования, либо о том, что на течение и исход беременности большее влияние имеют жилищные условия, питание, стресс и другие факторы окружающей среды.

Р.А. Миннигалиев  
**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИЦЕЛЛЮЛИТНОГО  
МАССАЖА**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Г.С.Логачева*

**Актуальность.** В современном мире с преобладанием условий для малоподвижного образа жизни, статичной или сидячей работы, нерационального питания, психологических стрессов, отсутствия адекватных ежедневных физических нагрузок проблема избыточной массы тела, косметических недостатков приобрела необходимость внедрения как физических и аппаратных, так и мануальных методов коррекции. Таким образом, появляется комплекс мероприятий по борьбе с этими проблемами: рационализация питания, физическое воспитание, неинвазивная коррекция косметических дефектов, в виде избыточного скопления подкожно-жировой клетчатки, методом антицеллюлитного массажа.

**Цель исследования:** изучить влияние и особенности использования антицеллюлитного массажа у лиц с избыточной массой тела для оптимизации составления реабилитационных программ, для обоснования оптимального режима и эффективности процедур.

**Материалы и методы.** Нами обследована группа (32 чел) женщин с избыточной массой тела, средний возраст -  $32 \pm 0,45$  лет, в комплексную программу оздоровления которых был включен антицеллюлитный массаж. Контрольную группу (12 чел.) составили женщины с избыточной массой тела, средний возраст -  $31 \pm 0,55$  лет, не получавшие антицеллюлитный массаж. Всем участникам программы проводилась оценка физического развития, калиперометрия, определение содержания жировой ткани по Матейко (1921). Программа по снижению массы тела включала: коррекцию диеты, занятия фитнесом (аэробные нагрузки) в общих группах с учетом индивидуальных особенностей 2 раза в неделю в течение 3 месяцев, в опытной группе использование процедур антицеллюлитного массажа. Процеду-

ры выполнялись 2 раза в неделю, общее количество на каждую пациентку составило 12 раз.

**Результаты исследования.** Физическое развитие организма женщин исследуемых групп характеризуется как дисгармоничное, индекс массы тела в обеих группах составил  $25,92 \pm 0,22$ . Содержание подкожного жира находилось в пределах 26-28%, что составляет выше среднего. По окончании программы в обеих группах отмечалось снижение массы тела (ИМТ составил в опытной группе –  $23,8 \pm 0,15$  ед, в контрольной –  $24,8 \pm 0,35$ ,  $p > 0,05$ ). Снижение показателя массы тела произошло за счет жировой ткани. Относительное содержание подкожного жира уменьшилось в контрольной группе – с 27% до 18,6%, в опытной с 27% до 21,9 %. При оценке распределения жировой ткани наблюдалось снижение объемов на животе, ягодичной области в опытной группе, в среднем оно равнялось  $2,4 \pm 0,3$  см. В контрольной группе отмечалось снижение окружности ягодиц на 1,0 см. После проведения программы средняя величина подкожно-жировой складки уменьшилась в обеих группах и составила 11 и 13 мм соответственно. Выявлено, что в большей степени уменьшились величины складок на животе, на бедре и в гораздо большей степени это касалось опытной группы. Проведение процедур антицеллюлитного массажа способствовало снижению содержания жировой ткани и повлияло на топографию распределения. У пациенток I группы, получающих комплексное лечение, отмечалась выраженная положительная динамика клинического состояния, антропометрических данных, уменьшение проявлений липодистрофии в сравнении со II группой.

**Выводы.** Использование процедур антицеллюлитного массажа в комплексных программах снижения массы тела позволяет добиться более выраженного эффекта, способствует снижению содержания подкожного жира в «проблемных зонах», улучшает рельеф скелетной мускулатуры.

П.С. Мирджонова  
**ВОДА КАК ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ  
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г.И.Крашенинина*

**Актуальность.** В последние годы значительный интерес приобретает вопрос о значении для здоровья человека микроэлементного состава питьевой воды и других химических компонентов питьевой воды в их взаимосвязи с возникновением различных заболеваний. Проведенные исследе-

дования показали влияние многих компонентов питьевой воды на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов пищеварения, выделительной системы и т.д. Доказано неблагоприятное влияние на здоровье населения употребление воды с повышенной минерализацией, высокой жесткостью, повышенным содержанием хлористого натрия, воды с низким рН. Не безразлично для здоровья повышенное и, наоборот, пониженное содержание в питьевой воде ионов кальция, магния, а также следующих металлов: калия, меди, цинка, бора, марганца, хрома, свинца и других. Химические вещества, содержащиеся в питьевой воде в различных сочетаниях, являются так называемыми «факторами малой интенсивности», способствующими увеличению частоты болезней уже ранее распространенных среди населения. Снижение резистентности организма к различным заболеваниям в результате общетоксического действия питьевой воды приводит к росту общей заболеваемости, сердечно-сосудистых, кишечных неинфекционных, эндокринных и других заболеваний. Кроме того, проявляется и специфическое действие ряда химических веществ на отдельные органы и системы организма.

**Цель исследования.** Изучить особенности минерального состава воды из подземных источников водоснабжения на территории Новосибирской Области.

**Материалы и методы исследования.** Ретроспективные данные РИФ СГМ за период 2009-2011 гг.

**Результаты исследования.** В 2011 году исследования питьевой воды на соответствие санитарным правилам и нормам проводились в 56,4% населенных пунктов Новосибирской области. Сравнительный анализ данных об обеспеченности населенных пунктов и проживающего в них населения Новосибирской области питьевой водой за 2010-2011 годы свидетельствует об улучшении снабжения населения Новосибирской области доброкачественной питьевой водой. Так, доля населенных пунктов, обеспеченных питьевой водой, соответствующей гигиеническим требованиям в 2011 году увеличилось на 0,8% по сравнению с 2010 годом, доля проживающего в них населения увеличилась на 0,5%. Доля населенных пунктов, обеспеченных недоброкачественной питьевой водой в 2011 году уменьшилось на 5,1%, доля населения, проживающего в них, уменьшилась на 2,9%. Установлено, что в 28 населенных пунктах качество питьевой воды не соответствует гигиеническим нормативам по веществам 2 класса опасности, таким как бор, свинец, нитраты, алюминий. Еще в 76 поселениях качество питьевой воды не соответствует гигиеническим нормативам (более 5 ПДК) по веществам 3 класса опасности железу, марганцу, аммиаку. Согласно эпидемиологическим исследованиям, избыточное количество бора в питьевой воде оказывает неблагоприятное воздействие на репродуктивную систему, желудочно-кишечный тракт, развитие эмбриона. Хроническое воздействие свинца на организм может привести к патологическим изменениям в центральной нервной системе, крови, желудочно-кишечном тракте к наруше-

190

ниям обмена веществ, провоцировать прогрессирование гипертонической болезни, нарушения слуха. Нитриты в организме образуют метгемоглобин, нарушая снабжение тканей кислородом, кроме того образуют нитрозамины, которые являются канцерогенами. Алюминий оказывает раздражающее действие на кожу, конъюнктиву глаз, сенсибилизирующее, мутагенное, канцерогенное действие. Такие вещества как железо и марганец имеют лимитирующим органолептический признак вредности, ухудшая такие свойства питьевой воды как цвет, вкус и запах. В концентрациях значительно превышающих ПДК, может проявляться и их общетоксическое действие.

#### **Выводы.**

1. На территории Новосибирской области в 104 населенных пунктах качество питьевой воды не соответствует гигиеническим требованиям по минеральному составу.

2. Повышенная общая минерализация воды, жесткость и содержание бора, свинца, нитратов, железа, марганца увеличивают риск развития, как общей заболеваемости, так и ряда других нозологических форм.

## **Н.Ю. Михалёва ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ Г. НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра гигиены и экологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г.И. Крашенинина*

**Актуальность.** Одной из основных проблем в области охраны здоровья населения является улучшение состояния здоровья детей и подростков, особенно в условиях депопуляции и децелерации. Известно, что систематические занятия физической культурой способствуют гармоничному физическому развитию детей, улучшают функциональное состояние органов и систем, что способствует оптимизации здоровья детей и подростков.

**Целью** работы является определение влияния различных систем физического воспитания на состояние здоровья школьников - подростков.

#### **Задачи:**

- Гигиеническая оценка системы физического воспитания и условий проведения уроков физкультуры в школах г.Новосибирска.
  - Определение уровня и гармоничности физического развития школьников.
  - Оценка здоровья школьников с определением группы здоровья
- Объект и методы исследования.

- Исследования проводились на базе трех общеобразовательных школ г.Новосибирска: СОШ № 52, СКК, СОШ № 61 (с математически-технологическим уклоном).

- Всего обследовано 60 подростков 15-17 лет .

**Методы исследования:** антропометрия, физиометрия, определение группы здоровья.

**Результаты исследования.** Установлено, что количество уроков по физической культуре в СКК составляет 3 раза в неделю с перерывом 1 день, кроме того 85% школьников посещают факультативные занятия в секциях: плавание, бейсбол, футбол, парусный спорт, лыжный спорт, стрельба. В СОШ №52 количество уроков по физической культуре составляет 2 раза в неделю с перерывом 2 дня, а в СОШ №61- лишь 1 раз в неделю, при этом 55% школьников СОШ №52 занимаются дополнительно в секциях: бейсбол, баскетбол, футбол; , в СОШ №61 факультативных занятий и секций нет. При оценке физического развития выявлено, что в СКК количество детей имеющих высокое и выше среднего физическое развитие составляет 48%, среднее 51%, в СОШ №52 - 42% и 50% , в СОШ №61 -22% и 44% соответственно. При этом гармоничное физическое развитие имели 80% детей в СКК, в СОШ №52 -55% и 51% в СОШ №61 ( табл.1)

Т а б л и ц а 1

#### Результаты оценки гармоничности физического развития

Учебное учреждение	Гармоничное	Дисгармоничное	Резко дисгармоничное
СКК	80%	20%	0%
СОШ № 52	55%	33%	17%
СОШ № 61	51%	31%	29%

Результаты показали, что среди -подростков мальчиков15-17 лет преобладает макросоматотип - 70%. Количество юношей, относящихся к микросоматотипу-12% , к мезосоматотипу -18%. Это отражает процесс децелерации физического развития среди юношей. Среди девушек того же возраста 81% имели мезосоматотип, 15% - макросоматотип. Количество обследованных девушек, относящихся к микросоматотипу 1%.

**Выводы:** 1. Соблюдение гигиенических требований к количеству уроков физической культуры в общем школьном расписании, а также дополнительные факультативные занятия в спортивных секциях способствуют повышению уровня физического развития и его гармоничности.

2. Полученные результаты свидетельствуют о том, что среди школьников-подростков юношей преобладает макросоматотип, а девушек – мезосоматотип.

Э.А. Павлова  
**ОБЗОР ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЙ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ  
И РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и  
медицины катастроф медико-профилактического факультета,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н. Д.В. Жуков*

Землетрясения по своим разрушительным последствиям, числу жертв и деструктивному воздействию на среду обитания человека занимают одно из первых мест среди других природных катастроф. Наибольшая опасность землетрясений заключается в их неожиданности и неотвратимости.

Землетрясениями называют подземные удары и колебания поверхности Земли, вызванные естественными причинами, или искусственными процессами. Природные землетрясения возникают в результате тектонических процессов в коре Земли, при извержении вулканов, сильных обвалах, оползнях. Антропогенные землетрясения возникают в результате деятельности человека, являются следствием взрывов большой мощности, обрушения подземных инженерных сооружений. Любое землетрясение - это мгновенное высвобождение энергии за счет образования разрыва горных пород. Деформация, происходящая скачкообразно, излучает упругие волны. К поражающим факторам землетрясения относят: сейсмические волны (продольные, поперечные, поверхностные), колебания почвы или гигантские приливные волны, возникающие при сейсмических смещениях на морском дне.

В очаге землетрясения по характеру разрушения зданий можно выделить зоны: слабые, средние, сильные и сплошные. При разрушении зданий и сооружений под завалами могут оказаться люди, находящиеся в них в момент землетрясения. Поражение людей по степени тяжести травм могут быть: тяжелые, средней тяжести, легкие. Кроме прогноза санитарных потерь среди населения проводится расчет предполагаемых потерь среди медицинских работников. Для организации оказания первой медицинской помощи в очаге землетрясения осуществляется расчет потребности необходимого числа бригад доврачебной помощи и врачебно-сестринских бригад.

Ликвидация последствий землетрясения проводится в два этапа. Первый этап - поисково-спасательные и другие неотложные работы. Второй этап - восстановление социально-экономического потенциала зоны бедствия.

Землетрясение – это непредсказуемое природное явление, а последствия неизбежны. В связи с этим необходимо прогнозировать предстоящего явления. Задача прогноза землетрясений, ведущегося на основе наблюдений за предвестниками, далека от своего решения, т. к. ни один из предвестников нельзя считать надежным. Для прогнозирования землетрясения были созданы сейсмографы. Современный сейсмограф представляет собой комплект приборов, регистрирующих колебания грунта при землетрясении и преоб-

разующих их в электрический сигнал. Постоянные наблюдения за землетрясениями осуществляются сейсмической службой.

Предупреждение жителей об угрозе землетрясения является очень важным и весьма затруднительным, так как точно предсказать его место и время пока невозможно. Оповещение населения осуществляется передачей сообщения по сетям радиовещания и телевидения.

Пострадавшим в зоне землетрясения в первую очередь должна быть оказана первая медицинская помощь. Для быстрого и эффективного оказания первой медицинской помощи проводятся обучающие занятия по специальной подготовке санитарных дружин. При возникновении крупномасштабных землетрясений необходима помощь в оказании первой врачебной помощи. Для этого создаются мобильные медицинские отряды.

**А.П. Пашова, А.Р. Хомушку, М.М. Кварцхава**  
**СПОРТ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И СТУДЕНТОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н.Семенова,  
преподаватель Н.С. Федянина*

**Актуальность.** Состояние здоровья студентов и школьников, как значительной и активной части молодого поколения является определяющим условием для благополучия общества и его прогрессивного развития.

**Цель** – изучение влияния занятий спортом на здоровье детей, подростков и студентов.

**Материалы и методы.**

- ✓ Социологическое исследование – опрос.
- ✓ Физиологические исследования - измерение пульса и АД в покое и с нагрузкой, спирометрия (определение ЖЕЛ); динамометрия; антропометрические исследования - измерение роста, массы тела и расчет индекса массы тела (ИМТ).

**Объект исследования** – 3 группы по 25 человек в каждой (учащиеся 4 и 10 классов средней общеобразовательной школы; студенты 4 курса НМГУ). Каждая возрастная группа подразделена на две подгруппы: занимающиеся и не занимающиеся спортом.

**Результаты.**

1. Доля занимающихся спортом по изучаемой возрастной линейке уменьшается: школьники 4 класса - 60%, десятиклассники -64%, студенты – 24%.
2. Распространенность вредных привычек: больше всего курильщиков среди десятиклассников (16%), доля курящих студентов и младших школь-



ников!!!! одинакова (4%). Значительная часть занимающихся спортом не имеет указанной вредной привычки: 100% младших школьников, 82% выпускников и ?% будущих медиков.

3. Среди хронических заболеваний школьников и студентов преобладают такие, как пиелонефрит, сколиоз, хронический гастрит, анемия. С возрастом увеличивается число больных. При этом более 90% заболевших не занимаются спортом. У большинства студентов отмечались нестойкие поражения. Настораживает высокий процент близорукости среди студентов (в среднем более 30%).

4. Физиологические исследования:

- Значимых различий величин жизненной емкости легких между двумя сравниваемыми группами не выявлено. Возможно, это обусловлено отсутствием у большинства обследованных тяжелых хронических заболеваний, малым стажем курения.

- Результаты динамометрии показывают, что величина мышечной силы у нетренированных детей меньше (19 кг у девочек и 26 кг у мальчиков-четвероклассников против 21 и 30 в норме; у более старших - 28 и 40 соответственно против 35 и 46.).

- Не выявлено четких различий в реагировании ССС на нагрузку, однако обращает на себя внимание удлинение реституции пульса у нетренированных.

5. Четкой зависимости между занятием спортом и успеваемостью нами не выявлено. Но такая важная черта учащегося спортсмена, как дисциплинированность, помогает рационально распределять время.

Закключение. Физическая культура, занятия спортом в школе и в вузе способствует повышению качества жизни.

## **К.И. Пеккер, Н.В. Гурцкая К ВОПРОСУ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАСТВОРИМОГО ПАКЕТИРОВАННОГО КОФЕ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.А. Галузо*

**Актуальность.** В рационе современного Человека кофе, является незаменимым компонентом в жизни. Многие из нас не представляют себе начало рабочего дня без чашки ароматного и бодрящего напитка. Каждый второй человек, за день выпивает 1-2 чашки кофе, в среднем, за год, выпивает 180 литров. К сожалению, сложился стереотип о том, что, кофе- это лишь отлично тонизирующие средство для снятия усталости. И мало кто

задумывается, что кроме бодрящего эффекта оно может плохо повлиять на наше здоровье. Чем же этот напиток так вредит нашему здоровью? Как сказывается наличие добавок и красителей, на организм человека, а главное насколько это опасно?!

**Цель.** Целью нашей работы является выявление заявленного количество кофеина в пакетированном растворимом кофе, в сравнении с фактическим; изучить распространённость употребления кофе в молодежной среде.

**Материалы и методы исследования.** В качестве материалов было использовано 3 популярных сортов растворимого кофе («Nescafe», «Masscoffee» «Jacobs»). В качестве метода, для определения количество кофеина, была проведена химическая реакция кофе с танином. Далее был проведен опрос, среди молодежи (студентов), на частоту употребления ими кофе.

**Результаты.** В ходе нашей работы, мы провели исследования растворимого кофе на количество кофеина. Исследования проводились в школьной химической лаборатории лицея № 9, в результате чего мы получили данные соотношения (в граммах): «Nescafe»- 2 г, «Masscoffee» 3.2 г, «Jacobs» 1.9 г. Реакция заключалась во взаимодействии 3 видов кофе, где выпадал осадок, который был высушен, взвешен и был проанализирован методологически. Именно эти данные, производители кофе не указывают на упаковке. На упаковке можно увидеть такой компонент как «кофе натуральный растворимый», состав которого подразумевает наличие кофеина, которое мы рассчитали в лабораторных условиях сами. В результате обработки научно обоснованных данных мы сделали заключения трех марок кофе. Где был сделан вывод об отрицательном влиянии на организм человека, таких компонентов как: кокосовое масло, аспартам, формальдегид, фосфаты, растительное масло, фенилаланин. Данные вещества вызывают развитие ожирения, сахарного диабета, сердечнососудистые и онкологические заболевания. В ходе опроса. Опрос среди студентов НГМУ и Студентов НГМУ (работающих), выявил, что студенты НГМУ употребляют Nescafe 26%, Masscoffee 24%, Jacobs 8%, выпивают 1-2 – 36%, 3-4-10%, 5-> - 14%, а студенты НГМУ (работающие) Nescafe 7%, Masscoffee 26%, Jacobs 7%, выпивают 1-2 – 7%, 3-4 – 33%, 5->- 0%.

**Заключение.** Современные растворимые напитки трудно назвать кофе. Чтобы не сулила нам реклама о ста процентной натуральности растворимого кофе, основной составляющей данного продукта являются, увы, красители и ароматизаторы. Доля кофеина в растворимом кофе составляет малую часть. Всё остальное приходится на ароматизаторы, стабилизаторы, эмульгаторы, консерванты и красители. Пить или не пить кофе – каждый человек решает сам. Но советуем взвесить все за и против употребления растворимого кофе. Ведь кофе можно заменить другим напитком, а слабое здоровье останется с человеком на всю жизнь.

А.Е. Пристойко<sup>1</sup>, Н.А. Соловьянова<sup>2\*</sup>  
**ВЫДЕЛЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ, АКТИВНЫХ  
ОТНОСИТЕЛЬНО БАКТЕРИЙ КИШЕЧНОЙ ГРУППЫ,  
ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ ВОДНЫЕ ЭКОСИСТЕМЫ**

<sup>1</sup>*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет,*  
<sup>2</sup>*Федеральное бюджетное учреждение науки государственный  
научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор»,  
г. Новосибирск*  
*Научные руководители: к.б.н. И.С. Андреева<sup>2</sup>,  
к.б.н. Е.К.Емельянова<sup>1,2</sup>*

**Актуальность.** Сальмонеллы являются одним из наиболее распространенных возбудителей кишечных заболеваний, представленных более 2500 серотипами. Появление антибиотикорезистентных штаммов привело к неэффективности лечения бактериальных болезней у животных, птиц и человека, к увеличению заболеваемости и смертности и, как следствие, к продолжительному бактерионосительству. Применение бактериофагов для борьбы с патогенными бактериями является хорошей альтернативой антибиотикам.

**Цель исследования.** Выделение из водных объектов г. Новосибирска (р.Тула) бактерий рода *Salmonella* и бактериофагов, активных относительно выделенных культур.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования служило естественное сообщество микроорганизмов, выделенное из образцов воды, взятых из р.Тула г. Новосибирска. Выделение, идентификацию бактериальных изолятов проводили с использованием стандартных питательных, селективных и диагностических сред. Для выделения бактериофагов загрязненную воду подвергали двойной последовательной ультрафильтрации с помощью мембранных фильтров. Фильтраты раскапывали на свежезасеянные газоны тест-штаммов. Наличие негативных колоний определяли по осветлению газона или отсутствию роста тест-штамма в месте нанесения фильтра.

**Результаты исследования.** При высеве образцов воды на агаризованные питательные среды оценена общая численность выделенных микроорганизмов, которая составила на среде рыбный питательный агар  $2.29 \times 10^3$  КОЕ/мл, на висмут-сульфитной среде -  $6 \times 10^2$  КОЕ/мл, и получены чистые культуры бактерий. Для определения таксономической принадлежности выделенных бактериальных изолятов изучены их морфологические, биохимические свойства. Для дальнейшей работы отобраны штаммы Ty2S-5, Ty2S-6, Ty2S-8, Ty1S-4, Ty1S-6, Ty2S-1, Ty2S-3, Ty2S-7, идентифицирован-

ные как представители рода *Salmonella*. По отношению к данным штаммам на наличие литической активности были тестированы четыре бактериофага РТ-1, РТ-2, РТ-3 и РТ-4, выделенные в настоящей работе из водных экосистем г. Новосибирска. Показано, что фаги РТ-3 и РТ-2 были активны относительно штамма ТУ2S-7; фаги РТ-1 и РТ-4 - относительно штамма ТУ2S-3; фаги РТ-1 и РТ-4 лизировали штамм ТУ2S-8; фаги РТ-3 и РТ-4 – штамм ТУ2 S-5; фаги РТ-1 и РТ-4 – штамм ТУ2 S-6.

**Выводы.** В результате выполненной работы выделены бактериальные штаммы ТУ2 S-5, ТУ2 S-6, ТУ2 S-8, ТУ1 S-4, ТУ2 S-7, ТУ2 S-3, идентифицированные как представители рода *Salmonella* и бактериофаги, проявившие к ним избирательную активность. Выделенные бактериофаги потенциально можно использовать в качестве основы для комплексных лекарственных препаратов против возбудителей сальмонеллезов.

Н.А. Радченко, А.М. Труфанова  
**ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ В  
ДЕТСКИХ ДОМАХ И СЕМЬЯХ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Г.И. Крашенинина*

**Актуальность.** Физическое развитие детей зависит от многих факторов: питание, режим дня, физическая активность, эмоциональное состояние ребенка. Большое значение имеет социально экономический статус семьи и условия проживания детей. Данные факторы различны у детей из детских домов и у детей, живущих в семьях.

**Цель исследования** заключалась в изучении и сравнительной оценке физического развития детей из детских домов и детей, живущих с родителями.

**Задачи исследования:** оценка физического развития, режима дня и питания детей из разных социальных групп.

**Объекты и методы исследования:** дети в возрасте от 2 до 3 лет из детского дома и проживающие в семьях и посещающих детское дошкольное учреждение (ДДУ).

**Методы исследования:** антропометрический (масса тела, длины тела, окружность головы, окружность грудной клетки, окружность бедра и плеча), оценка физического развития по шкалам регрессии, для изучения питания использовался метод оценки меню-раскладки.

**Результаты исследования.** Результаты изучения и сравнительной оценки антропометрических показателей и оценки физического развития пока-

зали, что дети из детских домов незначительно отстают в физическом развитии от детей, живущих с родителями.

Результаты изучения питания по меню-раскладке свидетельствуют, что питание детей, живущих в детском доме соответствует гигиеническим нормам. Питание же детей, посещающих ДДУ, является недостаточно полноценным, но компенсируется тем, что дети, живущие с родителями, питаются и дома.

Режим дня не имеет существенных различий, но следует отметить, что у детей, живущих в детском доме больше времени отведено на ночной сон, что несомненно является очень важным фактором в формировании состояния здоровья ребенка.

**Выводы:** установлено, что физическое развитие детей дошкольного возраста из разных социальных групп не имеет существенных различий. Несмотря на то, что дети, живущие в детских домах, зачастую из неблагополучных семей, с отягощенной наследственностью, создание хороших бытовых условий, достаточное питание, высокий уровень двигательной активности обеспечивают их полноценное физическое развитие.

О.Л. Рогачёва  
**ПОДВИЖНОСТЬ ХИМИЧЕСКИХ  
ЭЛЕМЕНТОВ В НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ПОЛЫНИ  
СИВЕРСА В ЗОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ  
АВТОТРАНСПОРТА**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.б.н., доц. К.В. Качкин*

**Актуальность.** Растительный покров является важнейшим звеном биогеохимического круговорота веществ в природе. Существует генетический и экологический факторы формирования элементного состава растений. При техногенном загрязнении экологический фактор становится ведущим. Определение содержания элементов поллютантов в дикорастущих растениях, произрастающих в различных по техногенной нагрузке районах, актуально в области практического экологически безопасного использования растительных ресурсов и индикации загрязненности их ареала.

**Цель исследования.** Оценка подвижности и биологической доступности химических элементов в надземной части полыни Сиверса, произрастающей на разном удалении от автомагистрали.

**Материалы и методы.** Объектами для исследований служили надземные части полыни Сиверса, собранные в полевые сезоны 2010-2011 на тер-

ритории города Новосибирска. Сырье было собрано в трех точках. 1 – остановка Инструментальный завод (15 м от автотрассы) – август 2010, 1.1 – там же (50 м от автотрассы) – август 2011, 2 – Гусинобродское шоссе (50 м от автотрассы) – август 2011, 2.1 – там же (100 м от автотрассы) – сентябрь 2011, 3 – дворовая площадка по ул. Эйхе (250 м от автотрассы) – август 2010.

Для проведения анализов использовались общепринятые фармакопейные методики. Содержания микроэлементов проводилось методом атомно-абсорбционной спектроскопии на приборе Квант-2 на базе Института почвоведения и агрохимии СО РАН.

**Результаты исследования.** В результате исследования были определены зольность и содержание химических элементов в растительном сырье. Содержание золы в образцах: 1 –  $7,30 \pm 0,27\%$ , 1.1 –  $6,12 \pm 0,40\%$ , 2 –  $7,38 \pm 0,18\%$ , 2.1 –  $8,18 \pm 0,39\%$ , 3 –  $7,07 \pm 1,10\%$ . Разница между показателями статистически не достоверна, что свидетельствует об относительно не высокой общей загрязненности исследуемого сырья.

Элементы в сухом сырье. Содержание Cd: 1 – 0,23 мг/кг в пересчете на сухое вещество, 1.1 – 0,40, 2 – 0,21, 2.1 – 0,49, 3 – 0,17. Содержание Cu: 1 – 8,84, 1.1 – 9,87, 2 – 8,29, 2.1 – 9,41, 3 – 10,45. Содержание Pb: 1 – 0,76, 1.1 – 1,13, 2 – 0,99, 2.1 – 1,24, 3 – 0,56. Содержание Sr: 1 – 9,00; 1.1 – 15,98, 2 – 8,03, 2.1 – 7,82, 3 – 13,50.

Элементы в высушенном водном экстракте. Содержание Cd: 1 – 0,02 мг/кг в пересчете на сухое вещество, 1.1 – 0,05, 2 – 0,09, 2.1 – 0,02, 3 – 0,02. Содержание Cu: 1 точка – 1,87, 1.1 – 0,90, 2 – 0,83, 2.1 – 0,84, 3 – 1,55. Содержание Pb: 1 – 0,10, 1.1 – 0,08, 2 – 0,14, 2.1 – 0,08, 3 – 0,05. Содержание Sr: 1 – 1,40; 1.1 – 2,08, 2 – 1,60, 2.1 – 0,01, 3 – 1,00.

Элементы в высушенном спиртовом экстракте. Содержание Cd: 1 – 0,10 мг/кг в пересчете на сухое вещество, 1.1 – 0,72, 2 – 0,17, 2.1 – 0,21, 3 – 0,16. Содержание Cu: 1 – 2,74, 1.1 – 3,34, 2 – 2,63, 2.1 – 3,13, 3 – 4,63. Содержание Pb: 1 – 1,01, 1.1 – 1,94, 2 – 0,99, 2.1 – 1,09, 3 – 1,37. Содержание Sr: 1 – 9,70; 1.1 – 8,97, 2 – 7,20, 2.1 – 7,35, 3 – 8,86.

**Выводы.** В результате исследований выявлено, что общий минеральный остаток растений, собранных на разном удалении от автотрассы, отличается незначительно. При анализе содержания элементов в надземной части растения *Artemisia sieversiana* Willd., собранного в различных условиях загрязнения, обнаружено, что в спиртовое и водное извлечение переходит малое количество поллютантов. В спиртовое извлечение от 56 до 80 %, в водное извлечение от 4 до 42 %, Можно предположить, что это связано с внешним загрязнением сырья и имеет важное значение в случае вероятного применения растения в медицине.

Т. О. Руденко, О. Ю. Такина  
**К ВОПРОСУ О ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЧАЯ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Галузо*

**Актуальность.** Данная тема стала нам очень интересна, так как чай повседневно употребляется людьми всех возрастов на протяжении многих столетий. Но не каждый знает и задумывается о его полезных и, может быть, даже вредных свойствах.

**Цель.** Оценить микробиологическую составляющую, а также химический состав чая. Выяснить: гигиенически значимые правила приготовления чая, какие виды чая предпочитают учащиеся разных ВУЗов.

**Материалы и методы исследования.** 1. Микробиологическая оценка разных сортов чая, таких как: черный, зеленый; торговых марок Lipton, Curtis, АКВАР, Беседа, принцесса Ява. Методом посева на питательные среды. 2. Оценка химического состава чая. 3. Анкетирование и социологический опрос среди учащихся 4 курса лечебного факультета НГМУ и учащихся 4 курса факультета государственного и муниципального управления СибАГС, возраст от 19 до 25 лет. Число анкетированных – 200 человек.

**Результаты.** По результатам проведенного нами анкетирования можно сделать выводы о том, что студенты НГМУ (лечебный факультет) и студенты СибАГС (факультет государственного и муниципального управления) при выборе чая отдают предпочтение торговым маркам Lipton и АКВАР (черного и зеленого сортов), которые выбираются по доступности в цене. При заваривании чая студенты обоих ВУЗов чаще всего используют чайные одноразовые пакетики из-за простоты и удобства в применении, среднее количество употребления – до 3х раз в сутки. В результате химического исследования установлено что, во-первых, в зеленом чае дубильных веществ (танина) содержится больше, чем в черном, следовательно, увеличивается способность укреплять стенки кровеносных сосудов и тем самым предотвращать внутреннее кровоизлияние. Во-вторых, черный чай содержит больше кофеина, чем в зеленом, который попадая в организм, оказывает стимулирующее влияние на ЦНС, тем самым устраняет вялость и улучшает деятельность органов чувств. В-третьих, количество сахаров во всех исследуемых сортах чая незначительное, что делает этот напиток диетическим, антисклеротическим, антидиабетическим. В-четвертых, содержание белков больше в зеленом чае, по качеству и по содержанию такие белки не уступают белкам бобовых культур. При оценке микробиологической составляющей чая патогенных микроорганизмов, грибов и плесени не обнаружено.



**Заключение.** По итогам проведенной нами работы мы достигли поставленных целей. 1. оценили микробиологическую составляющую – патогенных микроорганизмов, грибов, и плесени не обнаружено, что свидетельствует о соблюдении гигиенических норм и правил при приготовлении и хранении чайной продукции. 2. Оценили химический состав - выявленные химические соединения оказывают тонизирующее, стимулирующее воздействие на организм. 3. Студенты при выборе руководствуются не качеством товара и полезными свойствами, а яркой рекламой и доступной ценой.

А.Э. Рустамова

## **ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВАЖНЕЙШИХ КОМПОНЕНТОВ В СМЕСЯХ ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

*Кафедра медицинской химии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Л.В. Вохминцева*

Женское молоко является единственным видом пищи, полностью приспособленным к «ограниченным возможностям» пищеварительных функций младенца. Все чаще бывают ситуации, когда ребенка приходится переводить на искусственное вскармливание. Количественный и качественный состав смесей должен быть адекватен физиологическим и метаболическим особенностям ребенка. В основном смеси изготавливают на основе коровьего молока, содержание и состав компонентов которого отличается от женского молока, вследствие чего необходима качественная и количественная адаптация компонентов молока. При искусственном вскармливании количество бифидобактерий в кишечной микрофлоре ребенка снижено, присутствует условнопатогенная и патогенная флора. Для нормализации микрофлоры необходимо обогащение молочных смесей веществами, воспроизводящими бифидогенный эффект женского молока.

Был проведен анализ молочных смесей для искусственного вскармливания в аптеках города Новосибирска. В продаже наиболее распространенными смесями являются: «Малютка 1», «Малютка 2» с 6 месяцев (ООО «Nutricia», Россия), «Similac Premium 1», «Similac Premium 2», «Similac Premium 3» («Abbott Laboratorie», Испания), «Nutralon 1» (ООО «Nutricia», Россия).

Общее количество белков в женском молоке составляет 1,2 г. Более 80% анализируемых смесей содержат данный оптимум белков, за исключением «Similac Premium 3», которая содержит 2,58 г белка, что может вызвать повышенную нагрузку на почки, некротический энтероколит. В зрелом молоке матери пропорция казеина в соотношении сывороточные белки/казеин рав-

на 60:40 (в процентном соотношении). Сывороточный белок несет большое количество незаменимых аминокислот в отличие от казеина. Оптимум имеет лишь смесь «Малютка 1». Поскольку ферментативная система новорожденных имеет низкую функциональную активность, важное значение имеет аминокислотный состав белков, а именно, содержание таурина (не менее 4,5 мг/100мл). Все исследуемые смеси отвечали данному требованию. Важными компонентами для растущего мозга является арахидоновая кислота и докозогексаеновая кислота. Данные компоненты не содержит смесь «Малютка 2». Все смеси, кроме «Similac Premium 3» содержат пребиотики – низкомолекулярные галактоолигосахариды и высокомолекулярные фруктоолигосахариды, которые подвергаются в толстом кишечнике ферментации бифидобактериями и служат для них фактором роста. Пробиотики (живые лактобактерии и бифидобактерии) содержатся в смесях серии «Similac Premium», что делает эти смеси предпочтительнее других.

Таким образом, качественный и количественный анализ смесей для искусственного вскармливания, находящихся на рынке г. Новосибирска показал, что наиболее адекватным физиологическим и метаболическим особенностям ребенка отвечают следующие смеси: «Малютка 1», «Similac Premium 1», «Similac Premium 2». Смеси «Малютка 1», «Малютка 2», «Similac Premium 1», «Similac Premium 2», «Nutralon 1» содержат пребиотики. «Similac Premium 1», «Similac Premium 2» содержат, что делает эти смеси наиболее предпочтительными другим.

**А.И. Синева, А.П. Исаева**  
**ПСИХОГИГИЕНА СЕМЬИ**

*Кафедра гигиены и экологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н. В.А. Погодина*

Семья играет особую роль в жизни каждого человека. Семейные отношения имеют огромное значение для развития личности, достижения социальной зрелости. Семейное воспитание в значительной степени определяет образ жизни детей на всю их будущую жизнь, стиль отношений в их собственных семьях, закладывает внимательное или пренебрежительное отношение к вопросам психической саморегуляции, навыкам здорового образа жизни, умениям налаживать конструктивные, благоприятные межличностные отношения. Семья может оказывать целительное воздействие на каждого члена семьи, давать незаменимую ничем другим эмоциональную поддержку. Но атмосфера семьи может оказывать и негативное воздействие на душевное равновесие личности, снижать эмоциональный комфорт, усугу-

блять внутриличностные конфликты, порождать дисгармонию личности, ослаблять ее психологическую устойчивость.

**Цель исследования:** изучить мнения разных авторов статей по психогигиене семьи.

**Материалы и методы.** Использовался социологический метод - качественный контент-анализ основанный на исследовании 40 статей, где выделялась смысловая информация текста о гигиене психологии семьи. Классификатор контент-анализа представлен вопросами и ответами.

**Результаты.** При изучении мнений разных авторов выявлено: 1) на вопрос «Понятие семьи?» ответили: - «Основанная на браке малая группа связанная, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью» 35 (87,5%); - «Ячейка воспроизводства населения» 5 (12,5%) авторов; 2) на вопрос «Понятие ценности семьи?» ответили: - «Традиции» 10 (25,0%); - «Взаимоотношения» 30 (75,0%) авторов; 3) на вопрос «Понятие семейной психогигиены?» ответили: - «Любовь, справедливость, взаимное уважение в отношении друг к другу» 30 (75,0%); - «Взаимоотношения мужчины и женщины» 10 (25,0%) авторов; 4) на вопрос «Задачи психогигиены семьи?» ответили: - «Информирование о характере семейных отношений, превентивных мерах в отношении семейных конфликтов» 5 (12,5%); - «Научить гармоничному сексуальному поведению» 35 (87,5%) авторов; 5) на вопрос «Понятие конфликт?» ответили: - «Столкновение» 40 (100,0%) авторов; 6) на вопрос «Какие модели поведения супругов в межличностных внутрисемейных конфликтах бывают?» ответили: - «Стремление самоутвердиться в семье» 35 (87,5%); - «Пренебрежительность в отношениях между супругами» 5 (12,5%) авторов; 7) на вопрос «Понятие семейный микроклимат?» ответили: - «Атмосфера отношений между членами семьи» 40 (100,0%) авторов; 8) на вопрос «Понятие психопрофилактика?» ответили: - «Мероприятия направленные на предупреждение психосоматических заболеваний» 40 (100,0%) авторов.

#### **Выводы:**

1. Значительное количество (75,0%) авторов указали, что семейные ценности это взаимоотношения, а семейная психогигиена это любовь, справедливость, взаимное уважение в отношении друг к другу.

2. Большинство (87,5%) авторов считают, что семья должна быть основана на браке, взаимной моральной ответственности, взаимопомощи, основная задача психогигиены семьи научить гармоничному сексуальному поведению, а моделью поведения супругов в межличностных внутрисемейных конфликтах является стремление самоутвердиться в семье.

3. Изучены мнения всех (100,0%) авторов статей, которые полагают что конфликт это столкновение, семейный микроклимат - атмосфера отношений между членами семьи, а психопрофилактика это предупреждение психосоматических заболеваний.

К.Ю. Утюпина, Я.А. Краснер  
**РОЛЬ ЖЕЛЕЗА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ  
ШИЗОФРЕНИИ**

*Кафедра гигиены и экологии, Новосибирский государственный  
медицинский университет*

*Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н. Семенова,  
преподаватель Н.С. Федянина*

На сегодняшний день существует ряд теорий, объясняющих этиологию такого заболевания, как шизофрения, в том числе так называемая адренохромная теория. Она основана на предположении о том, что вызванное теми или иными причинами повышение в крови уровня адренохрома (который является одним из продуктов окисления адреналина) приводит к развитию данного заболевания. Экспериментально доказана способность адренохрома вызывать при внутривенном введении ряд проявлений, клинически сходных с проявлениями шизофрении.

В предыдущих исследованиях (Я.А.Краснер, К.Ю.Утюпина, «Особенности Fe- и pH-зависимого окисления адреналина», 2012) также было показано, что процесс превращения адреналина в адренохром может быть усилен под действием ряда факторов. Одним из таких факторов является присутствие в растворе ионов железа. В связи с этим можно предположить, что повышенное содержание железа в крови способно приводить к развитию определенной психоневрологической симптоматики и в частности провоцировать развитие психоза и, возможно, шизофрении. Поэтому представляется интересным изучение эпидемиологии психических заболеваний в районах с повышенным содержанием железа в питьевой воде.

В данной работе проводилось изучение взаимосвязи между концентрацией железа в питьевой воде и распространенностью психических заболеваний в 6 районах Новосибирской области. Анализировались количество больных любыми формами шизофрении, количество больных с психозами и общее количество больных, стоящих на учете у психиатра в районах Новосибирской области с повышенной концентрацией железа в питьевой воде. Данные о заболеваемости были предоставлены ЦРБ соответствующих районов, для оценки содержания железа в питьевой воде были использованы данные Интернет-ресурса [www.watermap.zdorovieinfo.ru](http://www.watermap.zdorovieinfo.ru). Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью программы Statistica 7.0.

Установлено наличие:

- положительной корреляционной связи умеренной силы (коэффициент корреляции 0,32) между заболеваемостью шизофренией и количеством железа в питьевой воде;
- умеренной положительной корреляционной связи (коэффициент корреляции 0,36) между распространенностью психозов и содержанием железа в питьевой воды;

- отсутствие корреляционной связи между общей психической заболеваемостью и содержанием железа в воде отсутствовала.

Таким образом, результаты проведенного сравнительного анализа свидетельствуют о наличии влияния железа питьевой воды (а, возможно, и других окислителей, в частности марганца) на эпидемиологию шизофрении.

Е.С. Фабристова, Г.Г. Белых  
**ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-  
ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ШКОЛЬНИКОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.Н.Семенова*

**Актуальность.** Изучение состояния опорно-двигательной системы - одно из важнейших исследований, которое нужно проводить в школе, так как своевременные и конгруэнтные мероприятия обеспечат школьнику возможность сохранения здоровья и формирования правильной осанки на период обучения в школе.

**Цель** - изучение распространённости нарушений опорно-двигательной системы школьников, гигиеническая оценка роли возможных факторов риска.

Материалы и методы исследования.

- ✓ Информационно-аналитический (изучение информационных источников, их анализ);

- ✓ Социологическое исследование – анкетирование (ученики 2, 5, 10 классов МОУ СОШ №48 - 100 человек и их родители – 50 человек.)

- ✓ Статистический (сбор и обработка данных о состоянии ОДА – анализ медицинский карт).

- ✓ Гигиеническая оценка изделий для обучающихся (ранцы, рюкзаки, сумки) и школьной мебели (парты, столы, стулья).

- ✓ Синтез (анализ полученных результатов, выведение закономерностей, разработка практических рекомендаций).

**Результаты.** Нарушения опорно-двигательного аппарата – довольно распространенная патология среди школьников. Регистрируется у 48 %. – во втором классе, 79% - в пятом и у 63% десятиклассников. Необходимо отметить, что весьма велика доля детей, поступивших в школу с уже имеющимися проблемами, часть школьников «приобрела» нарушения ОДА за период пребывания в школе. Наибольший процент таких детей в 5 классе - 62%.

В структуре нарушений преобладают плоскостопие, патологические виды осанок и сколиоз. Доля последнего велика, причем отмечается отрица-

тельная тенденция в процессе обучения - рост (28% второклассников, 48% пятиклассников и 69% старшеклассников).

Среди множества факторов, способствующих нарушениям формирующегося опорно-двигательного аппарата, изученные нами несомненно вносят значимую лепту. Так, значительная часть характеристик одного из предпочитаемых представителей школьной атрибутики (ранец) у большинства детей не соответствует требованиям СанНиП, прежде всего по весовым характеристикам. Школьная мебель, несмотря на усиление в последнее время внимания к ней, также далека от гигиенических «идеалов» (СанНиП). Не соответствует гигиеническим требованиям и нагрузка, особенно пятиклассников. Так, две трети учеников (71%) проводят за партой 6 часов и на выполнение домашних заданий затрачивают более 2 часов, что несколько превышает рекомендованные параметры.

Подавляющее большинство (93%) родителей осведомлены о факторах, способствующих развитию и прогрессированию патологии ОДА, но только 2/3 применяют свои знания на практике. Физические упражнения, в любой форме, необходимы растущему организму. Однако, как показывают наши исследования, только малая часть школьников - 32%, по утрам делает зарядку.

Результаты проведенных исследований легли в основу предложенных родителям и медико-педагогическому персоналу образовательного учреждения рекомендаций.

А.С. Шевцова  
**НУКЛЕАЗЫ МИКРООРГАНИЗМОВ И ИХ РОЛЬ В  
ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

*Кафедра гигиены и экологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.б.н., доцент Е.К.Емельянова*

Начало XXI века характеризуется увеличением частоты вирусных заболеваний и открытием новых вирусов, патогенных для человека. Кроме того, у хорошо изученных вирусных агентов возникает резистентность к противовирусным препаратам, что приводит к снижению эффективности существующих методов лечения вирусных заболеваний.

Одним из перспективных направлений противовирусной терапии является использование препаратов на основе нуклеаз. Нуклеазы уже применяются для лечения герпеса, менингитов, клещевого энцефалита, аденовирусных конъюнктивитов и др. заболеваний вирусной природы.

Работа была проведена на базе лаборатории микробиологии окружающей среды и коллекции бактерий, бактериофагов и грибов отдела биофизики и экологических исследований ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор». Для анализа

были выбраны 12 микроорганизмов, выделенных из образца почвы, собранного в летний полевой период 2012 г. в городе Новосибирске и 22 штамма микроорганизмов из коллекции «Вектор».

Был проведен скрининг 34 штаммов на наличие внутриклеточных и внеклеточных РНК-аз и ДНК-аз. В качестве контрольно-показательного значения был использован штамм *Serratia marcescens*.

Для определения содержания внеклеточных и внутриклеточных нуклеаз (как РНК-аз, так и ДНК-аз) был проведен анализ культуральной жидкости (КЖ) и клеточного экстракта (КЭ) на спектрофотометре при длине волны 260 нм. ДНК-азную активность определяли на селективной среде с ДНК и толудиновым синим (Difco, США). Реакцию оценивали положительно при появлении ярко-розовой зоны вокруг бактериальной колонии.

Среди 12 штаммов микроорганизмов, выделенных из почвенного образца, у 2-х были обнаружены значения РНК-азной активности, близкие к показателям активного штамма *S. m.*

Среди 22 штаммов, полученных из коллекции, 4 (St 119, St 131, St 149, St 159) обладали высокой нуклеазной активностью. Среди данных штаммов St 131 обладал самой высокой удельной нуклеазной активностью, равной 59,8, что является выше значения высокоактивного штамма *S. m.* равной 34,2. ДНК-азная активность у всех 34 штаммов была очень низкой.

Таким образом, штамм St 131 потенциально может быть использован в качестве продуцента экзонуклеазы. Применение данной нуклеазы может заключаться в создании на ее основе лекарственных препаратов с целью противовирусной терапии против РНК-содержащих вирусов, например, возбудителя клещевого энцефалита.

В.А. Янина  
**ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АНТРОПОГЕННО-  
НАРУШЕННЫХ МЕСТООБИТАНИЙ СЕЛИТЕБНОЙ ЗОНЫ  
ЛЕВОБЕРЕЖНОЙ ЧАСТИ НОВОСИБИРСКА ШКАЛАМИ  
РАМЕНСКОГО**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.б.н., доц. К.В. Качкин*

**Актуальность.** Житель крупного города на протяжении всей своей жизни тем или иным образом контактирует с синантропными видами растений, окружающими его на пустырях, обочинах дорог, дворовых площадках и прочих нарушенных местообитаниях. Городская флора постоянно испытывает разнообразные воздействия со стороны человека, являясь при этом сосредоточением, как потенциально вредных и опасных растений (карантинные сорняки, сильнейшие аллергены), так множества полезных и ценных



растений (лекарственные, медоносы). Существует немало способов оценки степени нарушенности флоры. Метод экологических шкал является одним из наименее затратных и простых в использовании.

**Цель исследования.** Провести экологическую оценку антропогенно-нарушенных местообитаний селитебной зоны левобережной части города Новосибирска, используя метод фитоиндикации с применением экологических шкал Л.Г. Раменского.

**Материалы и методы исследования.** Материалом исследования послужили 120 геоботанических описаний, выполненных на селитебных участках левобережной части города Новосибирска в 2009-2012 полевых сезонах. Описания сделаны в местах с различной степенью освещения, увлажнения и на разных по своей гетерогенной структуре почвах. Описываемые сообщества подвергались различному антропогенному воздействию.

**Результаты исследования.** Выполненные геоботанические описания эколого-флористическим методом были разделены на группы в зависимости от особенностей испытываемого ими антропогенного воздействия. Выделены четыре группы. 1. Сообщества первых стадий сукцессии, обычно встречающиеся на новых рукотворных субстратах, характеризующихся рыхлостью почвы и отсутствием растительного покрова. В этих сообществах обычно встречаются *Echinochloa crusgalli* (L.) Beauv., *Raphanus raphanistrum* L., *Brassica campestris* L. и другие. 2. Синатропные луга, представляющие собой антропогенно нарушенные луговые сообщества, являющиеся одной из продвинутых стадий сукцессии. Синантропные луга характеризуются распространением *Sonchus arvensis* L., *Arcium tomentosum* Mill., *Elytrigia repens* L., *Artemisia vulgaris* L. и других. 3. Луговые сообщества – наименее подверженные антропогенному воздействию, представляющие собой наиболее восстановленную форму антропогенных фитоценозов. Луговые сообщества города включают в себя *Poa angustifolia* L., *Dactylis glomerata* L., *Vicia cracca* L. и другие. 4. Сообщества вытаптываемых местообитаний представляют собой особый очень распространенный в городской среде тип фитоценозов, развивающихся на дворовых проладках. В такие сообщества входят *Polygonum aviculare* L., *Plantago major* L., *Chamomilla suaveolens* Rydb. и другие. Для представленных сообществ были подсчитаны показатели по шкалам увлажнения (У), богатства и засоления почв (БЗ) и рекреационно-пастбищной дигрессии (РПД). По шкале У все сообщества имеют близкие показатели от 65 до 67 баллов 120-ти балльной шкалы, что связано с гомогенностью среды по данному показателю. По шкале БЗП вытаптываемое сообщество имеет наиболее высокий показатель 13 по 30-ти балльной шкале, против 12-12,5 других сообществ. Это связано с рекреационными загрязнениями сообществ. По шкале РПД также вытаптываемые сообщества имеют наибольшее значение 6,5 по 12-ти балльной шкале против 5-5,5 других сообществ.

**Выводы.** Метод фитоиндикации с применением экологических шкал Л.Г. Раменского позволяет произвести экологическую оценку местообитаний по видовому составу растений.

## **ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ**

Е.А. Баяндина, А.С. Морозова, Т.О. Руденко  
**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ СРЕДИ БОЛЬНЫХ,  
НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В  
НОКВД В 2012 Г**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Н. Позднякова*

**Актуальность.** Сифилис является классическим венерическим заболеванием первого поколения, регистрирующимся среди инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Его распространение тесно связано как с социально-экономическими и демографическими особенностями региона, так и поведенческими факторами населения, такими как миграция, безработица и др.

**Цель исследования:** изучить заболеваемость сифилисом среди больных, находившихся на стационарном лечении в НОКВД. Провести анализ динамики заболеваемости в течение года, дать сравнительную характеристику клинических форм сифилиса, половой принадлежности, возрастных и социальных групп. Определить, кем выявлялись и откуда направлялись пациенты, наличие или отсутствие у них реакции Герксгеймера-Яриша-Лукашевича и сопутствующих венерических заболеваний. Оценить основные методы диагностики и лечения, применяемые в НОКВД.

**Материалы и методы исследования:** анализ историй болезни 475 больных за 2012 год.

**Результаты:** женщины с сифилисом госпитализировались в 3 раза чаще, чем мужчины. Среди возрастных групп чаще всех болели люди 18-30 лет (49%) и 31-50 лет (31%). Больше всего больных было пролечено в апреле (65 человек) и августе (55 человек), меньше всего – в ноябре и декабре (25 и 12 человек соответственно). В структуре заболеваемости преобладали пациенты со скрытыми формами сифилиса - скрытым ранним (24%) и скрытым неуточненным (21%). С первичным сифилисом лечилось 2%, вторичным сифилисом кожи и слизистых – 14%, поздним – 4%, врожденным – 0,2%, серорезистентностью – 12% и другими формами – 0,8%. Пре-  
210

вентивное лечение получили 22%. У 91% госпитализированных реакция Геркссгеймера-Яриша-Лукашевича отсутствовала. Сопутствующие ИППП наблюдались у 31% пациентов: урогенитальный трихомониаз и кандидоз (49 и 45 человек соответственно), бактериальный вагиноз (49 пациентов). Чаще всего сифилис выявлялся акушерами-гинекологами (56%), дерматовенерологами (17%) и терапевтами (8,7%). На стационарное лечение больные направлялись из амбулаторных отделений НОКВД – 59%, реже другими ЛПУ Новосибирской области: ГKB – 39% и ЦРБ – 2%. Среди социальных групп преобладали неработающие (44%), рабочие (33%), учащиеся (10%) и другие (13%). Основными методами диагностики сифилиса в НОКВД являлись ИФА (проводился у 92% больных) и РПГА (у 78%). В лечении в большинстве случаев применялись новокаиновая соль пенициллина (73%) и натриевая соль пенициллина (12%), в случае аллергии на препараты пенициллинового ряда – цефтриаксон (5%).

**Выводы.** Женщины лечились в стационаре чаще мужчин, так как показанием для госпитализации является беременность. Основную массу составили пациенты в возрасте от 18 до 30 лет, ведущие активную половую жизнь. Среди пациентов, находившихся в НОКВД, наблюдалась весеннее-летняя сезонность. Наибольшее количество больных составили пациенты со скрытыми формами сифилиса и с отсутствием реакции Лукашевича-Яриша-Геркссгеймера на начало лечения. У трети больных были сопутствующие урогенитальные заболевания. Самые высокие показатели заболеваемости наблюдались у неработающих или считающих себя таковыми. Чаще больные сифилисом выявлялись акушерами-гинекологами стационаров и женских консультаций. Основными методами диагностики были ИФА и РПГА, а препаратом в лечении – новокаиновая соль пенициллина.

В.А. Базлов, Т.З. Мамуладзе, Н.Б. Куликова\*  
**ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.А. Хрянин*

**Актуальность.** *Mycoplasma genitalium* в настоящее время является одним из патогенных микроорганизмов, способных вызвать уретрит, цервицит, воспалительные заболевания органов малого таза и патологию беременности. В настоящее время в России проводится статистический учет, и выявляется заболеваемость таких заболеваний, как сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз, урогенитальный герпес и аногенитальные бородавки. Однако в отношении микоплазменной инфекции (*M. genitalium*) пока не регламентированы статистические учетные и отчетные формы. В свя-

зи с этим остается малоизученной частота выявления этой инфекции среди населения.

**Цель исследования.** Изучить частоту выявления микоплазменной (*M. genitalium*) инфекции у пациентов, обратившихся в различные медицинские учреждения города Новосибирска в 2010-2011 гг.

**Материалы и методы.** По данным ПЦР-лаборатории «ИмДи» было обследовано 9 208 человек на *M. genitalium* в различных медицинских учреждениях (женские консультации, поликлиники, медицинские центры, кожно-венерологические диспансеры, кабинеты анонимного обследования и лечения) Новосибирска за период с 2010 по 2011 гг. Лабораторная диагностика микоплазменной инфекции проводилась при помощи методов амплификации нуклеиновых кислот («Литех» и «ДНК-технология», Россия) в соскобном материале из уретры и/или цервикального канала.

**Результаты исследования.** Частота выявления *M. genitalium* в 2010 г. составила 12,6%. Статистический анализ по месяцам выявил, что наибольшие показатели отмечены в марте, феврале и июне, а минимальные – в июле, сентябре, октябре. Частота выявления сочетанной инфекции - *M. genitalium* и *C. trachomatis* отмечалась только лишь у 0,55%, т.е. у 1 из 180 обследованных пациентов. В последние 2 года выявляемость *M. genitalium* происходит примерно с одинаковой частотой, однако имеют место некоторые флуктуации между месяцами и сезонами года. Тем не менее, наблюдается существенное снижение выявления как в течение 2010 г., так и в дальнейшем в 2011 г. Частота выявления составила 10-20% в первом квартале 2010 г., значительно уменьшившись до 3-7% в последнем квартале 2011 г.

**Выводы.** Таким образом, частота выявления микоплазменной (*M. genitalium*) инфекции примерно одинакова и составляет 8% и 7% среди лиц, обратившихся в кабинеты анонимного обследования и лечения. Наименьшая выявляемость *M. genitalium* оказалась в пост-отпускной период (сентябрь-октябрь), что, очевидно, зависит от особенностей возбудителя и активности инфекционного процесса.

Д.А.Белова, М.В. Корниенко, Т.М. Шогунбеков  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ  
(2007- 2012 ГГ.)**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.А. Хрянин*

**Актуальность.** *Chlamydia trachomatis* занимает второе место среди инфекций передаваемых половым путем, этот вид представляет наибольший

интерес, так как является основным возбудителем урогенитального хламидиоза (УГХ). По данным Всемирной Организации Здравоохранения в мире ежегодно регистрируется около 100 млн. новых случаев заболеваемости УГХ. Однако официальные показатели заболеваемости УГХ в России остаются сравнительно невысокими в последние годы. Для сравнения в 2009 году в РФ было зарегистрировано 80,3 (на 100 тыс. населения), а в США – 409,2 случая УГХ.

**Цель исследования:** изучить эпидемиологические особенности хламидийной инфекции среди населения Новосибирска за период с 2007 – 2012 гг.

**Материалы и методы.** в сравнительном анализе использованы данные официальной статистики ГБУЗ НСО НОКВД.

**Результаты исследования:** данные официальной статистики свидетельствуют о заметном снижении абсолютного числа больных УГХ (на 1516 человек) с 2007 по 2012 гг. При сравнении количества выявленных больных УГХ (на 100 тыс. населения) за пятилетний промежуток оказалось, что в 2007 г. было выявлено 170 больных УГХ, а в 2012 г. почти в 3 раза меньше – 58 больных УГХ. Отмечается отчетливая гендерная принадлежность среди зарегистрированных больных, так женщины (62%) болеют значительно чаще, чем мужчины (38%). Наибольшее количество больных УГХ за 7 лет отмечалось в Ленинском (1652), Октябрьском (1371), Засельцовском (1097), Центральном (1090) а наименьшие показатели в Советском (122), Первомайском (212), и Кировском (354) районах Новосибирска. УГХ значительно чаще выявляется в возрастной группе от 18 до 29 лет - 5438 случаев. В других возрастных группах отмечается существенное снижение заболеваемости, так от 30 до 39 лет – 2147 случаев, а старше 40 лет - 1066 случая. Также были зарегистрированы случаи УГХ в возрастных группах: от 0 до 14 лет - 27, от 15 до 17 лет - 184. Наибольшее количество больных с УГХ выявлялось в 3 и 4 кварталах (летне-осенний период), а наименьшее - зимой в 1 квартале. Регистрация случаев УГХ проводится в основном в системе КВД, при этом важно отметить, что до сих пор используются низкокчувствительные методы диагностики (ПИФ и ИФА).

**Выводы.** Показатели официальной статистики в Новосибирске свидетельствуют о тенденции к снижению УГХ. В системе КВД используются низкокчувствительные методы диагностики (ПИФ и ИФА), что вероятно может отразиться на достоверности выявленных случаев УГХ. Женщины в 1,5 раза чаще заболевают УГХ, чем мужчины. Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается в возрасте 18 - 29 лет и в летне-осенний период. Наибольшая частота регистрации больных УГХ отмечается в таких районах Новосибирска, как Ленинский, Октябрьский, Засельцовский и Центральный, что соответствуют демографическим показателям, так как именно в этих районах расположены наиболее крупные ВУЗы города.

А.А. Бугримова\*  
**НОВЫЙ МЕТОД КОМБИНИРОВАННОЙ ФОТОТЕРАПИИ  
ПСОРИАЗА**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Б. Немчанинова*

**Актуальность.** В лечении псориаза чаще всего применяют комплексную терапию, включающую системные и наружные препараты, а также физиолечение. Одним из основных методов физиотерапевтического лечения псориаза является фототерапия, лечебный эффект которой обусловлен иммуносупрессивным действием. В последние годы появился новый метод фототерапии псориаза монохроматическим эксимерным светом с длиной волны 308 нм.

**Цель исследования:** оценить эффективность лечения различных форм псориаза с помощью эксимерного света на аппарате Excilite-μ.

**Материалы и методы исследования:** 10 пациентов с различными формами псориаза получали стандартную терапию в сочетании с фототерапией УФБ-лучами узкого спектра 308 нм с помощью эксимерного света на аппарате Excilite-μ.

**Результаты исследования:** Группу наблюдения составили 10 больных псориазом: вульгарным – 4, экссудативным – 4 человека, ладонно-подошвенным – 2. Из них 4 (40%) мужчины и 6 (60%) женщин, возраст пациентов составил от 29 до 62 лет, длительность заболевания варьировала от 1 года до 25 лет. Все больные получали стандартную терапию десенсибилизирующими и антигистаминными препаратами, гепатопротекторы. Наружно применялись эмоленты (10 человек), топические глюкокортикостероиды (7 человек) и защитно-профилактическое средство «Карталин» (3 пациента), которое содержит натуральные компоненты и оказывает кератолическое, противовоспалительное и регенерационное действие. Лечение на аппарате Excilite-μ все пациенты получали 3 раза в неделю. Облучению эксимерным светом подвергались области ладоней, подошв, предплечья, локтевые суставы, голени, тыльная поверхность кистей, стоп. До начала фототерапии определялась минимальная эритемная доза. Пациенты получили от 6 до 12 процедур фототерапии, время экспозиции составило от 5 до 60 секунд, площадь воздействия не превышала 10% пораженной кожи. Общая доза облучения составила от 5,25 Дж/см<sup>2</sup> до 24,25 Дж/см<sup>2</sup>.

Эффективность терапии определялась на основании оценки динамики основных клинических проявлений псориаза (эритемы, инфильтрации, шелушения). Особое внимание уделялось сравнительной оценке эффективности фототерапии эксимерным светом в сочетании с топическими глюкокортикостероидами и в сочетании с защитно-профилактическим средством «Карталин». У 6 (60%) пациентов уже после 2-3 процедуры отмечалось значительное уменьшение эритемы, инфильтрации и шелушения

в очагах, по сравнению с бляшками, которые фототерапии не подвергались. К окончанию курса лечения на аппарате Excilite-μ у 4 (40%) пациентов отмечался полный регресс псориатических высыпаний, у 4 (40%) больных эффект терапии был оценен как значительное улучшение (сохранилась бледно-розовая эритема в очагах). У 2 (20%) пациентов с ладонно-подошвенным псориазом проведенный курс лечения привел к незначительному улучшению. У всех пациентов, получавших наружно Карталин, отмечалось клинически значимое уменьшение симптомов псориаза уже после 2 процедуры фототерапии, в то время как у больных, использовавших топические ГКС, аналогичные результаты наблюдались не раньше, чем через 3 процедуры.

**Выводы.** Таким образом, на фоне лечения у 60% пациентов отмечалась положительная клиническая динамика уже после 2-3 сеансов. Комбинированное лечение эксимерным светом и защитно-профилактическим средством «Карталин» позволило достичь быстрого положительного клинического эффекта и отказаться от использования топических глюкокортикостероидов.

А.С.Будуева, М.Г.Асатрян, Е.А.Тимофеева  
**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д. м. н., проф. Т.Б. Решетникова*

**Актуальность.** Буллезные дерматозы представляет собой редкие, но в то же время одни из наиболее тяжелых дерматозов. Заболеваемость, по данным литературы, составляет 0,5-3,2 случаев на 100 тыс. населения в год. Однако большинство авторов в последнее время отмечают увеличение числа больных. Ранее считалось, что мужчины и женщины заболевают пузырчаткой в равной степени, но в последние годы отмечается преобладание больных буллезными дерматозами среди женщин. Возраст больных колеблется в широких пределах. Отмечено влияние возрастного фактора на тяжесть процесса. У лиц старше 60 лет наблюдались редкие обострения: от одного раза в год, до одного раза в 10 лет, высыпания обычно носили ограниченный характер, в случае развития распространенного процесса требовалось более длительное время для достижения ремиссии. У лиц в возрасте от 30 до 50 лет заболевание протекало более выражено: обострения до 2 – 3 раз в год, обострения характеризовались быстрым развитием, высыпания имели распространенный характер, но время для регрессии патологического кожного процесса было меньшим.

**Цель:** определить особенности течения буллезных дерматозов в период с 2009 по 2011 года.



**Материалы и методы.** В работе были проанализированы 61 история болезни за 2009-2011года, проведен статистический анализ полученных данных. Полученные результаты сравнивались с литературными данными.

**Результаты исследования:** 61 амбулаторная карта за 2009-2011 года, из которых 51% с диагнозом истинная акантолитическая пузырчатка, 46% - герпетиформный дерматит Дюринга и 1% - pemfigoid Левера. Средний возраст больных с герпетиформным дерматитом Дюринга от 20 до 60 лет, с истинной акантолитической пузырчаткой от 40 до 83 лет и с pemfigoidом Левера один пациент в возрасте 88 лет. В основном болели женщины. В процессе анализа встречались единичные случаи буллезных дерматозов с нехарактерной локализацией высыпаний и проявлениями. Так, при себорейной пузырчатке у большинства больных кожный патологический процесс был приурочен к коже подмышечных впадин, верхних и нижних конечностей, паховых складок, также в некоторых случаях затрагивал кожу шеи и слизистую ротовой полости, что никак не относится к себорейным участкам, на которых по литературным данным должен локализоваться данный буллезный дерматоз. Морфологически же себорейная пузырчатка в некоторых случаях была представлена пузырями с плотной покрывкой, что также не соответствует литературным данным. При герпетиформном дерматите Дюринга кожный патологический процесс у нескольких больных был приурочен ко всей коже туловища (по литературным данным данный дерматоз наиболее часто поражает лишь кожу на туловище, лопатках и пояснице). При лечении использовалась как основная гормональная терапия, как это и описано в литературе, но уже в сравнительно небольших дозах (доза преднизолона у большинства больных в лечении не превышала 60 мг) и кожный патологический процесс достаточно быстро регрессировал.

**Выводы:** за последние три года клиника и лечение буллезных дерматозов не претерпели радикальных изменений, однако имелись определенные особенности в их течении.

В. М. Джафаров, М. Ю. Ерзунова, А. А. Михайлова,  
К. О. Грицкова

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии лечебного  
факультета,*

*Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к. м. н., доц. Е. Ю. Складнова*

**Актуальность.** Аллергические заболевания являются одной из актуальных проблем современной медицины. В настоящее время в мире отмеча-

ется неуклонный рост частоты и распространенности аллергических заболеваний кожи, нарастание тяжести течения и торпидности аллергодерматозов к проводимой терапии.

**Цель исследования.** Изучить современные тенденции течения аллергодерматозов в Новосибирске за период с 2011 – 2012 гг.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ 450 историй болезни пациентов с аллергодерматозами ( $n = 100\%$ ), находившихся на обследовании и лечении в дерматологическом отделении ГБУЗ НСО КВД №1 в 2011 – 2012 годах.

**Результаты исследования.** При проведении статистического анализа данных было выявлено снижение общего числа аллергодерматозов: в 2011 г. - 253 случая (36,7%), в 2012 г. – 197 (30,2%). Однако возрос процент обращаемости за стационарной помощью с такими заболеваниями, как экзема (2011 г. - 60,4%, 2012 г. - 62,4%), аллергический контактный дерматит (2011 г. - 8,3%, 2012 г. - 11,2%), крапивница (2011 г. - 0,7%, 2012 г.-2,03%). Снизилось количество выявленных токсикодермий на 2,4% (2011 г. - 7,5%, 2012 г. - 5,1%), атопического дерматита (2011 г. – 13,0%, 2012 г. - 10,7%), а также почесухи взрослых (2011г. - 2,3%, 2012 г.- 1,0%). Пик обращаемости с аллергодерматозами приходится на весенний период: 2011 г. — 63, 2012 г. — 60 человек соответственно. В возрастной группе от 55 до 90 лет отмечается наибольшее количество больных экземой, в группе от 17 до 35 лет самая частая разновидность аллергодерматозов - аллергический контактный дерматит. Среди больных аллергодерматозами, обратившихся за врачебной помощью, преобладали мужчины в 2011 году (53,3%), а в 2012 году - женщины (52,7%). Клиническая картина аллергодерматозов этих больных характеризовалась значительной выраженностью воспалительных изменений кожи, что подтверждается наиболее частыми проявлениями, наблюдавшимися в очагах поражения: эритематозные (16,6%) и папулезные (10,0%) элементы с инфильтрацией (6,5%), шелушение (9,1%), отечность (7,8%), гиперемия (3,3%), эскориации (6,2%), трещины (5,5%), везикуляция (4,2%), мокнутие (4,6%) с последующим образованием корок (17,0%). Объективные изменения в большинстве случаев сопровождались сильным зудом (в 35,5%), жжением (8,1%), чувством стянутости (6,6%), сухости (2,5%) кожи, болезненностью при движении (7,1%), что при хроническом рецидивирующем течении аллергодерматозов приводило к утрате трудоспособности и существенному ухудшению качества жизни больных.

**Выводы.** Таким образом, при снижении общего числа аллергодерматозов, наиболее часто встречающиеся аллергические заболевания кожи (экзема, аллергический контактный дерматит) имеют тенденцию к увеличению удельного веса. Однако, положительная динамика наблюдается у таких тяжелых аллергодерматозов, как токсикодермия, атопический дерматит и почесуха взрослых. Контактный дерматит и экзема редко встречаются у лиц

до 17 лет (в отличие от атопического дерматита) и по мере увеличения профессионального стажа наблюдается рост заболеваемости этими дерматозами, пик которых приходится на предпенсионный и пенсионный периоды.

М.Ю. Долгих, К.А. Орлова, Е.А. Цорн, А.Е. Чурина  
**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ  
БОРОДАВКАМИ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.А. Хрянин*

**Актуальность.** По данным ВОЗ ежегодно в мире около 6 миллионов людей инфицируется ВПЧ. Это широко распространенная и очень вариабельная группа вирусов, обладающая значительной контагиозностью и высоким онкогенным потенциалом. Пик заболеваемости приходится главным образом на лиц активного репродуктивного возраста. ВПЧ обладает широким спектром поражения: эпителиальные клетки кожи, слизистые оболочки шейки матки, вагины, вульвы и ануса. При продуктивном воздействии вируса возникают доброкачественные образования – аногенитальные бородавки (АБ), результатом трансформирующего воздействия являются дисплазии тяжелой степени, прогрессирующее развитие которых приводит к раку.

**Цель исследования.** Изучить динамику заболеваемости АБ в Новосибирске за период с 2007 по 2011 гг.

**Материалы и методы.** Анализ статистической документации по заболеваемости АБ в Новосибирске и Федеральных Округах РФ.

**Результаты исследования.** В Российской Федерации обязательная официальная регистрация ИППП вирусной этиологии, в том числе АБ введена с 1993 г, что позволило в сравнении оценить уровень заболеваемости не только в целом по России, но и в каждом регионе страны отдельно. Проанализировав данные материалы, выявлено, что средние показатели заболеваемости АБ (на 100 тысяч населения) по РФ возрастали с 33,9 в 2007 г до 34,7 в 2009 г, а в 2010 -2011 гг. наметилась тенденция к снижению 32,7 и 32,6 соответственно. За последние 5 лет наибольшее число зарегистрированных пациентов отмечается в Приволжском, Северо-Западном и Центральном ФО, в данных субъектах заболеваемость на 100 тыс. населения в 2011 г превысила среднероссийский уровень и составила 43,6, 38,7 и 35,1 соответственно. На 2011 г. СФО занимает 4 место по заболеваемости, абсолютное число заболевших составляет 5436 и 27,8 на 100 тыс. население.

ния. НСО является третьей по заболеваемости среди других регионов Сибирского ФО, с 2007 по 2009 гг. наблюдалось увеличение как абсолютного числа заболевших, так и на 100 тыс. населения с 23,7 до 28,8. В 2010-2011 гг. данные показатели снизились до 28,4. Большая часть заболевших НСО приходится на городское население: 33,3 на 100 тыс. человек в 2011 г. Изучение структуры заболеваемости АБ среди мужчин и женщин в Новосибирске за период с 2007-2011 гг. позволило установить, что женщины заболевали данными инфекциями чаще, чем мужчины в 3 раза. При определении удельного веса возрастных групп населения Новосибирске в структуре заболеваемости установлено, что наибольший удельный вес занимает возрастная группа 20-29 лет, составляя около половины всех зарегистрированных больных - 45,1%, возрастные группы 18-19, 30-39 лет и 40 лет и старше составляют, соответственно, 8,5%, 29,2% и 14,6%. Больше всего активно выявлено больных при обследовании акушерами-гинекологами - 31,4%; урологами - 14,1%, при прочих профилактических осмотрах - 12,0% при обследовании лиц, имевших половой контакт с заболевшими - 2,0%, обращающихся самостоятельно - 40,5%. Статистический анализ по районам г. Новосибирска выявил, что наибольшие показатели заболеваемости отмечаются в Центральном, Октябрьском и Кировском районах, а минимальные - в Советском и Первомайском районах.

**Выводы.** Новосибирская область занимает 3 место по заболеваемости среди других регионов СФО. В г. Новосибирске отмечается волнообразная кривая динамики заболеваемости АБ, характеризующаяся периодами подъема (2007-2009 гг.) и спада (2010-2011 гг.) как абсолютного числа заболевших, так и в расчёте на 100 тыс. населения. Заболеваемость среди женщин в 3 раза чаще, чем мужчин, пик приходится на возраст 20-29 лет, что составляет примерно 50% от всех возрастных групп. Чаще всего АБ выявляется при осмотрах акушеров-гинекологов, урологов и прочих специалистов при профилактических осмотрах. Наибольшие показатели заболеваемости АБ отмечаются в Центральном, Октябрьском и Кировских районах, что очевидно зависит от расположения на территории данных районов большого количества профильных учреждений.

Т.А.Еремина\*

**ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ  
ЦЕЛИАКИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ  
ДЕРМАТОЗАМИ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Н. Позднякова*

**Актуальность.** Вопросы диагностики глютенковой энтеропатии и сопутствующих ей заболеваний продолжают оставаться в центре внимания клинической медицины, так как её распространенность во взрослых популяциях большинства стран мира достигает 1%. При приеме пищевых продуктов, содержащих глютен, у пациентов с генетической предрасположенностью развивается каскад патологических аутоиммунных реакций, вызывающих и поддерживающих воспаления слизистой оболочки тонкой кишки, ведущей к её повреждению и нарушению всасывания, что сопровождается многочисленными метаболическими девиациями, которые не могут не отразиться на состоянии гомеостаза кожи. Влияние нарушения всасывания в тонком кишечнике при целиакии на состояние кожи и её придатков, а также на течение дерматозов у этих пациентов, является актуальным направлением клинической дерматологии, так как единственным методом лечения глютенковой энтеропатии является безглютеновая диета. Своевременная диагностика глютенковой энтеропатии, часто протекающей без выраженной гастроэнтерологической симптоматики у пациентов с хроническими заболеваниями и исключение из рациона продуктов содержащих глютен, в том числе и скрытый, способствует не только восстановлению слизистой оболочки тонкой кишки, но и улучшению обменных процессов в коже и в течение дерматозов.

**Цель исследования.** Изучить распространенность синдрома мальабсорбции у больных с хроническими дерматозами и оценить его влияние на их течение для оптимизации терапии.

**Материалы и методы исследования.** Был обследован 581 пациент (361 мужчина и 220 женщин в возрасте от 18 до 73 лет) с распространенными хронически протекающими дерматозами: псориазом, атопическим дерматитом, аллергическим дерматитом, нейродермитом, хронической экземой, крапивницей, периоральным дерматитом, себорейным дерматитом, алопецией, угревой болезнью, красным плоским лишаем, сенильным зудом, герпетиформным дерматитом Дюринга, склеродермией. Они находились на амбулаторном лечении в ГБУЗ НСО НОКВД. В комплекс обследования больных входили специальные дерматологические методы, осмотр, пальпация, традиционные общеклинические методы (общий анализ крови и мочи), биохимический анализ крови, определение IgE в сыворотки кро-

ви, анализ кала на я/глисты, ИФА на описторхоз и лямблиоз, определение антител к глиадину (АГА IgA, IgG) и тканевой трансглутаминазе (tTG Ig A, Ig G) в цельной крови методом иммуноферментного анализа (ИФА).

**Результаты исследования.** Положительные реакции на определения целиакии обнаружались 84 (14,5 %) пациентов. АГА IgA были выявлены в 19 (22,6%) случаях, АГА IgG - 21 (25%), tTG Ig A - 33 (39,4%), tTG Ig G - 11 (13%). Клинические признаки целиакии (тошнота, жидкий стул со зловонным запахом, вздутие живота) наблюдались только у 5 (5,9%) пациентов. В 497 (85,5%) случаях результат был отрицательным. Всем пациентам с положительным результатом рекомендовалась аглютеновая диета после консультации гастроэнтеролога.

**Выводы.** Таким образом, нередко целиакия протекает скрыто и диагностируется случайно при обследовании пациентов. Врачу-дерматовенерологу следует помнить, что при стертом или латентном течение целиакии единственным клиническими проявлениями её могут быть поражения кожных покровов, имеющие хроническое, часто рецидивирующее или персистирующее течение. Поэтому в диагностическую программу этих больных целесообразно включать скрининговые серологические методы обследования на целиакию.

Е.Н. Новохотко  
**РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
ПРЕПАРАТА «ГЕНЕРОЛОН» ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ  
АЛОПЕЦИИ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. С.Г. Лыкова*

**Актуальность.** Ежедневная потеря у человека до 100 волос, равномерная по всей поверхности волосистой части головы, является нормальным физиологическим процессом. Однако под влиянием различных внешних и внутренних факторов синхронность волосяных циклов нарушается и возникает избыточное выпадение волос, что и приводит к алопеции.

Алопе́ция (лысость, от др. - греч. ἀλωπεκία через лат. alopecia — облысение, плешивость) — патологическое выпадение волос, приводящее к их поредению или полному исчезновению в определенных областях волосистой части головы и/или туловища. К наиболее распространенным видам алопеции относится андрогенетическая.

В настоящее время используется много методов лечения облысения, но эффективность терапии не всегда высока.

**Цель исследования.** Определить клиническую эффективность и безопасность препарата «Генеролон» в комплексной терапии андрогенной алопеции.

**Материалы и методы:** Клиническая группа была представлена 20 пациентами (10 женщинами, 10 мужчинами), что составило 100%. Возраст варьировал от 27 до 49 лет, составив в среднем  $36 \pm 0,3$  года. Критерием включения в исследуемую группу являлся верифицированный диагноз андрогенетической алопеции. Лечение проводилось «Генеролоном» спрей.

Препарат назначался по 1 мл раствора с помощью дозатора (7 нажатий) 2 раза в день на пораженные участки волосистой части головы, начиная с центра проблемной зоны. Курс лечения составил 4-8 месяцев до 1 года (согласно инструкции по применению). Динамика течения патологического процесса оценивалась на 2, 5, 8, 12 месяцы терапии. Проводился анализ жалоб, клинической картины, наличия побочных эффектов, переносимости «Генеролона» и отзывов пациентов о препарате.

**Результаты исследований:** Время реакции от нанесения препарата до появления первого нового волоса варьировалось от 2 месяцев до 1 года. Положительная динамика в течение процесса (замедление выпадения волос, появление роста) наблюдалась на 2 месяце лечения «Генеролоном». Появление новых волос было отмечено у 80% пациентов (35% мужчин и 45% женщин соответственно). К 8 месяцу положительная динамика отмечена в 87% случаев. У 13% больных потребовалось продолжение терапии до 12 месяцев. Через 1 год полное восстановление волос было достигнуто у 96% исследуемых (у 45% мужчин, 51% у женщин).

Отрицательных отзывов и побочных эффектов в клинической группе не зарегистрировано.

**Выводы.** «Генеролон» является эффективным средством в комплексной терапии андрогенетической алопеции у мужчин и женщин. Клиническая эффективность составило 87% к восьмому месяцу терапии и на 8% выше к двенадцатому месяцу лечения.

А.П.Омельянская, Д.Ю.Соколов\*, Г.С.Луппа  
**ТЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С  
РАЗНЫМИ ВИДАМИ ИХТИОЗА**

*Кафедра медицинской генетики и биологии, Новосибирский  
государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю.В.Максимова*

На сегодняшний день актуальной проблемой является поражение кожи и её придатков грибковой инфекцией у больных ихтиозом. По данным авторов частота сочетания ихтиоза и микотического поражения колеблется от 15 до 37%, из них кандидозное поражение встречается в 31% случаев.



В 1964 г. Greiter предложил клинико-генетическую классификацию ихтиоза, которая в 1965 г. была дополнена Wells. Эти авторы выделили аутосомно-доминантный тип (вульгарный ихтиоз, буллезная ихтиозиформная эритродермия); аутосомно-рецессивный тип (ихтиозиформная эритродермия, ламеллярный ихтиоз, синдром Рефсума, синдром Шегрена-Ларссена: рецессивный, сцепленный с X-хромосомой).

Ихтиоз относится к группе наследственных генодерматозов, которые гетерогенны по клиническим проявлениям и, соответственно, типам наследования (сцепленный с X-хромосомой, доминантный, рецессивный) и обусловлен генными мутациями, вследствие которых нарушается процесс кератинизации (у всех больных ихтиозом снижены фракции белков кератинизации). Критическим фактором в дифференцировке эпидермиса является кальций, который участвует в синтезе и посттрансляционной модификации многих белков супрабазальных клеток эпидермиса. Нарушается процесс ороговение кожных покровов, в результате которого происходит избыточная продукция кератина (белок кожи, обладающего механической прочностью) измененной структуры. Также имеет место нарушение процесса отторжения уже ороговевших клеток с поверхности кожи из-за накопления в ней особых «цементирующих» веществ (гликозаминогиканов).

В результате этого, на коже появляются чешуйки, кожа становится сухой, «хрупкой», и, как следствие, многочисленные трещины кожных покровов с возможным инфицированием. Ногтевые пластинки становятся деформированными, шероховатыми, ломкими. Волосы - редкими, истончаются, наблюдается нарушение закладки зубов. Пациенты страдают от нарушения терморегуляции, у них замедляется обмен веществ. Из-за повышенной активности ферментов в окислительных реакциях у больных ихтиозом ускоряются процессы кожного дыхания, нарушается работа щитовидной железы, половых желез и надпочечников. Испытывают дефицит клеточного и гуморального иммунитета, что характеризуется своеобразным иммунодефицитным состоянием, дисбалансом клеток в Т-клеточной популяции (снижение активности Т-супрессоров и Т-хелперов) и увеличения числа В-лимфоцитов.

При этом дрожжеподобные грибы рода *Candida* играют основную роль в развитии грибковых поражений кожи при ихтиозе. Они являются сапрофитами, то есть при снижении иммунного статуса приобретают патогенные свойства. И могут обнаруживаться на здоровой коже и слизистых, а так же легко передаются от человека к человеку. Заражение происходит при контакте человека с больным человеком или животным или при контакте с предметами, содержащими элементы гриба.

Действие их приводит к поражению гладкой кожи стоп, кистей и ногтевых пластинок микотической инфекцией. Клинически диагноз микоза, как правило, подтверждается с помощью микроскопических исследований материала, взятого из очагов поражения.

А.П.Омельянская, Д.Ю.Соколов\*, Г.С.Луппа  
**ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к. м. н., доц. Е.Н. Махновец*

**Актуальность.** ВИЧ-инфекция – одна из основных проблем современности. В мире от заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией, умерло более 20 млн человек. В России умерло 125 557 инфицированных ВИЧ, в том числе 16 110 за 2012г. С начала регистрации (1990 г.) в Новосибирской области умерли 1141 ВИЧ – инфицированный, из них в 2006 г. – 24, в 2008 г. – 78, за 2010 г. умерло 198 человек, в 2012 г. - 411 человек.

**Цель работы.** изучить и проанализировать структуру смертности ВИЧ-инфицированных пациентов в Новосибирской области, выявить основные причины смерти.

**Методы исследования:** изучение и анализ статистических данных ГБУЗ НСО «Центр СПИД». Изучение и анализ 31 истории болезни ВИЧ-инфицированных пациентов в ГБУЗ «Искитимская ЦГБ» Искитимский Протитуберкулезный Диспансер.

**Результаты исследования:** в Новосибирской области, как и во всем мире, идет неуклонный рост как количества инфицированных ВИЧ, так и количества смертей, связанных с ВИЧ-инфекцией. За период с 2008 г. по 2012 г. смертность от ВИЧ-инфекции возросла в 5 раз (в 2008 г. умерло 78 человек, а в 2012 г.-411). Причины смерти от ВИЧ-инфекции со временем меняются. Смертность от кандидоза (генерализованных, висцеральных поражений и поражений ЦНС) снижается – за последние 2 года снизилась в 6 раз (с 3% в 2010 г. до 0,5% в 2012 г.). Цитомегаловирусная инфекция с органами поражениями сохраняет свою долю в структуре смертности, на протяжении последних 5 лет от нее ежегодно умирает 1% ВИЧ-инфицированных пациентов. В 2012 году пациенты стали умирать от первичной лимфомы мозга, чего ранее не наблюдалось, причем за год умерло 5 человек (1%). Количество смертей от пневмоцистной пневмонии за 4 года снизилось в 10 раз (с 5% в 2009 г. до 0,5% в 2012 г.). Пневмонии возвратные после 2009 г., когда от них умерло 4 человека (3% ВИЧ-инфицированных), перестали встречаться в структуре причин смертности. Актуальной проблемой становится туберкулез, смертность от которого постоянно растет. В 2008 г. от туберкулеза различных локализаций умерло 32 человека (41%), за 2009 г. – 76 человек (53%), за 2010 г. – 107 человек (54%), за 2011 г. – 205 человек (73%), за 2012 г. – 250 человек (61%). Доля смертей от туберкулеза лёгких, в структуре смертности от туберкулеза, снижается, однако наблюдается выраженная тенденция к увеличению количества летальных исходов вследствие перенесения генерализованных форм туберкулеза (почти в 10 раз выросла смертность - с 2,5% в 2008 г. до 24% в 2012 г.). Количество смертей от причин, не связанных с ВИЧ-инфекцией, уменьшается. На первом месте среди причин данной

группы продолжает оставаться передозировка наркотика, хотя смертность от передозировки наркотиков за 5 лет снизилась в 5,7 раза (с 28,2% в 2008 г. до 5% в 2012 г.). Смертность от онкологических заболеваний за последние пять лет выросла в 3 раза (с 1,2% в 2008 г. до 4% в 2012 г.).

**Выводы.** Происходит изменение структуры причин смертности от ВИЧ-инфекции, что можно связать как с увеличением количества пациентов, получающих антиретровирусную терапию, так и с изменением течения заболеваний, протекающих на фоне ВИЧ-инфекции. Актуальной проблемой становится туберкулез, который в 2012 году стал причиной смерти 61% ВИЧ-инфицированных.

О. М. Павлова, А. С. Павлов  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ  
ПАЦИЕНТОВ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к. м. н., доц. Е.Н. Махновец*

**Актуальность.** В мире насчитывается около 40 миллионов ВИЧ-инфицированных. В РФ - 703781 человек, в том числе детей в возрасте до 15 лет - 6071. В Новосибирской области зарегистрировано 17315 человек, и эти цифры неуклонно растут. Часто причиной обращения к врачу являются СПИД-ассоциированные заболевания, изучение данных заболеваний является актуальным вопросом на сегодняшний день.

**Цель работы.** Изучить и проанализировать особенности течения и этиологические факторы хронических заболеваний кожи и слизистых у ВИЧ-инфицированных пациентов.

**Методы исследования.** Изучение и анализ научной литературы по вопросам дерматологических проявлений ВИЧ. Изучение и анализ статистических данных ГБУЗ НСО «Центр СПИД».

**Результаты исследования:** наиболее частой патологией среди ВИЧ-инфицированных пациентов являются дерматомикозы - встречаются в 29,5% случаев (распространенность среди ВИЧ - негативных людей - от 3 до 10%). Частой патологией среди ВИЧ-инфицированных пациентов является орофарингеальный кандидоз (диагностируется у 40% пациентов, преимущественно в стадии IIIA - IIIB ВИЧ - инфекции).

На фоне кандидоза слизистой оболочки рта у больных с естественным течением ВИЧ-инфекции также наблюдают патологию, обусловленную герпесвирусными инфекциями: вирусом Эпштейна-Барр (волосистая лейкоплакия) - 16%; вирусом герпеса VIII типа (саркома Капоши) - 3%; вирусом простого герпеса I типа - 26%. Кандидоз гениталий среди ВИЧ- ин-

фицированных женщин встречается в 43% случаев (у ВИЧ-негативных - в 25%), причем видовой состав возбудителей у ВИЧ-инфицированных женщин отличался от такового у ВИЧ-негативных: *C. albicans* выделяют в 57% случаев, *C. glabrata* – в 27%, их ассоциацию – в 8%, другие представители *C. non-albicans* – в 2–4%; у ВИЧ-негативных женщин *C. albicans* выделяют в 92–98% случаев, а из других представителей *Candida* spp. чаще выделяют *C. krusei*. Следует отметить, что достоверных отличий клинических проявлений кандидоза гениталий, в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, не выявляют. Герпесвирусные заболевания при ВИЧ-инфекции встречаются в 7-9 % случаев, причем количество герпесвирусных заболеваний в стадии обострения зависит от уровня CD4+лимфоцитов – при уровне CD4+лимфоцитов более 500 в 1 мкл крови количество заболеваний в стадии обострения, вызванных вирусом простого герпеса типа 1, составляет 33,5%; менее 200 в 1 мкл - 88,5%; заболевания в стадии обострения, вызванные вирусом *Varicella zoster* при CD4+лимфоцитов более 500 в 1 мкл крови встречаются у 12,8% пациентов, при CD4+лимфоцитов менее 200 в 1 мкл - у 86,5, подобные тенденции отмечаются и среди других типов герпесвирусной инфекции. Пиодермии встречаются у ВИЧ-инфицированных пациентов в 7% случаев, причем чаще в поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Отсутствие кожной патологии встречается у 11% ВИЧ-инфицированных пациентов.

**Выводы.** Наиболее частыми хроническими заболеваниями кожи и слизистых у ВИЧ- инфицированных пациентов являются грибковые заболевания, герпесвирусные инфекции, достаточно часто встречаются пиодермии, аллергические дерматиты, себорейный дерматит. Активность дерматологической патологии напрямую зависит от степени выраженности иммунодефицита, количества CD4+лимфоцитов и адекватности терапии ВИЧ-инфекции.

Ю.С. Тимофеева, Т.А. Федорова  
**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ И  
ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИЯМИ В Г. НОВОСИБИРСКЕ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Н. Позднякова*

**Актуальность.** В Российской Федерации (РФ) сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с высоким уровнем заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). По данным официальной государственной статистики, в РФ в 2009 г. было зарегистрировано 649952 случая ИППП. Показатель заболеваемости по ИППП в целом по РФ составил 457,6 на 100 тыс. населения, в том числе гонококковой инфекцией – 60,8.

**Цель исследования.** Сравнительный анализ эпидемиологической ситуации по гонорее и трихомониазу в г.Новосибирске за 2010 и 2011 годы.

**Материалы и методы.** Статистические отчетные формы о заболеваемости гонореей и трихомониазом НОКВД за 2010 и 2011 гг.

**Результаты исследования.** В ходе анализа было выявлено, что на долю пациентов, страдающих урогенитальным трихомониазом, приходится 15190 случаев: 2010г.- 8170, 2011 г.-7020; гонореей—1044 случаев: 2010 г.-522, 2011 г.-522. У всех больных диагноз был подтвержден комплексным лабораторным обследованием (микроскопия и (или) бактериологический посев). Из этих данных следует, что урогенитальный трихомониаз, по-прежнему, по частоте встречаемости превосходит гонококковую инфекцию в 15,7 раз в 2010 г. и в 13,4 раз в 2011г. Проанализировав данные по районам города, было выявлено, что за весь период исследования самая высокая заболеваемость урогенитальным трихомониазом регистрировалась в Центральном и Железнодорожном районах (13,2 % и 14,1 % соответственно), минимальная - в Советском (5.2%). Максимальный уровень заболеваемости гонококковой инфекцией регистрировался в Калининском районе (12,5 % ), минимальный - в Советском (3,8 %).

По данным ВОЗ (2009 г.), в структуре заболеваемости урогенитальный трихомониаз как моноинфекция встречается у 17,5% больных, а в 82,5% случаев выявляются смешанные трихомонадные инфекции в различных комбинациях ассоциирования микроорганизмов. Трихомониаз часто выявляют среди больных гонореей — у женщин в 78%, у мужчин в 64% случаев. Особенностью гонореи является то, что она часто протекает как смешанная инфекция - заболевание обусловлено гонококками и влагалищными трихомонадами, однако при электронно-микроскопическом исследовании было установлено, что при смешанной гонорейно-трихомонадной инфекции происходит фагоцитоз гонококков влагалищными трихомонадами. Гонококки, находясь внутри трихомонад, сохраняют свою жизнеспособность и способность к размножению. Такие трихомонады могут быть причиной рецидивов гонореи. Расположение гонококков внутри трихомонад имеет значение и для лечения, так как трихомонадоцидные средства не действуют на гонококков, а цефтриаксон, применяемый для лечения гонореи, не действует на трихомонад. Следовательно, гонококки внутри трихомонад недоступны для цефтриаксона, поэтому у некоторых больных после излечения трихомониаза обнаруживаются гонококки. Это имеет эпидемиологическое значение, так как среди больных трихомониазом скрываются потенциальные источники гонококковой инфекции.

**Вывод.** Таким образом, низкая заболеваемость гонококковой инфекцией жителей г. Новосибирска может объясняться в первую очередь тем, что у большинства из них заболевание сочетается с урогенитальным трихомониазом и при лабораторном микроскопическом обследовании в мазках обнаруживаются только влагалищные трихомонады. Гонококк, находящийся внутри них, данным методом исследования не визуализируется.

## ДОВУЗОВСКАЯ ПОДГОТОВКА

---

Д.В. Быков

### СЕЛЕН – ЛЕКАРСТВО И ПРОТИВОЯДИЕ

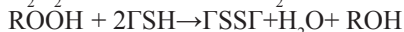
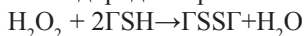
*Кафедра медицинской химии*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.х.н. доцент Сычева И.М.*

Наш организм нуждается в селене, но потребность в нем очень невелика, всего 0,1-0,2 мг. Источником селена для растений и животных являются вода и почва. Селен в почве распределен неравномерно. Выделяют геохимические провинция богатые и бедные селеном. Богаты селеном морские продукты, почки животных, чеснок и грибы. Обычно мы редко употребляем эти продукты в пищу, поэтому недостаточность селена широко распространена.

Селен является коферментом глутатионпероксидазы, разрушающего перекись водорода и органические перекиси.



где GSH - восстановленный трипептид глутатион (γ-глу-цис-гли), GSSG - окисленный гексапептид глутатион, ROOH – органическая перекись.

Перекисное окисление липидов, белков и ДНК идет с участием перекисей и при снижении селена усиливается.

В сердечной мышце перекисное окисление участвует в механизме развития инфаркта миокарда. При недостаточности селена кардиомиопатии и инфаркты миокарда случаются чаще и имеют худший прогноз. Следует отметить, что витамин Е усиливает действие селена, но не может его заменить.

Перекисное окисление ДНК, непосредственно под действием перекисей, и образующихся из них радикалов приводит к образованию мутаций и следовательно увеличивает вероятность развития опухолей. Селен снижает вероятность возникновения опухолей и увеличивает время их развития. Он не только снижает вероятность мутаций, но и активирует репарацию пораженных нуклеиновых кислот и белков.

Селен также препятствует развитию заболеваний поджелудочной железы. И необходим для профилактики этих заболеваний.

Поэтому селен должен входить в комплексную терапию инфаркта миокарда, опухолей и использоваться для профилактики этих заболеваний.

Селен образует нерастворимые соли с кадмием, ртутью и некоторыми другими тяжелыми металлами, являющимися ядами для нашего организма. Селен препятствует их всасыванию и облегчает выведение.

Селен усиливает окисление токсинов в эндоплазматической сети печени и их выведение из организма.

Следует отметить, что селен должен быть дозирован. Увеличение его в продуктах питания приводит к развитию печеночной желтухи, депрессия, выпадению волос, поражение ногтей и зубов.

Таким образом, селен является ключевым микроэлементом, так как препятствует развитию самых «страшных» заболеваний современности.

**Е. Д. Могильная, Д. А. Микаилова**  
**АВТОКОЛЕБАТЕЛЬНЫЕ ХИМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ**

*Гимназия № 1, г. Новосибирск*

*Институт «Международный томографический центр» СО РАН,  
г. Новосибирск*

*Научные руководители: д.х.н. Е.В. Третьяков, студентка 5 курса  
ФЕН НГУ А.О.Суворова*

Автоколебательные реакции – класс химических реакций, протекающих в режиме, при котором некоторые параметры реакции изменяются периодически. Одной из самых важных и известных автоколебательных реакций является реакция Белоусова-Жаботинского. Она нашла широкое применение в различных областях науки и техники.

Целью данной работы было проведение реакции Белоусова-Жаботинского и изучение влияния условий на её колебательный режим.

При проведении реакции мы несколько отступили от описанной в литературе методики, а именно, использовали другую соль церия:  $(\text{NH}_4)_2[\text{Ce}(\text{NO}_3)_6]$  вместо  $(\text{NH}_4)_2[\text{Ce}(\text{SO}_4)_3]$ . Тем не менее, это не помешало возникновению концентрационных колебаний в реакционной смеси, хотя при этом наблюдалась другая динамика цветов.

Поскольку скорость химических реакций зависит от температуры, было интересно, как изменение температуры повлияет на автоколебательный процесс. Нами был проведён ряд экспериментов в температурном диапазоне 7–60 °С. Было показано, что при 7 °С реакция не начинается более чем 2 минуты, а при нагревании выше комнатной температуры происходит постепенное уменьшение периода колебаний.

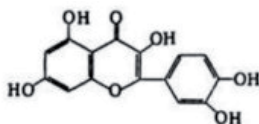


М. М. Сычева  
**КВЕРЦЕТИН – ВИТАМИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И  
ПРОФИЛАКТИКИ МНОГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Кафедра медицинской химии Новосибирский государственный  
медицинский университет*

*Научный руководитель: к.х.н., доцент И.М. Сычева*

Биофлавоноиды называют витаминами Р (от слова проницаемость). К ним относятся около 150 соединений (рутин, катехины, кверцетин, цитрин, гесперидин, и другие). Из этих витаминов большой интерес представляет кверцетин. (3,5,7,3'4'-Пентаоксифлавоны).



Оказалось, что роль кверцетина в организме значительно шире, чем регулятора проницаемости. Кверцетин – мощный антиоксидант. Он очень эффективно подавляет перекисное окисление и защищает мембраны клеток. Тормозит процесс старения клеток кожи, тканей глаза, сердца.

Кверцетин эффективно используется для лечения аллергических заболеваний. Он увеличивает сопротивление организма к различным инфекционным заболеваниям. Доказана противовирусная активность кверцетина, что позволяет применять его для профилактики и комплексной терапии ряда вирусных инфекций, в том числе, гриппа. Кверцетин незаменим для профилактики расстройств зрения: он снижает отложение сорбита в хрусталике и тем самым тормозит развитие помутнения хрусталика.

Подавляя перекисное окисление, кверцетин снижает количество мутаций и поэтому снижает вероятность развития раковых опухолей. Но это не все. Кверцетин восстанавливает в предраковых клетках функцию гена p53, отвечающего за гибель предраковых клеток. И тем самым оказывает непосредственный лечебный эффект в терапии раковых заболеваний.

Антиоксидантный эффект кверцетина способствует снижению риска развития атеросклероза, а значит инсульта и инфаркта миокарда. В профилактике атеросклероза Кверцетин в 400 раз более эффективен, чем витамин Е.

Источником кверцетина являются многие вкусные продукты: темные сорта яблок, вишни, помидоры, брусника, клюква, бобовые, черника. В большом количестве выявляют его в зеленом и черном чае, гречке, красном винограде и красном вине, цитрусовых, малине, облепихе, орехах. Как мы видим, в природе он представлен широко. Но в количественном плане его не хватает. Поэтому препараты кверцетина находят все большее применение для профилактики и лечения многих заболеваний.

# **ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ**

---

## **М.С. Азарян, А.Р. Азарян\*, А.С. Аракельян\* ИСТОРИЯ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

15 сентября 2012 года исполняется 90 лет со дня образования Государственной санитарно-эпидемиологической службы России. В рамках этой службы в городе Астрахани в 1955 году была создана вирусологическая лаборатория.

Для обеспечения поставленных задач лаборатория оснащена современным высокотехнологичным оборудованием, высококвалифицированными кадрами, использующими в своей работе современные методы исследования: люминесцентную микроскопию, серологические и иммунологические исследования. «Золотым» стандартом является изоляция живых вирусов на клеточных культурах, которые используются для создания вакцин и диагностических препаратов.

С 1970 года лаборатория является опорной базой Федерального центра по гриппу и ОРВИ. В постоянном режиме ведется мониторинг за циркуляцией гриппа и других респираторных вирусов, в том числе парагриппа, адено-, РС-вирусов. Еженедельно результаты исследований подаются в ФЦ по гриппу и Федеральную службу Роспотребнадзора. Ежегодно проводится этиологическая расшифровка циркулирующих на территории Астраханской области вирусов гриппа. С 2001 года по настоящее время выделено более 350 вирусов гриппа, в том числе А (H1N1), А(H3N2), А(H1N1) pdm09, В. Все выделенные штаммы направляются для дальнейшего изучения в Референс-центр — ФГБУ НИИ гриппа (г. Санкт-Петербург). Ежегодно наиболее интересные изоляты депонируются в рабочую коллекцию вирусов НИИ гриппа, а отдельные астраханские штаммы направляются в международные референс-центры ВОЗ (Англия, США, Япония) в качестве Рос-

сийских образцов. Вирус А(Н3N2), изолированный астраханскими вирусологами в предэпидемический период сезона 2011-2012 гг., стал первым Российским изолятом гриппа в этот сезон. По результатам работы сотрудники лаборатории в 2006-2009 гг. стали участниками Международного проекта «Дальнейшее совершенствование эпиднадзора за гриппом в России. Вклад в глобальную систему подготовки к пандемии гриппа». Астраханская вирусологическая лаборатория входит в пятерку лучших учреждений России.

С 1997 года сотрудники вирусологической лаборатории совместно с лабораторией биологии и индикации арбовирусов НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского занимаются проблемой сезонно возникающих природно-очаговых инфекций на территории области. Апробированы и внедрены в практику иммуноферментные тест-системы по определению антител к арбовирусам. В результате этой работы на территории Астраханской области установлена циркуляция 10 арбовирусов: Конго-Крымской геморрагической лихорадки (ККГЛ), Западного Нила (ЗН), Инко, Тягиня, Синдбис, Батаи, Укуниими, Дхори, Бханджа, штамм 64 и доказана их роль в инфекционной патологии человека.

В 1999 году астраханские вирусологи самостоятельно расшифровали вспышку заболеваний вызванных вирусом Западного Нила.

Сотрудники лаборатории участвуют в программах ВОЗ по ликвидации полиомиелита и кори на территории области. По результатам многолетнего труда в 2002 году Российская Федерация получила Сертификат региона свободного от дикого вируса полиомиелита. В 2003 году оперативная работа астраханских вирусологов впервые позволила выделить 2 вируса кори, циркулирующих в южных регионах Российской Федерации и депонировать их в Международный банк вирусов (СДС, Атланта, США) под номерами AY 920716 и AY 920717.

Много тайн, связанных с вирусами, разгадано учеными, но многие тайны им предстоит раскрыть. И работа вирусологов, где бы они не трудились, в крупных научных центрах или в региональных лабораториях, имеет огромное теоретическое и практическое значение.

**М.С. Азарян, А.С. Стулов, А.С. Аракельян\***  
**ВОЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ В РОССИИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Источником формирования отечественной военной эпидемиологии была как военная медицина с одной стороны, так и эпидемиология инфекционных болезней с другой.

В XIX веке военные медики стали стремиться к раздельному обслуживанию заразных больных и военнослужащих с другой патологией, шире использовать подвижные карантинные пункты. Следует отметить выдающуюся роль в разработке профилактического направления в военной медицине великих отечественных ученых – терапевта М.Я. Мудрова и хирурга Н.И. Пирогова. Именно Н.И. Пирогову принадлежит определение войны как «травматической эпидемии», сочетающейся с эпидемиями заразных болезней и голода. В русско-турецкую войну 1877-1878 гг. появились первые штатные санитарно-эпидемиологические учреждения. Бактериологические открытия способствовали дальнейшему совершенствованию противоэпидемического обеспечения войск и лечебно-эвакуационного обслуживания инфекционных больных. Так, в русско-японскую войну стала организационно оформляться система противоэпидемических барьеров на путях движения войск и железнодорожных эшелонов. Именно тогда возникли и первые штатные санитарно-эпидемиологические учреждения.

В I мировую войну были образованы изоляционно-пропускные и обсервационные пункты, штатные санитарно-эпидемиологические отряды в корпусах и дезинфекционные отряды в дивизиях. Начинает широко применяться вакцинация, дезинфекция. В тяжелой эпидемической обстановке в период гражданской войны и иностранной интервенции военно-санитарная служба страны создается практически заново. В это время в здравоохранении и военной медицине получает развитие профилактическое направление. Под руководством, стоявшего в то время во главе Военно-санитарного управления Красной Армии З.П. Соловьева (заместителя народного комиссара здравоохранения республики) разрабатываются новые организационные формы противоэпидемического обеспечения войск. Созданная в эти годы организационно-штатная структура санитарно-эпидемиологических учреждений полков, дивизий и армий непрерывно совершенствуется. Улучшаются их материально-техническое оснащение и методы работы. В 1932 г. на снабжении в войсках появились отечественные образцы полевой обмывочно-дезинфекционной техники и автолабораторий. В 1935 г. в дивизии вводится медико-санитарный батальон с санитарным взводом в его составе, усиливаются штаты армейских и фронтовых санитарно-эпидемиологических отрядов.

В условиях мирного времени продолжает совершенствоваться система противоэпидемического обеспечения и биологической защиты ВС РФ. Параллельно этому развивается военная эпидемиология как отрасль медицины и эпидемиологии. Четкое разграничение функций организаторов и исполнителей санитарно-противоэпидемических мероприятий особенно важно для координации усилий медицинской службы, других служб, командования и личного состава, а также для взаимодействия с другими структурами (органы местной власти и здравоохранения, формирования МЧС, МЧС и др.) по достижению и сохранению эпидемиологического благополучия в войсках и среди населения. Оно закреплено в общевоинских уставах и других руко-

дящих документах МО РФ и ГВМУ МО, регламентирующих деятельность должностных лиц в интересах противоэпидемического обеспечения личного состава войск.

Реформирование Вооруженных Сил Российской Федерации медицинской службы в современных условиях ставит перед военными профилактиками новые сложные задачи, решение которых должно вывести военную эпидемиологию как науку, а также систему противоэпидемического обеспечения войск (флота) как важнейшую часть профилактического направления военной медицины на качественно новый уровень развития.

М.С. Азарян, А.Е. Горбань, И.А. Бондарева, Е.И. Корнева,  
А.С. Аракельян\*, В.М. Филиппова

### **БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОРУЖИЕ НА ПРИМЕРЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕРРОРИЗМА**

*Кафедра инфекционных болезней,*

*Астраханская государственная медицинская академия*

*Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Биологическое оружие является одним из видов оружия массового поражения, применение которого способно вызвать в короткие сроки на больших площадях массовые поражения людей, сельскохозяйственных животных и растений. Его поражающее действие основано в первую очередь на использовании болезнетворных свойств патогенных микроорганизмов и их токсинов. Биологическое оружие имеет особое значение, поскольку действует исключительно на живую материю.

Несмотря на международные конвенции о запрещении БО, военнополитическое руководство ряда государств по-прежнему рассматривает его в качестве перспективного средства массового поражения, способного в случае вооруженной борьбы решать оперативно-тактические и, особенно, стратегические задачи. Продолжаются исследования, связанные с совершенствованием принятых на вооружение боевых рецептур и созданием новых разновидностей патогенных микроорганизмов с повышенной поражающей способностью, устойчивых к факторам внешней среды, антибиотикам, другим лекарственным препаратам и средствам обеззараживания. Совершенствуются приемы и методы их скрытного распространения с целью массового заражения войск и населения. Кроме того, расширяются возможности для применения биологического оружия в биотерроризме.

Чем же так «привлекательно» биологическое оружие для использования его в террористических целях?

Во-первых, биологическое оружие обладает возможностями стратегического характера и сравнимо по эффекту с ядерным, тогда как химическое

оружие имеет более ограниченную сферу действия и в целом является тактическим.

Во-вторых, его создание и подготовка к скрытному применению относительно дешевы.

В-третьих, его доставка к месту диверсии и способ использования просты. БПА могут провозиться под видом простых лекарственных препаратов.

Наконец, в связи с наличием скрытого периода при диверсионном применении БПА из-за отсутствия мониторинга воды и атмосферы сложно установить время и «авторов» теракта, что позволяет скрыть сам факт диверсии.

Из всего разнообразия биологических агентов, существующих в природе, в качестве потенциальных биологических агентов при совершении террористических актов могут быть использованы только несколько десятков биологических видов.

Большое значение придается контагиозности заболеваний, наличию симптоматики, устрашающе воздействующей на окружающих.

Основной задачей, от правильного решения которой во многом зависит эффективность дальнейших лечебных и профилактических мероприятий, является своевременная диагностика первых случаев инфекции. Проведение экстренной профилактики начинается сразу же после установления факта применения бактериологического оружия или появления среди личного состава или мирного населения массовых инфекционных заболеваний неизвестной этиологии.

Все эти мероприятия должны быть направлены на предупреждение всех видов инфекционных заболеваний, которые могут угрожать состоянию биологической безопасности страны и граждан. Кроме того, в отношении тех или иных возбудителей могут быть выделены преобладающие направления превентивных мероприятий.

А.С. Аракельян\*, А.С. Стулов, Н.А. Заплетина,  
В.М. Филиппова, Ю.С. Павлий, Е.В. Мирекина\*,  
Е.А. Егорова\*

## **ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ ПАРАЗИТАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Дирофиляриоз человека регистрируется в Астраханской области с 1951 г. В настоящее время в регионе зарегистрировано 76 случаев дирофиляриоза человека, из них 29 случаев (38,2%) приходится на поражения органов зрения.

Первый случай глазного дирофиляриоза зарегистрирован в июне 1984 г. у девочки 13 лет, проживавшей в Икрянинском районе Астраханской области. Первый городской случай глазного дирофиляриоза также зарегистрирован в июне 1984 г. у 50-летней женщины. Всего за анализируемый период в г. Астрахани зарегистрировано 24 случая (82,9%) глазного дирофиляриоза. Единичные случаи глазного дирофиляриоза зарегистрированы в Приволжском районе – 2 сл. (6,9%), Наримановском и Икрянинском районах и г. Знаменске – по 1 сл. (3,4%).

Возраст больных колебался от 13 до 61 лет. Максимальное число случаев заболевания зарегистрировано у лиц в возрасте от 30 до 39 лет – 27,8% (8 чл.). По остальным возрастам гельминтоз регистрировался у лиц от 1 до 14 лет – 6,9% (2 чл.), от 15 до 19 лет – 3,4% (1 чл.), от 20 до 29 лет – 20,6% (6 чл.), от 40 до 49 лет – 17,1% (5 чл.) и старше 50 лет – у 24,2% (7 чл.). Гельминт локализовался в области век – 16 сл. (55,2%), в области орбиты – 13 сл. (44,8%). В половом соотношении: мужчины – 2 сл. (6,9%), женщины – 27 сл. (93,1%).

Как правило, в большинстве случаев (72,4%), больные за помощью обращались к врачам различных специальностей, где выставлялись неправильные диагнозы: атерома – 8 сл. (27,8%), новообразование и липома – по 3 сл. (по 10,3%), аллергический отек и инородное тело – по 2 сл. (6,9%), токсидермия, саркома, фиброматоз – по 1 сл. (3,4%). В 1 случае (3,4%) больной за помощью не обращался – паразит выделился самостоятельно. И только в 7 сл. (24,2%) специалистами был выставлен правильный диагноз «Дирофиляриоз».

Во всех случаях больные предъявляли жалобы на боль, жжение, гиперемию и отечность пораженного участка. Часть больных – 34,5% (10 чл.) отмечали чувство шевеления и подкожного переползания гельминта в пораженном участке. В 28 случаях (96,6%) гельминт был удален хирургическим путем в различных хирургических клиниках и поликлиниках г. Астрахани и Астраханской области и идентифицирован сотрудниками паразитологической службы г. Астрахани, как нематода *Dirofilaria repens* (самка).

Размеры извлеченных гельминтов колебались от 50 до 170 мм (93,1%), в т.ч. менее 100 мм – 37,9% (11 сл.) и более 100 мм – 55,2% (16 сл.). В 2-х случаях (6,9%) в паразитологическую службу доставлялись фрагменты гельминта, идентифицированные также как самка нематоды *Dirofilaria repens*.

Таким образом, увеличение числа социально неблагополучных факторов, низкое качество профилактических исследований, потепление климата способствуют повышению риска заражения и увеличению числа случаев местной передачи возбудителя дирофиляриоза. Актуальность темы заключается в том, что в больные или лица, имеющие отдельные специфические проявления дирофиляриоза, обращаются за медицинской помощью к самым разным специалистам: терапевтам, офтальмологам, стоматологам, отоларингологам, хирургам, дерматовенерологам.



А.С. Аракельян\*, К.Г. Гасанов, Р.К. Гасапова  
**ДИРОФИЛЯРИОЗ У СОБАК В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

В последнее время в Российской Федерации все чаще и чаще у животных регистрируется трансмиссивное заболевание «Дирофиляриоз», вызванное паразитированием у них нематоды *Dirofilaria spp.*

На территории Астраханской области и г. Астрахани расположено 8 служебных питомников Управления Федеральной службы исполнения наказаний РФ по Астраханской области (далее УФСИН), представленные 150 собаками.

С 2005 по 2009 гг. на наличие в крови служебных собак личинок дирофиляриоза, было обследовано 1870 животных. Дирофиляриоз верифицировался в 107 случаях, зараженность составила 5,7%. Клинический диагноз «Дирофиляриоз» устанавливался после лабораторного исследования крови.

Начиная с 2005 г. все служебные собаки УФСИН не реже 2 раз в год подвергались обследованию на присутствие в их крови личинок дирофилярий. В 2006 г. в связи с ухудшением эпидемиологической обстановки по дирофиляриозу, было рекомендовано проводить обследование всех животных ежеквартально (в 2005 г. зараженность собак составляла 6,8%, а в 2006 г. - 5,5%). До конца 2007 г. зараженность собак дирофиляриозом практически не изменялась и составляла 6,5%. В 2008 г. с целью определения момента заражения комарами служебных собак УФСИН было рекомендовано проводить обследование всех служебных собак ежемесячно. Обследовано 343 собаки, дирофиляриоз верифицировался в 11 случаях, зараженность составила 3,2%. По сравнению с 2005 г., зараженность снизилась в 2,1 раза. В 2009 г. в связи со снижением зараженности у собак, было рекомендовано вернуться к старой схеме обследования: ежеквартальное исследование крови обследуемых животных.

Возраст обследованных животных колебался от 1 года до 15 лет. Дирофиляриоз верифицировался в возрасте от 1 года до 11 лет. С наибольшей частотой он встречался у собак в возрасте 6,5%, 8,7%, 6,9%, 6,2%, 6,7% и 17,4% соответственно.

Дирофиляриоз встречается практически у всех пород собак. Наиболее часто он выявлялся у русских спаниелей – 25,0%, русской пегой гончей – 14,3%, среднеазиатских овчарок – 10,6%, кавказских овчарок – 8,6% и ротвейлеров – 8,0%.

В последние годы на территории Астраханской области наблюдается увеличение численности комаров. По-прежнему главная причина выплода комаров – большое наличие заболоченных мест. Также было исследовано 334 комара (из них 90 комаров рода *Aedes*, 157 рода *Culex* и 87 рода *Anoph-*

eles), зараженными оказалось 20 особей (5,9%), в т.ч. Aedes – 6,7%, Culex – 7,0% и Anopheles – 3,4%.

Таким образом, в связи с ежемесячным обследованием и проведением профилактических мероприятий среди служебных собак в 2008 г., нам удалось снизить зараженность диروفилариями в 2,1 раза по сравнению с предыдущими годами.

А.С. Аракельян\*  
**АКАДЕМИК А.Я. ЛЫСЕНКО – КОРИФЕЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ  
ПАЗАРИТОЛОГИИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

14 октября 2011 г. исполнилось 90 лет со дня рождения профессора Андрея Яковлевича Лысенко, всю жизнь посвятившего развитию теории и практики борьбы с паразитарными болезнями. Особое место в научной деятельности Андрея Яковлевича занимали многолетние исследования по эпидемиологии малярии, принесшие ему и его последователям признание не только на территории нашей страны, но и за её пределами. Одной из заслуг А.Я. Лысенко является вклад в расшифровку природы рецидивов трёхдневной малярии.

Родившись в крестьянской семье в ст. Марьянской Краснодарского края, Андрей Яковлевич на всю жизнь сохранил привитую ему в детстве любовь к труду и способность добиваться успеха в жизни своими силами.

В 1939 году он поступил на лечебный факультет 1-го Московского медицинского института, закончить который помешала начавшаяся Великая Отечественная война. В числе лучших студентов медиков он был эвакуирован в Таджикистан, где продолжил учёбу в Сталинабадском Медицинском Институте, который окончил с отличием в 1943 г. и был назначен начальником отдела по борьбе с малярией санэпидуправления Наркомздрава Таджикской ССР. На этой работе А.Я. Лысенко показал себя хорошим организатором и квалифицированным эпидемиологом. С учетом достигнутых успехов в борьбе с малярией в республике, в 1945 г. он был рекомендован руководством к поступлению в аспирантуру Института Малярии АМН СССР, которую закончил в 1948 г.

Особое место в научной деятельности Андрея Яковлевича занимали многолетние исследования по эпидемиологии малярии, принесшие ему и его последователям признание не только на территории нашей страны, но и за её пределами. Наибольшее значение имеют работы по типизации очагов малярии, по ландшафтно-маляриологическому районированию терри-

тории и разработке дифференцированных планов противоэпидемических и профилактических мероприятий. Одной из заслуг А.Я. Лысенко является вклад в расшифровку природы рецидивов трёхдневной малярии. Существование дремлющих форм (гипнозоитов), ответственных за длительную инкубацию и отдаленные рецидивы, было предсказано им ещё в 50-е годы 20 столетия и было экспериментально подтверждено позже зарубежными исследователями.

При его непосредственном участии и руководстве проводилась ликвидация малярии в Таджикистане и подавление эпидемии малярии в Азербайджане. Профессор А.Я. Лысенко являлся активным участником разработки и реализации государственного плана ликвидации малярии в республике Вьетнам. Он внес существенный вклад в изучение эпидемиологии зоонозного кожного лейшманиоза на территории среднеазиатских республик бывшего СССР. Под его руководством сотрудниками возглавляемого им отдела эпидемиологии трансмиссивных болезней ИМПитМ им. Е.И. Марциновского была установлена роль краснохвостатой песчанки в эпизоотическом процессе в природном очаге зоонозного кожного лейшманиоза и изучены штаммы возбудителя этого вида гризунов.

В течение 2 лет А.Я. Лысенко работал специалистом-маляриологом в штаб-квартире ВОЗ в Женеве. С 1969 г. А.Я. Лысенко совмещал работу в ИМПитМ с должностью заведующего кафедрой медицины паразитологии и тропической медицины Центрально института усовершенствования врачей. С 1979 по 1990 гг. А.Я. Лысенко – являлся главным паразитологом Министерства здравоохранения СССР. В 1993 г. Был избран академиком РАЕН.

К сожалению, А.Я. Лысенко ушёл из жизни в марте 2004 года.

**А.С. Аракельян\***

## **ПАРАЗИТОЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ**

*Кафедра инфекционных болезней,*

*Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Проанализировано 175 эпидемиологических карт беременных, инвазированных гельминтозами. В наших наблюдениях чаще диагностировались поражение кишечника аскаридами - 75 сл. (42%), власоглавом – 45 сл. (26%), острицами - 30 сл. (18%) и широким лентецом – 25 сл. (14%).

Изучение клинического течения гельминтозов у беременных выявило ряд общих признаков, характерных для инвазии гельминтами, независимо от их вида. Часто возникал симптомокомплекс, сходный с ранним токсикозом беременных. У 63% больных наблюдалась тошнота; в единичных случаях (10%) - рвота и боли в эпигастральной области, не зависящие от прие-

ма пищи; у 25% - слюнотечение; у некоторых больных - обморочные состояния, боли в области сердца (2%). Во всех случаях диагноз был установлен случайно на профилактических осмотрах. Принято считать, что у женщин, страдающих гельминтозом, нередко возникают угроза прерывания беременности, преждевременные роды, самопроизвольный аборт в ранние сроки беременности. У некоторых больных наблюдается привычное невынашивание беременности без ясных причин. В наших наблюдениях подобных случаев не наблюдалось. Кроме того инвазия у матери, приводящая к стойкой анемии, вызывает кислородное голодание плода. Это способствует глубокой недоношенности, гипотрофии плода, незрелости его органов и тканей, некротическим изменениям в плаценте. На ранних стадиях метаболиты гельминтов вызывают некроз децидуальной ткани. Отмечена повышенная частота мертворождаемости и преждевременных родов, причинами могут быть не только изменения в плаценте, но и возбуждающее действие на гладкую мускулатуру матки специфических продуктов жизнедеятельности гельминтов. В наших наблюдениях негативного влияния на плод не наблюдалось.

Клинически аскаридоз человека в Астраханской области проявлялась слюнотечением, ухудшением аппетита, тошнотой, рвотой, схваткообразными болями вокруг пупка, слабостью, снижением артериального давления, головокружением, головной болью, утомляемостью, бессонницей. Многие симптомы принимались за таковые при раннем токсикозе беременных. Диагноз основывался на обнаружении яиц аскарид в фекалиях. Лечение производили пиперазина адипинатом. Назначали после еды 2 раза в день с интервалами между приемами 2-3 ч в течение 2 дней. Клизму назначают только при запорах.

Трихоцефалез у беременных протекал бессимптомно, иногда отмечалось слюнотечение, нарушение аппетита, боли в правой половине живота и эпигастрии, тошнота, рвота – это то, что мы наблюдали, но также возможны при трихоцефалезе головные боли, головокружения, беспокойный сон, гипохромная анемия, лейкоцитоз, запор или понос. При поносе в кале могут быть слизь или кровь-этого мы не наблюдали. Яйца в кале нередко удается обнаружить лишь при повторных анализах. Для лечения беременных применяли нафтамон, назначают в половинной дозе.

Основным клиническим симптом энтеробиоза являлся - зуд кожи в области ануса по ночам. Но также часто наблюдалось тошнота, потеря аппетита, сухость во рту, схваткообразные боли в животе, понос со слизью, бессонница, раздражение кожи вокруг ануса (дерматит). Яйца остриц следует искать не в кале, а в соскобе со слизистой оболочки и области анального отверстия. Дегельминтизацию проводили пиперазина адипинатом, одновременно всех членов семьи, в суточной дозе 2-3 г циклами по 1-3-5 дней с интервалами в 7 дней. Можно применять нафтамон. Вечером делали очистительную клизму со слабым раствором натрия гидрокарбоната.

Клинически дифиллоботриоз проявлялся слабостью, головокружением, болями в животе, гиперхромной анемией. Диагноз устанавливался при об-

240

наружении яиц лентеца в фекалиях. Дегельминтизацию проводили фенасалом, празиквантелом.

А.С. Аракельян\*, О.Г. Кимириллова\*, Р.К. Гасанова,  
К.Г. Гасанов\*

## **СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЛЯМБЛИОЗУ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,*

*Астраханская государственная медицинская академия*

*Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Актуальность лямблиоза у детей обусловлена тем, что клинические проявления заболевания часто маскируются различными вариантами гастроэнтерологической патологии и аллергическими заболеваниями. В этом случае отсутствие постановки правильного диагноза не позволяет своевременно начать проводить адекватную терапию.

Нами был проанализированы эпидкарты лиц, инвазированных лямблиями, а также проведен анализ клинико-лабораторных и статистических данных у больных лямблиозом в возрасте до 17 лет, обращавшихся за медицинской помощью с января по декабрь 2010 г.

Лямблиоз - это антропонозная паразитарная инвазия, вызываемая лямблиями, протекающая как бессимптомно в виде паразитоносительства, так и в виде манифестных форм с явлениями энтерита, холепатии и астении, часто принимающая хроническое рецидивирующее течение.

Основным источником лямблиоза является человек, выделяющий цисты лямблий. Лямблии также паразитируют в организме кошек, собак, бобров, не исключается возможность заражение от мышевидных грызунов.

Наиболее значимыми в качестве источника инфекции являются дети в возрасте от 8 до 14 лет, что обусловлено активным их участием в домашней работе, уходе за младшими детьми и др.

Так, за анализируемый период на территории Астраханской области зарегистрировано 564 случая лямблиоза у детей, заболеваемость составила 56,33 на 100 тыс. населения.

Заболевание регистрировалось как в городской (49,1%), так и в сельской (50,9%) местностях Астраханской области. Эпидемиологически неблагополучными районами Астраханской области являлись: г. Знаменск – 47,7%, Наримановский – 18,1%, Ахтубинский – 13,5% и Володарский районы – 11,1%. В Камызякском, Красноярском, Приволжском, Харабалинском и Черноярском районах регистрировались единичные случаи заболевания – 3,1%, 1,04%, 2,4%, 2,4% и 0,3% соответственно. В остальных районах Астраханской области лямблиоз не регистрировался.

По возрастам заболеваемость распределялась следующим образом: дети до 1 года – 2,3%, дети 1 – 2 лет – 6,9%, дети от 3 до 6 лет – 20,03%, дети старше 6 лет – 70,7%.

Клинически лямблиоз проявлялся следующими симптомами и жалобами: стойкая обложенность языка – 48%; вздутие живота, метеоризм и урчание в кишечнике по 4%; болезненность живота при пальпации в правом подребье и выше пупка – 34%; увеличение печени – 6%;

Диагноз во всех случаях был установлен на основании анамнеза и обнаружения цист лямблий в кале.

Таким образом, подводя итог, можно сказать, что лямблиоз - актуальная проблема здравоохранения, о которой мы имеем далеко не полную информацию. Актуальность лямблиоза у детей во много обусловлена тем, что его клинические проявления часто маскируют различными вариантами патологии ЖКТ, нервной системы, аллергических заболеваний. Анализ анамнестических данных свидетельствует о том, что при наличии лямблиозной инвазии выше частота случаев пневмонии, бронхита, отита, ангины, стоматита и детских инфекций. Изучение особенностей клиники, эпидемиологии и профилактики лямблиоза, а также совершенствование идентификационных и количественных методов его диагностики - задача для научного поиска и наблюдений практических врачей.

Восстановление состояния здоровья детей, страдающих, лямблиозом требует диспансерного наблюдения и проведения реабилитационных мероприятий.

А.С. Аракельян\*, Е.А. Егорова\*, Е.В. Мирекина\*,  
А.Ю. Кузина

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПАЗАРИТАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

В Астраханской области за 2001 – 2010 гг. зарегистрировано 5569 случаев лямблиоза (11,1% от общего числа паразитарных болезней), из них 4183 случая (75%) приходится на долю детей до 17 лет.

Были проанализированы эпидемиологические карты детей, инвазированных лямблиями. Так, диагноз лямблиозного холецистита и холангиохолецистита у 87 детей в возрасте от 3-х до 14 лет подтвержден: обнаружением цист лямблий в кале (98,8%); определением антител в сыворотке крови методом ИФА (90,8%).

Наиболее постоянным симптомом лямблиоза являлись: стойкая обложенность языка – 48%; вздутие живота, метеоризм и урчание в кишечнике по 4%; болезненность живота при пальпации в правом подреберье и выше пупка – 34%; увеличение печени – 6%;

Диагноз во всех случаях был установлен на основании анамнеза и обнаружения цист лямблий в кале.

Описторхоз - гельминтоз, поражающий преимущественно гепатобилиарную систему и поджелудочную железу, отличающийся длительным течением, протекающий с частыми обострениями, способствующий возникновению первичного рака печени и поджелудочной железы.

В Астраханской области за последние 10 лет зарегистрировано 69 случаев описторхоза, из них 17 человек (24%) приходится на долю детей до 17 лет.

Так, при обследовании 17 детей в возрасте от 2 до 15 лет, была установлена длительность инкубационного периода от 2 до 4 недель: 2 недели (37%), 3 недели (34%) и 4 недели (29%). Все обследованные являлись членами семей, чьи родители имели непосредственный контакт с производством рыбы.

На момент обращения у детей имелись следующие жалобы: боль в эпигастриальной области и правом подреберье – 14%, снижение аппетита – 27%, тошнота – 34%, головная боль – 13%; горечь во рту (жалобы детей старше 10 лет) – 10%; болезненность в точках желчного пузыря – 2%;

Диагноз был установлен на основании эпиданамнеза и серологического исследования крови методом ИФА (100%).

При лечении всем детям назначался азинокс (билтрицид, празиквантель) (40-75 мг/кг/с × 2-3 р/д через час после еды, курс - 1 день).

Через 3 – 5 месяцев – делали контроль в виде трёхкратного исследования кала и серологического исследования.

Эхинококкоз – хроническое заболевание, характеризующееся развитием в печени, реже легких и других органах солитарных или множественных кистозных образований [2].

За анализируемый период зарегистрировано 63 случая эхинококкоза, из них 41 случай (16%) приходится на долю детей до 17 лет.

При обследовании 10 детей в возрасте от 8 до 15 лет в 100% на момент обращения и госпитализации имелись симптомы: желтуха кожи и склер, зуд кожи, снижение аппетита, вялость, слабость – по 6%, увеличение печени – 70%.

Диагноз был установлен на основании эпиданамнеза, осмотра, УЗИ печени и обнаружение антител методом ИФА.

При лечении назначался немозол (10- 15 мг/кг/сутки × 2 р/д через час после завтрака и ужина, 3- 5 курсов по 28-30 дней с интервалами в 2 недели);

Через 6 месяцев после лечения проводился контроль эффективности лечения – определение уровня билирубина и трансаминазы сыворотки крови, а также уровень антител в крови.



А.С. Аракельян\*

**ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ВРЕМЕННЫЕ  
ИНТЕРВАЛЫ В ДИАГНОСТИКЕ ДИРОФИЛЯРИОЗА У  
СЛУЖЕБНЫХ СОБАК УФСИН**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Обследовано 1160 собак, кровепаразиты обнаруживались в 186 случаях, экстенсивность инвазии составила 16,03%.

При отборе крови объемом 0,1 мл препарат получался некачественным: бледным, с малым количеством форменных элементов крови. Данный факт позволил нам провести исследование по использованию различного количества крови для получения оптимально качественного препарата. Использование для приготовления мазка 0,5 мл крови существенного отличия от применяемого количества 0,1 мл не выявило. Увеличение объема крови до 1 мл в данном тонкий мазок получался наиболее качественным, что позволяло свободно обнаруживать в нем различное количество кровепаразитов в 100% случаев. При отборе проб крови объемом 2 мл в  $88,9 \pm 2,1\%$  случаев удавалось обнаружить личинки. Однако препарат «тонкий мазок» получался толстым, и не всегда удавалось определить в нем кровепаразитов. Было установлено, что оптимальным количеством крови, необходимой для получения качественного «тонкого мазка» является 1мл.

Были взяты пробы крови у собак с интервалом в 6 месяцев, 5, 4, 3, 2, 1 месяц и 14 дней после первого забора крови. Установлено, что у большинства обследуемых животных ( $94 \pm 1,7\%$ ) возбудитель выявлялся уже через месяц после первого (отрицательного) анализа.

Таким образом, установление интервала для повторного анализа крови через 30 дней после первого отрицательного результата позволит оптимизировать диагностику заболевания и возможно раньше начать лечение.

Кроме техники отбора проб крови и количества необходимого объема крови для приготовления качественного препарата («тонкий мазок») мы также определяли кратность забора крови у животных и определяли временные интервалы между забором проб крови при обследовании животных на кровепаразиты.

Рассматривая вопрос о ежемесячном обследовании животных за июль – октябрь 2012 г., у нас были получены следующие результаты: обследовано 1160 собак, кровепаразиты обнаруживались в 186 случаях, процент инвазии составил  $16,03 \pm 2,6\%$ . Причем обследовать животных мы начали именно с октября 2011 г. По плану выполнения НИОКР, в июле 2011 г. у нас наблюдалось 150 собак, инвазированных кровепаразитами. Общее число всех собак составляло 960. В августе – сентябре перед нами стояла другая за-

дача, и мы не занимались обследованием животных, в связи с чем, отбор проб крови у животных не проходил. Но начиная с октября 2011 г., когда одной из наших задач стала – временной интервал по забору проб крови, мы провели ежемесячное обследование всех находящихся под нашим наблюдением животных.

При отборе проб крови 2 раза в год (обследование животных) с учетом жизненного цикла возбудителей, мы можем предположить, что такое обследование будет эффективным при условии, что все обследуемые животные (а в дальнейшем не только обследуемые животные) будут находиться в условиях, где нет лета комаров и нет риска заражения собак кровососущими насекомыми. В условиях городской квартиры или служебных питомников, такое обследование будет неэффективным, т.к. нам не представляется возможным полностью исключить контакт животного с кровососущими насекомыми. Если же проводить обследование либо отбор проб крови у животных 1 раз в год, то опираясь на предыдущее обсуждение, этот метод будет крайне нежелателен для животных, т.к. мы не сумеем, не только предотвратить риск заражения их кровепаразитами, но и даже, если нам это удастся сделать, у нас не будет гарантии того, что животное уже инвазировано, и у него в кровеносном русле идет цикл развития возбудителя.

А.С. Аракельян\*, Б.Ю. Кузьмичев,  
И.А. Бондарева, К.Г. Гасанов\*,  
Р.К. Гасанова

**АНТИПАРАЗИТАРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА  
ДИРОФИЛЯРИОЗА У СЛУЖЕБНЫХ СОБАК В  
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

На территории Астраханской области и г. Астрахани расположено 8 служебных питомников Управления Федеральной службы исполнения наказаний РФ по Астраханской области, представленные 150 собаками и 1 питомник Управления Внутренних дел РФ по Астраханской области, представленный 25 собаками.

Начиная, с 2005 года ежеквартально обследовали всех животных на присутствие в их крови личинок диروفиларий. Так, за анализируемый период с 2005 по декабрь 2009 гг. было обследовано 1371 животное. Дирофиляриоз верифицировался в 31 случае, экстенсивность инвазии составила 5,8%.

В 5,8% случаев в крови были обнаружены личинки дирофилярий, идентифицированные как *Dirofilaria immitis*. В мазках крови находили единичных личинок дирофилярий. В нескольких случаях в мазках обнаруживали от 20 до 32 личинок в поле зрения. В данных случаях, можно только предполагать, что лечение будет малоэффективно и возможен летальный исход, что в скором и происходило).

В 2006 г. в связи с ухудшением эпидемиологической обстановки по дирофиляриозу, было рекомендовано проводить обследование всех животных ежеквартально (в 2005 г. зараженность собак составляла 4,7%, а в 2006 г. - 5,3%). До конца 2007 г. зараженность собак дирофиляриозом продолжала увеличиваться и составила 6,4%, что в 1,4 раза превысила зараженность по сравнению с 2005 г. и в 1,2 раза – по сравнению с 2006 г. В 2008 г. с целью определения момента заражения комарами служебных собак УФСИН было рекомендовано проводить обследование всех служебных собак ежемесячно. Обследовано 345 собак, дирофиляриоз верифицировался в 12 случаях, зараженность составила 3,5%. По сравнению с 2005 г., зараженность снизилась в 1,3 раза.

С целью профилактики заболевания вместо препарата «Ивермектин» использовался отечественный препарат «Диронет». Так, в 2008 г. в целях профилактики при использовании диронета удалось снизить зараженность собак в 1,8 раза по сравнению с 2007 г.

Но, несмотря на применение препарата «Диронет», в 2009 г. зараженность служебных собак увеличилась по сравнению с 2008 г. в 2,3 раза и составила 7,9 %. Это связано с тем, что все инвазированные дирофиляриями животные оказались первично обследованными, т.к. были приобретены у частных владельцев и до этого момента не обследовавшихся на дирофилярии (зараженность домашних собак (собственные исследования) в 2009 г. составила 20,8%).

В отношении этих животных была использована микрофилярицидная терапия с использованием препарата «Ивермектин», а всем собакам, находящимся в контакте (животные того же учреждения) с профилактической целью был введен препарат «Диронет». Тем самым, нам удалось предотвратить заражение других «здоровых» собак, находящихся в контакте с «больными» животными.

В 2010 г. было обследовано 414 служебных собак, из них зараженными дирофиляриями – 11, экстенсивность инвазии составила 2,6%, что в 3,0 раза меньше по сравнению с 2009 г.

Несмотря на то, что зараженность собак продолжала снижаться, все наблюдаемые животные в целях профилактики дирофиляриоза продолжали получать с профилактической целью препарат «Диронет», благодаря которому, зараженность собак к 2011 г. снизилась до минимальных цифр и после проведенного обследования в 2011 г. составила 0%.

А.С. Аракельян\*

**ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ИНВАЗИИ У ЖИВОТНЫХ,  
ИНВАЗИРОВАННЫХ *DIROFILARIA REPENS* В  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННЫХ ИНТЕРВАЛОВ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Обследовано 1442 собаки, кровепаразиты обнаруживались в 240 случаях, экстенсивность инвазии составила  $16,6 \pm 1,0\%$  (среднее количество обнаруженных микрофилярий составило  $27,6 \pm 0,7$  экз.).

При обследовании служебных собак УФСИН с интервалом 1 раз в 6 месяцев, в их крови в  $18,6 \pm 1,98\%$  случаев обнаруживали личинок кровепаразитов (микрофилярий), среднее количество обнаруженных в препарате личинок составляло  $29,39 \pm 0,18$  экз. При отборе проб крови у собак с периодичностью обследования 1 раз в квартал, в  $15,6 \pm 2,6\%$  случаев в крови находили личинок диروفиларий, а среднее количество обнаруженных в препарате личинок составляло  $28,1 \pm 0,2$  экз. Но когда проводился отбор проб крови ежемесячно, то в  $18,9 \pm 4,0\%$  случаев в крови обнаруживали личинок диروفиларий, а среднее количество обнаруженных личинок в 1 препарате составляло  $33,0 \pm 0,7$  экз. В январе 2012 года были обследованы ранее не обследованные служебные собаки. Экстенсивность инвазии составила также  $18,9 \pm 4,0\%$ , среднее количество обнаруженных личинок в 1 препарате составляло  $33,0 \pm 0,7$  экз.

Так, при ежемесячном обследовании служебных собак на кровепаразиты, обеспечивающим раннее выявление инвазии, эффективность лечения в 2,4 раза выше, чем при обследовании 1 раз в 6 месяцев и в 2,04 раза выше, чем при ежеквартальном обследовании.

Исходя из вышеописанного, предлагаем ввести лабораторный критерий оценки степени инвазии у животных при кровепаразитозах, который можно будет рассчитать по формуле:

$$X = \frac{N}{n/\text{зр.}},$$

где **X** – среднее число паразитов у одного животного, после проведенного лечения;

**N** – визуально подсчитанное количество кровепаразитов в 1 препарате крови после проведенного лечения;

**n/зр.** – число просмотренных полей зрения в 1 препарате (определенное нами оптимальное число просматриваемых полей зрения составляет не менее 100).

Так, показатель «X», рассчитанный при ежеквартальном обследовании согласно приведенной выше формуле, равнялся 0,147, при обследовании 1 раз в 6 месяцев – 0,176, а при ежемесячном обследовании – 0,001.

Согласно значениям лабораторного критерия оценки степени инвазии у животных при кровепаразитах определены четыре степени интенсивности инвазии:

- Легкая степень интенсивности инвазии – среднее число паразитов, обнаруженных в 1 поле зрения, после проведенного лечения составляет  $\leq 0,001$ .

- Средняя степень интенсивности инвазии – среднее число паразитов, обнаруженных в 1 поле зрения, после проведенного лечения составляет от 0,001 до 0,01.

- Тяжелая степень интенсивности инвазии – среднее число паразитов, обнаруженных в 1 поле зрения, после проведенного лечения составляет от 0,01 до 0,1.

- Крайне тяжелая степень интенсивности инвазии – среднее число паразитов, обнаруженных в 1 поле зрения, после проведенного лечения – выше 0,1.

Разработанные степени тяжести лабораторного критерия оценки степени инвазии у животных при кровепаразитах будут использованы при дальнейших исследованиях для прогнозирования эффективности лечения у животных, инвазированных кровепаразитами.

А.С. Аракельян\*

## **ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ИНВАЗИИ У ЖИВОТНЫХ, ИНВАЗИРОВАННЫХ *DIROFILARIA REPENS* В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРАТНОСТИ ЗАБОРА КРОВИ**

*Кафедра инфекционных болезней,*

*Астраханская государственная медицинская академия*

*Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Обследовано 1442 собаки, кровепаразиты обнаруживались в 240 случаях, экстенсивность инвазии составила  $16,6 \pm 1,0\%$  (среднее количество обнаруженных микрофилярий составило  $27,6 \pm 0,7$  экз.).

Задача, которая стояла перед нами – было разработать лабораторный критерий в зависимости от кратности забора крови. С этой целью проводились исследования.

В результате проделанной нами работы, было обнаружено, что при отборе проб крови 1 раз в месяц, 2 раза в день, 3 раза в день, несколько раз в день и 2 раза в месяц, в  $18,9 \pm 4,0\%$  случаев в крови обследованных животных были найдены личинки кровепаразитозов.

Таким образом, кратность забора крови на кровепаразиты не влияет на качество приготовленного препарата «тонкий мазок» и не говорит об эффективности лечения, предлагаем рассчитывать лабораторный критерий кратности забора крови по формуле:

$$X = \frac{N}{n/\text{зр.}} m t$$

где X – среднее число паразитов у одного животного, после проведенного лечения.

N – визуально подсчитанное количество кровепаразитов в 1 препарате крови после проведенного лечения,

n/зр. – число просмотренных полей зрения в 1 препарате (определенное нами оптимальное число просматриваемых полей зрения составляет не менее 100).

m – количество месяцев, прошедших после первого обнаружения кровепаразитов у обследуемого животного,

t – кратность забора крови.

#### **Выводы.**

1. Выведена формула расчета лабораторного критерия степени инвазии кровепаразитов в исследуемом материале с информативным числом полей зрения, просматриваемых при микроскопическом исследовании в зависимости от временных интервалов и кратности забора крови.

2. Определены информативные для прогнозирования течения и эффективности лечения кровепаразитозов степени интенсивности инвазии: легкая, средняя, тяжелая и крайне тяжелая.

3. Показана целесообразность начала лечения на ранних стадиях заболевания, при отсутствии клинической симптоматики на основе ежемесячного обследования собак, что обеспечивает наибольшую эффективность лечения животных.

А.С. Аракельян\*

### **ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОКОЛОСУТОЧНЫЕ УСЛОВИЯ ЗАБОРА КРОВИ У СОБАК, ИНВАЗИРОВАННЫХ *DIROFILARIA REPENS***

*Кафедра инфекционных болезней,*

*Астраханская государственная медицинская академия*

*Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Данные по суточной периодичности микрофилярий в крови собак весьма противоречивы. В настоящее время существуют 2 гипотезы объяснения этому феномену: цикличность воспроизводительной способности самок филярий и миграция личинок из кровеносной системы хозяина в органы и ткани. Периодичность микрофилярий может зависеть также и от природно-климатических условий. В результате исследований Д.Р.Архипова, И.А.Архипов получена существенная разница в количестве

обнаруженных микрофилярий *Dirofilaria immitis* и *Dirofilaria repens* в разное время суток. Максимальное количество микрофилярий в крови собак, инвазированных *D. immitis*, обнаруживали в вечернее время, а именно в период с 19 до 21 часа. Утром количество микрофилярий *D. immitis* в крови собак значительно снижалось и составляло около 10% от их количества в вечернее время. Среднее количество микрофилярий *D. immitis* в 20 мм<sup>3</sup> периферической крови собак составляло утром 19,2±2,0, днем 38,4±4,5, вечером 227,0±14,2 и ночью 108,6±11,4 экз.

Исследования проводились на служебных собаках УФСИН. Было обследовано 187 собак. Личинки кровепаразитов были диагностированы в 36 случаях (все собаки были инвазированы как *D. repens*, так и *D. immitis*).

Начиная с 18.00 вечера до 06.00 часов утра следующего дня отмечалось увеличение числа положительных находок. Так, в вечернее время с 18.00 до 21.00 дирофиляриоз, вызванный *D. repens* регистрировался у 34 собак (94,9±3,9%), в крови обнаруживали личинки до 14,7±0,39 экз. в 1 п/зр. В отношении дирофиляриоза, вызванного *D. immitis* пик обнаружения возбудителя приходился именно на это время – 36 собак (100%) – в 1 п/зр. обнаруживалось до 38,36±0,51 экз. личинок кровепаразита.

В ночное время с 21.00 до 03.00 часов отмечалось увеличение числа положительных находок у собак, вызванных нематодой *D. repens* и составило - 35 собак (97,2±2,8%), до 28,14±0,23 личинок в 1 п/зр. в период с 21.00 до 00.00 часов и 36 собак (100%), до 27,59±0,73 личинок в 1 п/зр. в период с 00.00 до 03.00 часов. В отношении дирофиляриоза, вызванного нематодами *D. immitis* в период 21.00 – 03.00 часов происходило уменьшение числа положительных находок и составило: с 21.00 до 00.00 часов – 34 собаки (94,4±5,9%) – 27,59±0,73 экз. личинок в 1 п/зр. и 33 собаки (91,7±4,3%) – 24,52±0,33 экз. личинок в 1 п/зр. в период с 00.00 до 03.00 часов. В период с 03.00 часов до 06.00 часов обнаружение числа личинок дирофиляриоза продолжало нарастать в случаях с подкожным дирофиляриозом (*D. repens*) и составило 36 собак (100%), в крови обнаруживали максимальное количество личинок – до 28,75±0,23 экз. в 1 п/зр. В отношении легочного дирофиляриоза (*D. immitis*) обнаружение числа положительных случаев продолжало снижаться и составило: 32 собаки (88,9±5,3%), до 21,75±0,37 экз. личинок в 1 п/зр.

Определив время наибольшей и наименьшей концентрации кровепаразитов в периферической крови наблюдаемых нами животных, мы постарались определить конкретные часы минимума и максимума нахождения личинок паразита в крови животных.

Так, минимальная концентрация личинок дирофилярий в крови собак отмечалась в послеобеденное время с 15.00 до 18.00.

В тоже самое время в описываемый нами период, максимальное число «положительных» случаев *D. immitis* (36 собак, экстенсивность инвазии составила 100%), нам удавалось определить только в 21.00 час, когда при микроскопировании тонкого мазка в 1 п/зр. нам удавалось определить до 38,36±0,51 экз. личинок дирофилярий.



А.С. Аракельян\*, В.М. Филиппова,  
Б.Ю. Кузьмичев, Е.А. Галкина,  
А.Р. Агаурова

**САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА  
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Особое географическое положение (граница Европы и Азии), историческая роль Астрахани (пересечение торговых путей и др.) явились причинами, по которым опасные инфекционные заболевания не раз посещали ее. Кроме чумы, не редкостью была холера. За 84 года (1823 – 1907 гг.) она посетила Астраханский край 20 раз. Ни одна из эпидемий азиатской холеры в России не миновала Астрахани.

Впервые санитарный надзор в Астрахани был введен в 1884 году и осуществлялся четыремья санитарными врачами. В начале XX столетия в Астрахани было всего 6 участковых санитарных врачей по числу полицейских участков в городе, однако к 1910 году их осталось только 4.

В 1917 году в состав Астраханской санитарной организации входили еще два санитарных врача при управлении Волго-Каспийских рыбных и тюленых промыслов и 1 санитарный врач Астраханского участка путей сообщения.

Май 1922 года! Четвертый Всероссийский съезд бактериологов и эпидемиологов подчеркнул, что деятельность санитарных органов выдвигается на первое место и приобретает еще большее значение в деле оздоровления страны. Съезд признал необходимость содержать все санитарные учреждения и институты за счет государственного бюджета.

Всего через 3 месяца после съезда – 15 сентября 1922 года – 90 лет назад вышел Декрет Совнаркома «О санитарных органах республики», который впервые поставил вопрос о санитарных органах на государственную высоту.

Великая Отечественная война 1941-1945 годов явилась труднейшим испытанием, наиболее тяжелым периодом в истории нашей страны. За освобождение Родины с фашистской Германией сражался 71 сотрудник санитарной службы Астраханской области. Линия оборонительного рубежа протяженностью 70 км проходила от села Янго-Аскер до села Джакуевка. Строительные работы велись до февраля 1942 года, затем возобновились в июле того же года. Семьдесят два человека различных возрастов трудились в тылу.

К 1954 году в областной санэпидстанции было 3 отдела: санитарный, эпидемиологический и лабораторный. С 1954 года к областной санэпид-

станции присоединили бруцеллезную, туляремию и малярийную станции, на базе которых организовался отдел особо опасных инфекций, выделился дезинфекционный отдел. В 1955 году в г. Астрахани была создана вирусологическая лаборатория. В 1976 году создается Централизованная санитарно-гигиеническая лаборатория, которая на базе областной СЭС объединяет все лаборатории города. Так же были созданы две новые лаборатории – по исследованию атмосферного воздуха и лаборатория физических факторов.

9 марта 2004 г. Указом Президента Российской Федерации от № 314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти» была образована Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

В рамках проведенной административной реформы 2005 года в Астраханской области в сеть структурных подразделений Федеральной службы Роспотребнадзора вошли:

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Астраханской области и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области».

А.С. Аракельян\*, Е.А. Егорова\*, Е.В. Мирекина\*,  
Н.А. Заплетина, К.В. Четчина  
**СЛУЧАИ МНИМЫХ ПАЗАРИТОЗОВ В АСТРАХАНСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

В последнее время практически врачам нередко приходится сталкиваться с проблемами мнимых паразитозов. Как правило, возбудителями мнимых паразитозов являются гельминты; простейшие или членистоногие описываются пациентами значительно реже.

Больные с мнимыми паразитозами часто обращаются к клиницистам-паразитологам с рассказами о бесконечных посещениях «абсурдных», «невнимательных», «незаинтересованных» или «невежественных» врачей.

Случай 1. Женщина 75 лет. Обратилась в паразитологическую лабораторию с материалом – частичками слизи. Материал ежедневно выделяется у ее мужа из прямой кишки при каждом посещении им туалета. Со слов женщины, муж в течение нескольких лет болен онкологическим заболеванием «рак прямой кишки». В связи с этим муж неоднократно получал соответствующее лечение, которое не приносило облегчения. В последнее вре-

мя женщина пыталась самостоятельно лечить мужа народными средствами. По ее мнению, врачами был выставлен неправильный диагноз – свой диагноз она поставила на основании клинической картины и жалоб мужа: «Гельминтоз». Последние 6 месяцев лечит мужа клизмами из неразведенного медного купороса. В результате таких вливаний, муж по ее словам очень сильно кричит. Женщина объясняет это тем, что из его организма выходят паразиты, а доставленный материал есть не что иное, как сами паразиты.

После идентификации и разъяснения специалистом, что доставленный материал никак не может быть паразитом, женщина заявила, что в лаборатории ей довелось общаться с некомпетентными специалистами, которые ничего не знают.

В большинстве случаев такие пациенты обращаются к своим участковым терапевтам, однако, описание мнимых паразитозов в литературе в 90% случаев приводят дерматологи, в остальных – психиатры, другие медработники, энтомологи, работники социального обеспечения.

Случай 2. В августе 2012 г. на кафедру инфекционных болезней за консультацией обратилась женщина 65 лет с жалобами на зуд и гиперемию в верхней трети левой голени, появление небольших темных полос в области правой ладони. Из анамнеза выяснено, что неделю назад в ягодичной области появилось небольшое покалывание. На следующий день в нижней трети левой голени появилось чувство переползания и шевеления. Через день подобные симптомы появились одновременно на правой голени и левом коленном суставе. Женщина лечилась самостоятельно компрессом на основе столового уксуса, после чего симптомы исчезали. Накануне вечером у больной вновь появились жалобы на зуд и чувство переползания в области верхней трети левой голени. После расчеса пораженного участка из небольшой раны, со слов больной выделился паразит черного цвета, извлеченный паразит был помещен в баночку со спиртом, где и растворился. На просьбу доставить материал для идентификации на кафедру, больная ответила категорическим отказом, т.к. паразиты видны только ей и при их выделении, они растворяются у нее в руках. В случаях их помещения в спиртовой раствор, только сама больная может их там наблюдать, а специалистам они будут не видны.

Большинство больных страдают классическими, «учебными» случаями мнимых паразитозов.

Поэтому, исходя из всего описанного, следует тщательно выслушать пациента, провести его обследование и постараться убедить в неправильности его суждения и представления о болезни.

А.С. Аракельян\*, И.А. Бондарева, А.С. Стулов,  
Н.А. Заплетина, В.М. Филиппова, М.В. Беловол, Ю.С. Павлий  
**ДИРОФИЛЯРИОЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Проблема дирофиляриоза, вызываемого нематодами *Dirofilaria repens* и *Dirofilaria immitis*, в нашей стране изучена недостаточно и остается сложной в эпидемиологическом плане и в плане ранней диагностики. Отсутствие клинических признаков заболевания у животных, различный инкубационный период заболевания у человека, плохое знание данной проблемы медицинскими работниками – все это способствует поздней и некачественной постановке диагноза «Дирофиляриоз». Выявление новых случаев дирофиляриоза требует обязательного и своевременного эпидемиологического расследования.

Дирофиляриоз человека регистрируется в Астраханской области с 1951 г.

В настоящее время в регионе зарегистрировано 76 случаев дирофиляриоза человека, из них 29 случаев (38,2%) приходится на поражения органов зрения.

Только за последние 10 лет с 2001 по 2011 гг. на территории Астраханской области выявлено 35 человек с дирофиляриозом, в т.ч. женщины – 77,1%, мужчины – 22,9%.

Гельминт локализовался: в области век – 10 сл. (28,6%), в области глаз и в области лба – по 6 сл. (17,1%), в области волосистой части головы – 4 сл. (11,4%), в области верхних конечностей – 3 сл. (8,7%). Единичные случаи локализации отмечались в области лица, груди и нижних конечностей – по 2 сл. (5,7%).

Во всех случаях больные предъявляли жалобы на боль, жжение, гиперемию и отечность пораженного участка. 44% больных отмечали миграцию гельминта под кожей.

Выставлялись неправильные диагнозы: «липома» - 13 сл. (37,1%), «атерома» - 6 сл. (17,1%), «инородное тело» и «новообразование» - по 2 сл. (5,7%). В единичных случаях (2,9%) выставлялись диагнозы: «аллергический отек», «фурункул», «дракункулез» и «варикозное расширение вен» и только в 8 сл. (22,8%) был выставлен правильный диагноз «дирофиляриоз».

Заболевание встречается у всех возрастных групп. Самым ранним возрастом является возраст 4 года. Самым старым – женщина 68 лет.

Среди заболевших дирофиляриозом городских жителей в 2 раза больше, чем жителей сельских районов. Так, по городу регистрируется пораженность в 64,0%. По Астраханской области, максимальная пораженность отмечается в Камызякском, Икрянинском, Красноярском и Приволжском районах – по 8,0% и 4,0% случаев в г. Знаменск.

Во всех случаях у людей извлекался один гельминт. В 84% случаев в паразитологическую лабораторию доставлялся живой гельминт, удаленный у человека. В 16% случаев полностью удалить гельминта не удавалось, и на контрольное исследование доставлялись фрагменты нематоды.

Размеры извлеченных гельминтов колебались от 40 до 150 мм. В 15 сл. (42,9%) размер колебался от 100 до 130 мм. Все паразиты были удалены хирургическим путем и идентифицированы специалистами, как самка нематоды *Dirofilaria repens*.

Таким образом, увеличение числа социально неблагополучных факторов, низкое качество профилактических исследований, потепление климата способствуют повышению риска заражения и увеличению числа случаев местной передачи возбудителя диروفилариоза.

М.В. Беловол  
**ЭНТЕРОКОЛИТЫ У ДОШКОЛЬНИКОВ ЛИМАНСКОГО  
РАЙОНА АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Энтероколиты – это группа заболеваний, характеризующаяся воспалением слизистой оболочки тонкого и толстого кишечника. По течению энтероколит бывает острым и хроническим. Они разнообразны по этиологии, однако в этой работе будут рассмотрены лишь энтероколиты, вызываемые *Shigella Flexnera*.

Для проведения исследования была взята группа детей дошкольного возраста ( 0-3 лет), проживающих в селах Оля и Лесное, Лиманского района. Данная территория взята в качестве исследования не случайно.

В Лиманском районе на втором месте после бактериальных, стоят энтероколиты вызываемые *Shigella Flexnera*. Поскольку большинство жителей данного района занимаются сельским хозяйством, то вероятность заболевания дизентерией (а соответственно энтеритом) водным путем возрастает в десятки тысяч раз. Ареал дизентерии охватывает территорию России от 41° 30' с.ш. до 58° 30' с.ш., где температуры июля составляют от 17,5°С на севере до 24°С и выше на юге, а число дней колеблется от 60 до 70 на севере до 110 – 120 (до 150) на юге. Юг России - благоприятная зона для распространения кишечных инфекций, а в том числе и энтеритов.

На долю Астраханской области приходится в 2008 году – 213 , 2009 г. - 185, 2010 г. - 266 случаев заболевания среди детского и взрослого населения (13,5% от числа случаев по РФ и 23% от числа случаев в ЮФО). Что от общего числа инфекционных заболеваний составляет: в 2008 году - 218 к 138, в 2009 г. - 302 к 750, в 2010 г. - 262 к 562 случаям заболеваемости.

Для детей раннего возраста характерны такие осложнения как кишечный токсикоз с экзикозом.

Острый энтероколит диагностируется достаточно просто на основании эпидемиологического анамнеза, яркой характерной симптоматики и данных копрограммы, бактериологического исследования кала. При необходимости возможно проведение ректоскопии. Рентгенологическое исследование выявляет изменение просвета кишечника, характер складчатой структуры, дефекты стенки.

При лабораторном исследовании в крови выявляют характерную для нарушения пищеварения картину: анемия, диспротеинемия, дислипидемия, нарушение ионного баланса, кал с повышенным содержанием слизи, лейкоцитов, возможная стеаторея, амилорея, креаторея. Однако, отсутствие точных лабораторных данных способствует поздней и некачественной постановке диагноза. Выставлялись неправильные диагнозы: непроходимость кишечника, В единичных случаях (2,9%) выставлялись диагнозы: внутрибрюшной абсцесс, спонтанная перфорация подвздошной кишки, аппендицит, некротический колит новорожденных с перфорацией. Во всех случаях при лабораторной диагностике был выявлен возбудитель- *Shigella Flexnera*. Неспецифическая профилактика острых энтероколитов заключается в следующих мероприятиях: соблюдение правил личной гигиены всегда и везде; употребление в пищу только тщательно вымытых овощей и фруктов; следование принципам рационального питания. Специфическая профилактика состоит в следующем: по эпидемическим показаниям можно применять дизентерийный бактериофаг с кислотоустойчивым покрытием по схеме: детям до 3 лет по 1 таблетке, старше 3х лет - по две таблетки на приём 2 раза в неделю.

Увеличение числа социально неблагополучных факторов, низкое качество профилактических исследований, потепление климата способствуют повышению риска заражения и увеличению числа случаев местной передачи возбудителя дизентерии Флекснера, соответственно развитие энтероколита.

А.С. Боброва, Е.А. Круглова  
**КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ У ВЗРОСЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ  
НОВОСИБИРСКА В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2012 Г.  
ПО ДАННЫМ ГИКБ № 1**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.И. Хохлова*

Новосибирская область представляет собой природный очаг клещевого КЭ с высоким уровнем заболеваемости. В последнее десятилетие доля

городского населения среди заболевшим КЭ неуклонно повышается, что определило интерес к изучению особенностей КЭ у жителей Новосибирска в эпидсезоне 2012 г.

Клинико-эпидемиологический анализ КЭ у взрослых жителей Новосибирска в 2012 г. проведен по данным Городской инфекционной клинической больницы №1 г. Новосибирска. Наиболее значимым фактором передачи является непосредственно укус клеща (48,8%). Укусы клещей наиболее часто регистрировались в Тогучинском, Новосибирском-сельском, Колыванском, Ордынском, Искитимском районах области и на территории города: парках, кладбищах, лесопосадках. 41,1% пациентов отрицали контакт с клещом, остальные отмечали напозвание клеща.

В 2012 г. с мая по октябрь в ГИКБ №1 с подозрением на КЭ было направлено 360 человек, из них госпитализировано - 343 человека. У 90 пациентов диагноз КЭ был подтвержден выявлением IgM к вирусу КЭ методом ИФА. Вакцинированных среди заболевших было 2 человека (2,2%), у них заболевание протекало в легкой лихорадочной форме. Среди заболевших преобладали мужчины (61%). По возрастным группам наблюдалось следующее распределение: до 40 лет – 32,1%; до 60 лет – 34,7%; старше 60 лет – 33,2%.

В структуре КЭ в 2012г. уменьшилась доля лихорадочной формы -35,5% (по сравнению с 41,5% в 2011г., 49% в 2010 г.) и увеличился удельный вес форм заболевания с поражением ЦНС - 64,4% (58,4% в 2011г., 50% в 2010г.) за счет увеличения доли менингеальной и очаговых форм.

В 2012 г. самой распространенной формой являлась менингеальная - 38,8%. Однако была высока частота очаговых форм – 25,5% (менингоэнцефалитической – 16,7%, менингоэнцефалополиомиелитической – 8,8%), которые превысили уровень прошлого года на 10%. Микст-инфекция КЭ с клещевым боррелиозом была диагностирована в 6,6% случаев. Двухволновое течение заболевания КЭ наблюдалось в 10,0% случаев, что несколько выше, чем в предыдущие годы (9,2% в 2011г., 7% в 2010г.).

В 2012 г. наблюдалась наиболее высокая за прошедшие 5 лет летальность при КЭ (7 человек - 7,7%), что объяснимо увеличением доли очаговых форм и поздней госпитализацией больных (после 3-го дня болезни – 73,3%). У 2 больных с летальным исходом имела место менингоэнцефалитическая форма болезни, у 5 пациентов - менингоэнцефалополиомиелитическая, сопровождавшиеся отеком головного мозга, тетраплегией, бульбарным синдромом, с нарушениями функции внешнего дыхания. После проведенного лечения у пациентов часто наблюдались остаточные явления: у 42,2% - астенический синдром, у 17,7% - церебрастенический синдром, с сохраняющимися парезами верхних конечностей выписано 2 человека (2,2%).

Таким образом, анализ течения КЭ у жителей Новосибирска в эпидсезоне 2012 г. выявил повышение частоты очаговых форм, что определило и увеличение летальности при данном заболевании до 7,7%. Тяжесть те-



чения КЭ и его неблагоприятные исходы у невакцинированных лиц подчеркивают актуальность проблемы совершенствования профилактики КЭ у жителей Новосибирска и важность своевременной госпитализации заболевших.

Е.Г. Бодренко, С.А.Бурдукова  
**ВСПЫШКА ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ  
СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ВЗРОСЛЫХ В  
НОВОСИБИРСКЕ**

*Кафедра инфекционных болезней педиатрического факультета  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Руководитель: к.м.н., ассистент В.В. Проворова*

**Актуальность.** В Новосибирской области ежегодно регистрируется от 13 до 16 тысяч заболеваний острыми кишечными инфекциями. Установлено, что пищевые токсикоинфекции (ПТИ) могут вызваться около 30 потенциально патогенных микроорганизмов, самая частая причина – *Staphylococcus aureus*.

**Цель исследования.** На примере массового отравления в одной из столовой Новосибирска изучить особенности и течение ПТИ стафилококковой этиологии у работников ООО «Складские технологии».

**Материалы и методы.** Проведено обследование 15 больных: 2 женщин и 14 мужчин в возрасте от 19 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении с диагнозом пищевая токсикоинфекция стафилококковой этиологии в Городской инфекционной клинической больнице №1.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что заболевание имело групповой характер. Клинические проявления одновременно возникли у 15 человек через 2-3 часа после употребления картофельного пюре в столовой предприятия. У пациентов наблюдались симптомы интоксикации: слабость, кратковременное - 1-3 дня повышение температуры тела - у 12 больных, в том числе у 8 человек (57,1%) до субфебрильных цифр, у 4 (26,7%) – температура достигала 38-39,2 °С. Gastroинтестинальные симптомы характеризовались: тошнотой и повторной рвотой от 2-3 раз - у 2 больных (13,3%) до 6-15 раз в день у 9 больных (60%). Рвота сохранялась 1 день у 4 больных, 2 дня – у 8 больных, 3 дня – у 2 больных. Диарея также отмечалась у всех больных, но частота стула была меньше, чем рвоты, и варьировала: 1-3 раз в день – у 7 больных (46,7%), 4-5 раз – у 4 больных (26,7%), 6-7 раз у 4 больных (26,7%). На кратковременные схваткообразные боли в животе (в надчревной или околопупочной области) предъявляли жалобы 6 больных (40%). Резкие нарушения водно-электролитного обмена, потребовавшие госпитализации в реанимационное отделение, наблюдались у

3 больных (20%) – 26, 28 и 40 лет, и проявлялись снижением артериального давления от 100/50 до 80/40 мм рт. ст., выраженной слабостью, головокружением, одышкой до 20 дых. в минуту, тахикардией – 90-100 ударов в минуту.

В гемограмме у одного из этих больных выявлен эритроцитоз – до  $6,4 \cdot 10^{12}/л$  и повышение гемоглобина до 188 г/л и гематокрита до 52,8%. Лейкоцитоз выявлен у 6 из 11 больных (54,5%) и варьировал от 9,5 до  $19,9 \cdot 10^9/л$ , нейтрофиллез – у 6 больных (54,5%), со сдвигом влево у 2 больных (18,2%). Относительный лимфоцитоз выявлен у 1 больного (9,1%). При биохимическом исследовании крови у 3 больных (20%) выявлено повышение уровня мочевины до 8,7 – 11,5 ммоль/л. Ацетонурия обнаружена у двух больных (13,3%). Выраженные воспалительные изменения в копрограмме имели место только у 2 пациентов с тяжелым течением ПТИ. В 13 случаях диагноз подтвержден выделением из кала *Staphylococcus aureus*, в 2 случаях диагноз выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных.

**Выводы.** Таким образом, у всех больных ПТИ протекала типично, с коротким инкубационным периодом, внезапным началом, с общетоксическими и гастроинтестинальными симптомами, кратковременным течением. Отличием этой вспышки стала необычно высокая доля пациентов с тяжелым течением – 20% заболевших.

А.С.Будуева, С.В.Трейвиш  
**СЛУЧАЙ ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА С РАЗВИТИЕМ  
МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У ЖИТЕЛЯ НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к. м. н., доц. Н.И.Хохлова*

**Актуальность.** Клиническая значимость Лихорадки Западного Нила (ЛЗН) определяется тяжестью течения, частым поражением центральной нервной системы и возможностью летальностью исходов (2%-14%). В последние десятилетия ареал ЛЗН расширяется, и она регистрируется уже на территории РФ, США и в странах Европы. В России ЛЗН регистрируется с 1997 г. В 2010 г. было зарегистрировано 524 случая ЛЗН, в 2011 г. – 163 случая, а в 2012 г. – 453 случая. В Новосибирске в 2012 г. был выявлен 1 случай ЛЗН с развитием менингоэнцефалита у жителя Новосибирска.

Больной Ш.. 22 лет, курсант военного института, находился на лечении в ГИКБ №1 г. Новосибирск с 27.06.2012г. по 18.07.2012г. В июне 2012 г. выезжал на учения на природу. Укусы клещей отрицает. Заболел остро 22.06. с повышения температуры до 38,0С, появления слабости. 23.06 повыше-

ние температуры до 40 С, присоединились умеренная головная боль, герпетическая сыпь на губах. Наблюдался в медсанчасти с диагнозом «ОРВИ», принимал аспирин и кетотифен. В связи с отсутствием улучшения 27.06. госпитализирован в ГИКБ№1.

При поступлении 27.06. отмечал слабость, лихорадку до 38,2 С, были выявлены: гиперемия лица и верхнего плечевого пояса, тремор рук и губ, ригидность затылочных мышц, промахивание при выполнении координационных проб, горизонтальный нистагм, орофасциальные гиперкинезы (хоботковый), вялость сухожильных рефлексов, мышечная гипотония. В гемограмме - лейкоцитоз до  $12,1 \cdot 10^9$ , нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом влево до 7%. При исследовании ликвора – плеоцитоз 250 клеток/мкл, лимфоцитарный (90%), увеличение белка до 0,62 г/л, положительная реакция Панди (++). Был установлен предварительный диагноз: клещевой энцефалит, менингоэнцефалитическая форма. Проводился дифдиагноз с герпетическим, туберкулезным менингоэнцефалитами, клещевым боррелиозом и энтеровирусной инфекцией. На фоне противовирусной (Ацикловир 0,2х5р/д 28.06; Реаферон ЕС-липид 500 тыс. ЕДх2р/д 29.06 - 06.07), инфузионной терапии в объеме 1250 мл с дексаметазоном 24 мг/сутки и цитофлафином, а так же введения противоклещевого иммуноглобулина (6 доз 1 р/д 28.06-29.06) нормализовалась температура. Но в связи с сохраняющимися астенией и общемозговыми симптомами 29.06. был переведен в ОРИТ. Были назначены дополнительно: противовирусный препарат (Медовир 750 мг в/в), антибактериальные средства (Цефтриаксон 2,0 х 2р/д 29.06 - 6.07), Гепарин 2,5 тыс. ЕДх4 р/сут в/в 29.06-06.07, инфузионная терапия (1.07 – 3.07). Положительная динамика наблюдалась со 2.07.: уменьшились симптомы интоксикации, тремора нет, пальце-носовую пробу проводил правильно. 3.07. больной был переведен в профильное отделение, где была продолжена терапия: реаферон, медовир, цефтриаксон, гепарин до 0.07, диакарб, затем нейрометаболическая терапия (пирацетам в/в, глицин, витамины В1 и В6 в/м).

По результатам ИФА 02.07. был исключен клещевой энцефалит (IgM (-); IgG 1:800) и клещевой боррелиоз (IgM(-); IgG(-)). Также 4.07. были исключены энтеровирусная и герпетическая инфекции (результаты ПЦР-исследования ликвора отрицательные). Методом ИФА 10.07. выявлены IgM к вирусу ЛЗН и выставлен диагноз ЛЗН, менингоэнцефалитическая форма. 12.07 при контрольном исследовании ликвора: снижение плеоцита до 114 клеток/мкл, но сохранение лимфоцитоза 81%, белка 0,6 г/л, нарастание реакции Панди +++, что свидетельствовало о сохранении воспалительного процесса в мозговых оболочках, несмотря на значительное улучшение субъективного состояния больного. Выписан 18.07. с клиническим улучшением. Т.о., случай ЛЗН характеризовался развитием менингоэнцефалита с благоприятным исходом на фоне терапии.

А.А. Буткеева, А.С. Аракельян\*, А.С. Стулов, К.В. Чететкина,  
М.С. Азарян

## **ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИИ В МОМЕНТ ВЕДЕНИЯ ИМИ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН И ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

При проведении комплекса противоэпидемического обеспечения прослеживается следующая закономерность. За счет успешной разработки и применения вакцин и средств химиопрофилактики снижается величина многих, в том числе и опасных инфекций, но постоянно увеличивается рост кишечных инфекций. Хотя, в основном, они не представляют серьезной опасности для здоровья, но их способность в короткий период времени вывести из строя большое число военнослужащих делает эту группу заболеваний потенциально опасной в период ведения боевых действий. Невозвращение переболевших вирусным гепатитом (при локальных конфликтах) в зону боевых действий делает эти потери фактически безвозвратными. Опасность распространения инфекционных болезней с фекально-оральным механизмом передачи через пищу, учитывая использование только собственных запасов продовольствия, была меньшей и ограничивалась лишь возможностью заражения через фрукты и овощи, приобретаемые у местного населения. В целях недопущения распространения инфекций алиментарным путем от возможных ее источников в своих войсках необходимо контролировать санитарно-техническое состояние средств приготовления пищи, обеспеченность продовольственной службы необходимым инвентарем и оборудованием, условия хранения и пригодность к употреблению сухих пайков, наличие у военнослужащих котелков. При быстрых изменениях оперативной обстановки, «текучести» штатного поварского состава (отвлечение на боевые действия, заболевания и т.д.) целесообразно проводить внеочередное бактериологическое обследование работников питания и водоснабжения на носительство возбудителей кишечных инфекций, (1 раз в неделю, с охватом резервных групп).

Военные конфликты могут возникать в таких климатических зонах, когда потребуется организация мероприятий по предупреждению тепловых ударов, переохлаждения, горной болезни и другой патологии. Кроме того, в зонах боевых действий не гарантированы от разрушений атомные электростанции, химические, биологические предприятия и другие промышленные объекты, содержащие запасы сильнодействующих токсических веществ и бактериальных агентов, что может привести к массовому поражению личного состава. Активно изучаются в последнее время и психосоциальные факторы, воздействующие на военнослужащих в период бо-

евых действий и специальных операций. Проблемы профилактики инфекционных заболеваний среди военнослужащих в ходе миротворческих и гуманитарных операций стоят не менее остро, чем при военных конфликтах.

Качество и эффективность профилактической работы определяется во многом соответствием развернутых сил и средств и складывающейся санитарно-гигиенической и эпидемиологической обстановкой. В целях быстрого реагирования на изменения в санитарно-эпидемическом состоянии войск, участвующих в боевых действиях или миротворческих операциях, необходимо иметь постоянный запас противоэпидемических средств, содержание которого должно соответствовать задачам по ликвидации эпидемических осложнений в войсках.

Опыт медицинской службы, руководствовавшейся принципами противоэпидемической защиты личного состава, разработанными в годы Великой Отечественной войны, убедительно подтверждает необходимость комплексного подхода к организации противоэпидемических мероприятий во время локальных конфликтов, проведения боевых операций, выделения главных направлений в профилактике актуальных для войск инфекций.

О.А.Верейкина, Ю.И.Отажонова  
**ЗАВОЗНЫЕ СЛУЧАИ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ У ЖИТЕЛЕЙ  
НОВОСИБИРСКА В 2010-2012 ГГ.**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: профессор, д.м.н. Е.И.Краснова,  
доцент, к.м.н. Н.И.Хохлова*

За последние 50 лет в мире существенно возросло количество регистрируемых случаев лихорадки денге (ЛД), а также число стран, эндемичных по этому заболеванию (с 1 до 100). С 2010 г. завозные случаи лихорадки Денге стали регистрироваться в РФ.

Проведен анализ 14 завозных случаев ЛД у жителей Новосибирска (4 мужчин и 10 женщин), госпитализированных в ГИКБ №1 г. Новосибирска в период с мая 2011 г. по декабрь 2012 г. Все пациенты заболели через 5-12 дней после посещения зарубежных стран (13 чел. - Таиланда, 1 чел. - Галапагосских островов), большая часть случаев приходилась на ноябрь-декабрь (9 чел.). Возраст пациентов варьировал от 15 до 53 лет: 15-30 лет – 6 чел., 31 - 40 лет – 5 чел., старше 40 лет - 3 чел. Больные поступали в стационар на 3-9-й дни болезни, большинство (9 чел.) - после 5-го дня болезни. У всех пациентов отмечалась классическая форма ЛД, у 4 - тяжелая форма болезни, у остальных - среднетяжелая.

У всех больных отмечалось острое начало заболевания с лихорадкой, высокой (10 чел.) или умеренной (4 чел.), с ознобами, потливостью, у большинства – с миалгиями и/или артралгиями (12 чел.), у 2 больных – с диареей. Фебрильная температура снижалась к 4-8-му дню болезни до субфебрильной или сразу до нормальной. Общая продолжительность лихорадочного периода варьировала от 3 до 8 дней, у большинства составляя 6-7 дней (10 чел.). У всех пациентов отмечалась выраженная слабость в течение лихорадочного периода, и после нормализации температуры длительно сохранялся астенический синдром. При поступлении у 11 пациентов выявлялась экзантема: точечная и пятнистая (6 чел.), мелкая геморрагическая (4 чел.) или смешанного характера (1 чел.). Сыпь регрессировала в течение 4-6 дней. У 10 больных имели место явления фарингита. Гепатоспленомегалия отмечалась у большинства больных (12 чел.), спленомегалия – у 2 чел.

В гемограмме при поступлении у 12 пациентов регистрировали лейкопению ( $1,2-3,8 \cdot 10^9/\text{л}$ ) и у 2 пациентов – тенденцию к ней ( $4,6-4,9 \cdot 10^9/\text{л}$ ), у большинства – относительный лимфоцитоз и моноцитоз, у 4 чел. – атипичные мононуклеары. Лейкопения сохранялась в течение 2-4 дней с момента поступления. Тромбоцитопения при поступлении имела место у всех пациентов, варьировала от 20 до  $167 \cdot 10^9/\text{л}$ , у 2 чел. нарастала в динамике. У 8 чел. тромбоцитопения была значительной (менее  $75 \cdot 10^9/\text{л}$ ), в том числе у 4 чел. отмечалось критическое снижение числа тромбоцитов –  $50 \cdot 10^9/\text{л}$  и менее. Нормализация числа тромбоцитов отмечалась лишь к 14-16-му дню болезни, на фоне терапии. При биохимическом исследовании крови у 9 больных выявляли синдром цитолиза с преобладанием активности аспаратаминотрансферазы, который уменьшался в динамике, но полностью не купировался к моменту выписки из стационара.

Верификация диагноза проводилась на базе ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор». В сыворотке крови методом ПЦР РНК вируса денге обнаружена у 7 больных, методом ИХА у всех пациентов выявлены IgM к вирусу и у 12 больных – антиген NS1 вируса.

Всем пациентам проводилась инфузионная терапия в течение 3-5 дней, в случаях выраженной тромбоцитопении применялись кортикостероидные гормоны курсом 3-5 дней, в 2 случаях назначался противовирусный препарат Реаферон-ЕС-Липинт перорально.

Проведенный анализ демонстрирует актуальность проведения ранней диагностики лихорадки Денге у лиц, приезжающих из стран субтропического и тропического климата, при возникновении лихорадки, особенно в сочетании с экзантемой, тромбоцитопенией и лейкопенией, и разработки эффективных методов терапии заболевания.

Н.И.Воронова, Г.К. Мухамедьянова  
**ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ОПИСТОРХОЗА В  
НОВОСИБИРСКЕ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к. м. н., асс. Е.Н. Усолкина*

**Актуальность.** Регион Западной Сибири является самым крупным очагом описторхоза. В Новосибирске заболеваемость остается на высоком уровне и увеличилась регистрация случаев острого описторхоза. Полиморфизм проявлений обуславливает отсутствие клинических критериев описторхоза, что требует специфической диагностики.

**Цель:** дать характеристику клинических и лабораторных проявлений острого описторхоза на современном этапе у жителей Новосибирска.

Нами были проанализированы случаи заболевания острым описторхозом у 86 пациентов гепатологического отделения (55 мужчин и 31 женщин), госпитализированных в ГИКБ №1 г. Новосибирска в 2012 г. Возраст больных варьировал от 17 до 55 лет, преобладали пациенты в возрасте старше 30 лет (64%). Все больные являлись жителями эндемичного региона. Диагноз острого описторхоза устанавливался на основании совокупности: анамнестических данных (эпизодическое или систематическое употребление в пищу недостаточно обработанной рыбы семейства карповых), характера клинических проявлений, результатов гемограммы и выявление антител методом ИФА. Пациенты направлялись в стационар с диагнозами: вирусный гепатит А (38,3%), псевдотуберкулез (9,3%), ОРЗ (10,4%), лихорадка неясного генеза (3,4%), клещевой энцефалит (13,9%), острая кишечная инфекция (24%). Амбулаторно 14% больных принимали НПВП и антибактериальные препараты в течение 5-7 дней, без положительного эффекта. При поступлении диагноз острого описторхоза был поставлен только в единичном случае. В 2012 г. основное поступление больных наблюдалось в январе (22%) и июне (29%). Пациенты поступали в среднем на 6 и 10 день болезни.

Заболевание в большинстве случаев (88,3%) начиналось остро с фебрильной температуры у 47,6% больных, с субфебрильной - у 33,7% больных. Частым проявлением (47,6%) являлся синдром гепатохолангита (желтуха, тяжесть, дискомфорт в правом подреберье, гепатомегалия, изжога, горечь во рту, темная моча, ахолия стула), что и явилось основанием для госпитализации пациентов в профильное отделение. У небольшого количества пациентов (23%) отмечались проявления гастроэнтерита (рвота, диарея, снижение аппетита). В 9,3% случаев на 4 – 6 дни болезни появлялась розеолезно-папулезная сыпь с локализацией на передней поверхности туловища, на сгибательной поверхности верхних конечностей, вокруг круп-



ных суставов. В среднем экзантема продолжалась  $5,0 \pm 1,8$  дней. Катаральные явления наблюдались у 10,4% больных, артралгический синдром - в 13,9% случаях.

Со стороны периферической крови количество гемоглобина и эритроцитов в острой фазе существенно не изменялось, количество же лейкоцитов было повышено у 46,5% больных и составляло в среднем  $13,2 \pm 1,1 \cdot 10^9/\text{л}$ . Эозинофилия регистрировалась у 36% больных, в среднем уровень эозинофилов составил  $37,4 \pm 2,4\%$ . У всех больных высокая эозинофилия отмечалась лишь к концу третьей недели болезни, и в эти же сроки выявлялись специфические антитела в ИФА преимущественно в высоких титрах: 1/400 – 1/800. При исследовании фекалий госпитализированных больных до 15 дня болезни яйца описторхисов не были обнаружены ни в одном случае. Спустя 18 дней от начала заболевания яйца описторхисов были обнаружены в фекалиях у 19,7% больных, в желчи у четверти больных (26%) в эти же сроки. У больных с проявлениями гепатохолангита выявлены синдром цитолиза (АлТ  $118 \pm 21,3$ ед/л, АсТ  $73 \pm 8,3$ ед/л) и холестаза (ЩФ  $391 \pm 7,1$ ед/л, ГГТ  $152 \pm 3,3$ ед/л, общий билирубин  $59 \pm 7,6$  мкмоль/л). Таким образом: диагностика острой фазы описторхоза затруднительна в ранние сроки заболевания в виду полиморфизма клинических проявлений и позднего появления эозинофилии.

**Е.С.Гаджиева**  
**ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ,**  
**ДИАГНОСТИКА АКТИВНОСТИ**

*Кафедра фтизиопульмонологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: асс. Е.П. Шилова,  
д.м.н. проф. Л.В.Поддубная*

**Актуальность.** Туберкулез – это хроническое инфекционное заболевание, при котором поражаются различные органы и ткани. Наиболее часто человек впервые встречается с возбудителем туберкулеза в детском возрасте, преимущественно от 3 до 6 лет. Попадая в организм ребенка микобактерии туберкулеза (МБТ) вызывают сложные иммунологические процессы, которые завершаются либо формированием латентной туберкулезной инфекции, либо при наличии активной туберкулезной инфекции развитием заболевания туберкулезом. В современных условиях (эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу) важной задачей является формирование групп высокого риска по туберкулезу с целью своевременного проведения профилактического лечения.

В течение века при формировании групп риска заболевания туберкулезом среди детей опирались на результаты туберкулиновых проб. В настоящее время в РФ создан новый рекомбинантный препарат для выявления туберкулезной инфекции - «Диаскинтест» (ДСТ). По данным литературы ДСТ обладает более высокой специфичностью по сравнению с традиционным туберкулином и вызывает реакции лишь при наличии в организме активно размножающихся МБТ.

**Цель.** Определить значение пробы с Диаскинтестом в диагностике активной туберкулезной инфекции у детей.

**Материалы и методы.** Проанализированы 234 амбулаторные карты пациентов противотуберкулезного диспансера в возрасте от 1 до 14 лет. Для достижения поставленной цели все исследуемые были разделены на 3 группы: 1 группа – дети с локальными активными формами туберкулеза (n=62); 2 группа – тубинфицированные, имеющие контакт с больными туберкулезом (n=52); 3 группа - дети с первичным инфицированием из здорового окружения (n=120). Оценивали степень чувствительности к туберкулину и диаскинтесту. Статистическую обработку данных проводили при помощи программы Microsoft Excel 2010.

**Результаты и обсуждение.** У детей 1 группы умеренная и гиперергическая чувствительность к туберкулину встречалась с одинаковой частотой (49 и 43,5% соответственно), а гиперергическая проба с ДСТ у них регистрировалась в 1,5 раза чаще (62%), что указывает на активность процесса. Во 2 группе, среди детей, имеющих частую экзогенную суперинфекцию, гиперергическая чувствительность к туберкулину регистрировалась только у каждого 5-го, а гиперергическая проба с ДСТ наблюдалась в 2 раза чаще (21% и 44% соответственно). У пациентов 3 группы (т.е. с выражением туберкулиновых проб) гиперергическая проба Манту с 2 ТЕ регистрировалась так же часто как и во 2 группе (у каждого пятого), но при этом проба с ДСТ была гиперергической только у 4%. В этой группе чаще регистрировали слабую и умеренную чувствительность к туберкулину по сравнению с пациентами 1 и 2 групп (64%, 40% и 51% соответственно), а проба с ДСТ была положительной только 17,5% пациентов 3 группы, т.е. в 5 раз реже, чем в 1 группе (95%) и в 4 раза реже по сравнению со 2 группой (67%).

**Выводы:** 1. Диаскинтест обладает более высокой специфичностью по сравнению с пробой Манту с 2 ТЕ в определении активной туберкулезной инфекции у детей, представляющей высокий риск для развития заболевания туберкулезом.

2. Проба с Диаскинтестом является важным критерием, позволяющим включить ребенка в группу риска по развитию локального туберкулеза и своевременно провести профилактическое лечение.

Е.Е.Демидов, А.В.Лаврищева, М.А.Шишкина\*

**РЕДКИЙ СЛУЧАЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА,  
ВЫЗВАННЫЙ SALMONELLA SALAMAE,  
У ЖИТЕЛЯ НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра инфекционных болезней,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.И. Хохлова*

**Актуальность.** В связи с ростом туризма в субтропические и тропические страны повышается вероятность заражения людей возбудителями, географически не свойственными территории РФ. *Salmonella enterica* подвид II *salamae* является редко обнаруживаемым возбудителем сальмонеллеза у людей. Впервые *Salmonella salamae* была выделена в Австралии в 1970 году у цыплят. Несмотря на широкое распространение в Австралии домашней птицы, сальмонелла является в большинстве случаев авирулентной и не вызывает болезнь у людей. *Salmonella salamae* так же была выделена от рептилий.

**Цель:** анализ случая сальмонеллеза, вызванного *Salmonella salamae*.

Больной О., 40 лет, житель Новосибирска, находился на лечении в ГИКБ №1 г. Новосибирск с 26.09.12 по 11.10.12. Заболел остро 14.09. с появлением катаральных явлений (кашель с небольшим количеством мокроты, насморк). Участковым терапевтом был назначен кларитромицин до 20.09., на фоне чего отмечал улучшение самочувствия. 17.09.12 выехал в командировку в Индию. Проживал и питался в отеле. Ел каждый день рис с овощами, курицу со специями. Покинул Индию 22.09. Выехал в ОАЭ, где находился до 24.09. Отмечал укусы moskitov в Индии и ОАЭ. 23.09. вновь почувствовал недомогание, познабливание, однократно обильный водянистый стул. Температуру не измерял. 24.09. при возвращении в Россию - повышение температуры тела до 40°C, астения. Принимал жаропонижающее. 25.09. ухудшение самочувствия. СМП доставлен в ГИКБ №1 с температурой тела 38,5°C. С жалобами на выраженную слабость, снижение аппетита, дискомфорт в животе и поясничной области, боли в горле, сухой кашель. Кожные покровы бледные, на передней брюшной стенке, предплечьях определяется бледная, розеолезная сыпь без кожного зуда. Язык сухой, обложен белым налетом густо. Пальпация живота болезненная вокруг пупка, спазм сигмы. Печень увеличена на 1 см, эластичная, безболезненная. Задержка стула на 2 суток. Предварительный диагноз: Брюшной тиф. Проводилась дифференциальная диагностика с сальмонеллезом, псевдотуберкулезом, кишечным иерсиниозом.

По результатам лабораторных исследований: гемограмма без особенностей, выявлено повышение СРБ до 12,9 мг/л, незначительный синдром цитолиза - АлТ 37 ед/л, АсТ 51 ед/л, амилаза крови была в норме. При копрограмме выявлены цисты лямблии. По данным УЗИ – гепатомегалия, призна-

ки хронического холецистита, мочекаменная болезнь. 1.10. получен результат бактериологического исследования кала – выделены *Salmonella* подряд II *salamae*. На основании клинической картины заболевания и лабораторных данных поставлен диагноз: Сальмонеллез, генерализованная форма, септический вариант, тяжелой степени тяжести.

Проводилась регидратационная инфузионная терапия раствором Три-соль в объеме 800,0 в/в капельно, дезинтоксикационная терапия физ. раствор 750,0, антибактериальная терапия (левомицетин 0,5 4 р/д, ципрофлоксацин 200,0 2р/д в/в), платифиллин 2,0 в/в, полисорб. Положительная динамика с 8.10.: нормализовалась температура, уменьшились симптомы интоксикации, купировалась экзантема, нормализовался стул. Стул за сутки 1 раз оформленный, без патологических примесей. Выписан 11.10. под наблюдение инфекциониста.

**Выводы.** Возникновение у жителя Новосибирска редкого случая сальмонеллеза, вызванного *Salmonella salamae*, было связано с поездкой в Индию и ОАЭ. Данный случай характеризовался развитием генерализованной формы болезни с благоприятным исходом на фоне комбинированной антибактериальной терапии и патогенетической терапии.

Е.С. Жиденко, А.С. Аракельян\*  
**СЛУЧАИ АСКАРИДОЗА ЧЕЛОВЕКА  
В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

С 2009 по 2011 гг. в Астраханской области зарегистрировано 10340 случаев гельминтозов, что составило 19,7% от общего числа всех зарегистрированных в регионе гельминтозов.

Аскариды эволюционировали вместе с человеком и обитают в кишечнике миллионов людей. Об этих крупных и активных паразитах в народе ходит изрядное количество жутковатых рассказов и легенд.

Согласно оценкам врачей, более 1 миллиарда людей на Земле поражено аскаридозом. По оценке ВОЗ ежегодно в мире появляется один млрд. больных, а более 100 тыс. ежегодно погибают от непроходимости кишечника, вызванной аскаридами.

Источником аскаридоза является больной человек, выделяющий с фекалиями большое число яиц.

Больные, особенно дети, жалуются на повышенную утомляемость, головные боли, головокружение, беспокойный сон, изменение аппетита (обыч-

но понижение его), тошноту, отрыжку, изжогу, иногда рвоту, боли и вздутие живота. Нередки поносы, или чередование поносов с запорами. Вследствие токсического действия на ЦНС выделяемого аскаридами полипептида аскариндона, могут возникать истерические припадки, эпилептиформные судороги, менингизм, а также нарушение функций органов зрения (расширение зрачков, анизокория, светобоязнь).

Аллергические явления в кишечной фазе развития заболевания выражены в меньшей степени, чем в период миграции личинок. Возможно возникновение вазомоторного ринита.

Инвазия аскаридами приводит к иммунодепрессии, отягощает течение инфекционных болезней (дизентерии, брюшного тифа, туберкулеза и др.) и отрицательно влияет на формирование и продолжительность постинфекционного иммунитета.

С 2009 по 2011 гг. в Астраханской области зарегистрировано 10340 случаев гельминтозов, что составило 19,7% от общего числа всех зарегистрированных в регионе гельминтозов. Максимальное число выявленных гельминтозов отмечалось в 2011 г. – 3548 сл. (34,3%).

На долю аскаридоза приходилось 306 сл. (3,0%), в т.ч. по годам заболеваемость следующая: 2009 г. – 144 сл., 2010 г. – 82 сл. и 2011 г. – 80 сл. На долю детей до 17 лет, больных инвазированными аскаридами приходилось 188 сл. (61,4%), в т.ч. в 2009 г. – 90 сл. (47,9%), в 2010 г. – 47 сл. (25,0%) и в 2011 г. – 51 сл. (27,1%).

В наших наблюдениях, аскаридоз регистрировался во всех возрастных группах, в т.ч. у детей в возрасте до 3 лет – 60 сл. (31,9% от общего числа детей, инвазированных аскаридами). Наиболее часто аскаридоз регистрировался у детей ясельной группы в возрасте от 1 до 3-х лет – 56 сл. (93,3%) и у 4 детей (6,7%) в возрасте до 1 года. Все дети были жителями г. Астрахани. Снижение заболеваемости по сравнению с 2009 г. – 28 сл. (46,7%), отмечалось в 2011 г. – до 13 сл. (21,7%), тем самым снизив ее в 2,2 раза.

Клинически заболевание протекало следующим образом: родители детей отмечали беспокойный сон – 16 сл. (26,7%), снижение аппетита – 23 сл. (38,3%), послабление стула – 7 сл. (11,7%). В 4-х сл. (6,7%) родители отмечали различные аллергические проявления на коже детей.

Во всех случаях диагноз был поставлен лабораторным путем после обнаружения гельминта, идентифицированного, как нематода *Ascaris lumbricoides*. Во всех случаях была обнаружена самка гельминта.

Таким образом, можно сделать заключение, что в последние годы отмечается снижение заболеваемости аскаридозом у детей в возрасте от 0 до 3-х лет.

Н.А. Заплетина, А.С. Стулов, В.М. Филиппова, М.В. Беловол,  
А.С. Аракельян\*

## **ПРОТОЗОЙНЫЕ БОЛЕЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

За последние 11 лет с 2000 по 2010 гг. в Астраханской области зарегистрировано 6303 случая заболевания человека протозоозами, что составляет 10,7% от общего числа заболевших паразитарными болезнями (58735 сл.).

Исследовательская работа проводилась на базе ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области». Проанализированы отчетные формы Управления Роспотребнадзора по Астраханской области, карты обследования эпидемиологических очагов, эпидемиологические карты больных. Структура заболеваемости протозоозами представлена 4 нозоформами и составляет: лямблиоз – 97,6% (6150 сл.), амебиаз – 2,05% (129 сл.), малярия – 0,33% (83 сл.) и токсоплазмоз – 0,02% (1 сл.).

Уровень заболеваемости в 2010 г. увеличился по сравнению с 2000 г. в 1,1 раза. По сравнению с 2000 г. в 2010 г. отмечается рост заболеваемости по следующим нозологиям: лямблиоз в 1,1 раза, амебиаз – в 42 раза. Малярия в Астраханской области не регистрируется с 2008 г.

На долю сельских жителей приходится 1536 случаев (24,4%). Относительно неблагополучной остается ситуация по Ахтубинскому району – 38,1%, Володарскому району – 14,3%, г. Знаменску – 14,5%, Камызякскому району – 10,3% и Наримановскому району – 11,8%. В остальных районах (Енотаевский, Икрянинский, Крастинянский, Лиманский, Наримановский, Харабалинский, Чернорыбский и Приволжский) – 0,9%, 0,5%, 1,8%, 0,4%, 4,6%, 0,6% и 2,2% соответственно. По районам Астраханской области заболеваемость протозоозами распределялась следующим образом: лямблиоз – 96,15% (1476 сл.), малярия – 1,95% (30 сл.), амебиаз – 1,9% (29 сл.) и токсоплазмоз – 0,0007% (1 сл.).

В городской черте заболеваемость протозоозами представлена 3 нозологическими формами: лямблиоз – 4614 сл. (98,87%), амебиаз – 100 сл. (0,02%) и малярия – 53 сл. (1,11%).

По возрастам заболеваемость распределялась следующим образом: у детей в возрасте до 1 года зарегистрировано 35 сл. заболевания протозоозами (0,6%), в возрасте 1 – 2 года – в 3,2%, от 3 до 14 лет – 74,4% (4690 сл.).

Вывод. В последние годы, несмотря на улучшение качества диагностики протозойных инвазий у человека, отмечается рост числа случаев заболевания населения по отдельным видам патогенных кишечных простейших, таких как амебиаз и лямблиоз.

Н.А. Заплетина, А.С. Стулов, В.М. Филиппова,  
А.С. Аракельян\*, М.С. Азарян  
**СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО МАЛЯРИИ В  
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Первые статистические данные о заболеваемости малярией в Астраханской области относятся к 1894 г., когда в Астраханской губернии было зарегистрировано 54952 случая малярии.

В первой половине 20 века, вплоть до 1954 г., Астраханская область являлась очагом малярии и число зарегистрированных случаев составляло: в 1935 г. - 19439 сл., 1940 г. - 15409 сл. В годы ВОВ заболеваемость повысилась и в 1944 г. составляла - 42913 сл. В 1955 и 1956 гг. зарегистрировано по 1 завозному случаю. В течение 44 лет, с 1954 года по 1998 год, случаи малярии с местной передачей в Астраханской области не регистрировались.

После периода длительного эпидемиологического благополучия - с 1954 года отсутствовали случаи местной малярии, а с 1957 года - завозных и только через 17 лет вновь, с 1975 года в Астраханской области начали регистрироваться завозные случаи малярии, которые регистрируются до настоящего времени. До середины 90-х годов завоз происходил, в основном, из стран Африканского континента, Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Латинской Америки, а с 1997 г. - из стран СНГ. До 1980 года большинство завозных случаев было выявлено среди иностранных студентов, обучающихся в учебных заведениях г. Астрахани. В период афганской войны (1979 – 1989 гг.) за счет возвращения демобилизованных из Афганистана отмечалось увеличение случаев малярии. В середине 90-х годов увеличилось количество выезда в тропики и субтропики и возросло число больных астраханцев среди командировочных и туристов. В середине 90-х годов структура завоза увеличилась в связи с миграцией населения из стран СНГ (Азербайджан, Таджикистан, Узбекистан и Армения). Подъемы завоза малярии отмечались в периоды с 1981 по 1989 гг., что отражает ситуацию завоза инфекции из Афганистана, и с 1997 по 2004 гг. – завоз малярии из стран СНГ (Азербайджан, Таджикистан, Узбекистан, Армения). До 1980 г. завоз тропической малярии наблюдался в 55% случаев, в 80-е годы соотношение видового состава составляло - тропическая малярия - 60% случаев, трехдневная малярия (*P. vivax*) - 39,5% случаев, в последующие годы трехдневная малярия преобладает, а с 1997 г. регистрируется уже в 95,5% случаев.

За период с 1975 по 2005 гг. зарегистрировано 398 случаев, из них завозных 385 случаев, вторичные от завозных - 13.



Выявление случаев малярии из стран дальнего зарубежья, даже в годы массового завоза, не имел эпидемических последствий. Однако интенсивный завоз трехдневной малярии из эндемичных стран СНГ привел к возникновению передачи малярии через местных комаров от завозных источников инфекции: 1998 год – 1 сл. (с длительной инкубацией), 2000 год – 4 сл., в том числе 1 сл. с длительной инкубацией, 2001 и 2002 годы – по 3 сл., 2003 год – 2 сл.

В 2000 г. отмечен 21 случай заболевания малярией. Показатель заболеваемости составил 2,1; в 2001 г. зарегистрирован 31 случай (показатель заболеваемости 3,06). В последующие годы прослеживается снижение заболеваемости: 2002 г. – 11 случаев (1,09 на 100 тыс. населения), 2003 г. – 8 случаев (показатель 0,79), 2004 г. – 6 случаев (0,59), 2005 г. – 5 случаев (0,5), в 2006 – 2007 гг. малярия в Астрахани не регистрировалась, а в 2008 г. снова зарегистрирован 1 случай (0,1 на 100 тыс. населения), причем у лица до 14 лет. В 2009 г. случаи заболевания малярии не регистрировались.

В 2008 г. в г. Астрахани после двухлетнего перерыва зарегистрирован 1 случай трехдневной малярии (случай завозной из Азербайджана).

С 2009 г. случаи малярии в Астраханской области не регистрировались.

**К.В. Захаров, К.Р. Кропанцева, Е.Н. Руднев**  
**ИНФОРМИРОВАННОСТЬ МОЛОДЕЖИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

*Кафедра микробиологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доц. З.П.Худогонова*

В России эпидемическая обстановка по ВИЧ-инфекции в настоящее время остается напряженной. Продолжается распространение вируса иммунодефицита. Среди ВИЧ-инфицированных наиболее активная возрастная группа – от 20-44 лет – составляет 89%.

**Цель работы** – оценить уровень знаний молодежи по проблеме ВИЧ-инфекции.

Исследование проводилось методом анонимного анкетирования студентов Новосибирского государственного медицинского университета (НГМУ), Новосибирской государственной академии водного транспорта (НГАВТ) и Новосибирского государственного аграрного университета (НГАУ). Анкета содержала 22 вопроса. Опрошен 831 человек, 98% из них в возрасте 19-23 лет.

Большая часть респондентов (97-100%) считает ВИЧ-инфекцию/СПИД заразным заболеванием. 74-100% студентов НГМУ и НГАВТ правильно

определили группы риска и пути передачи вируса: половой и от матери ребенку. Но лишь 32-48% указали на возможность инфицирования через кровь. Важно, что учащиеся этих ВУЗов (44-64%) также относят к группе риска людей с низким уровнем знаний об этой инфекции. Среди студентов НГАУ на основные пути инфицирования указали лишь 34-49% опрошенных и только 2% считают низкий уровень знаний одним из факторов риска. У 1-6% студентов этих учебных заведений среди знакомых есть люди, употребляющие наркотики инъекционным путем. 64% молодых людей, участвовавших в опросе, живут половой жизнью. Защищенные половые контакты имеют 32-56% юношей и девушек (56% - студенты лечебного факультета НГМУ). Никогда не используют презервативы, используют периодически и в случаях сомнения в здоровье партнера 7-34% опрошенных. Среди студентов-медиков 16-18% ежедневно имеют контакт с кровью, но лишь 10% из них оценивают риск собственного заражения как высокий, а 21-40% как низкий.

Для диагностики заболевания необходимо сделать анализ крови на наличие антител к ВИЧ – считают 85-92% студентов НГМУ и НГАВТ и 35% студентов НГАУ. Треть студентов аграрного университета полагает, что о заболевании можно узнать уже на следующий день после заражения. А 21-29% студентов-медиков утверждают, что диагноз ВИЧ-инфекции можно поставить по мазкам и бактериологическим посевам. До 17% будущих врачей считают, что ВИЧ-инфекция – излечимое заболевание, 44-68% знают, что антиретровирусная терапия способна лишь продлить жизнь ВИЧ-инфицированных.

Уровень своих знаний по проблеме ВИЧ-инфекции оценивают как высокий 40% студентов НГАВТ, 12-29% студентов НГМУ, 6% студентов НГАУ. Большинство из них считают, что имеют средний уровень информированности, 30% студентов НГАУ – низкий. Информацию о ВИЧ-инфекции/СПИДе студенты НГМУ и НГАВТ получили преимущественно из телевизионных передач (79-97%), сети Интернет (58-62%), специальной литературы (59-97%). 97% опрошенных студентов педиатрического факультета НГМУ используют данные специальной литературы. В НГАУ около 40% интересовались подобной информацией, получая ее в основном в СМИ, 7% - читали специальную литературу. Хотели бы иметь информацию об этом заболевании от врачей и из специальной литературы 41-85% студентов НГМУ и 42-63% студентов НГАВТ и НГАУ.

Таким образом, студенты имеют, наряду с правильными, ошибочные представления о ВИЧ-инфекции. Поэтому повышение уровня знаний является одним из способов профилактики этого заболевания.

И.А. Захарова, А.С. Аракельян\*, М.В. Беловол,  
И.А. Бондарева

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ СРЕДИ ДОШКОЛЬНИКОВ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПАЗАРИТАРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

За 2000 – 2010 гг. в Астраханской области зарегистрировано 58735 случаев паразитарных заболеваний, в т.ч. гельминтозов – 52432 сл. (89,3%) и протозоозов – 6303 сл. (10,7%).

Заболеваемость детей в возрасте от 0 до 17 лет составила 50288 сл. (85,6%), в т.ч. заболеваемость детей дошкольного возраста от 0 до 7 лет составила 6910 сл. (13,7% от общего числа заболевших детей в возрасте до 17 лет) и 11,8% от всего числа больных паразитарными болезнями.

По возрастам заболеваемость распределялась следующим образом: дети в возрасте до 1 года – 71 сл. (0,1% от общего числа заболевших детей), в возрасте от 1 до 2 лет – 837 сл. (1,7%), в возрасте от 2 до 6 лет – 6002 сл. (11,9%), в возрасте от 6 до 14 лет – 8448 сл. (16,8%) и в возрасте от 14 до 17 лет – 34930 сл. (69,5%).

Структура паразитарной заболеваемости у детей дошкольного возраста представлена 10 нозологическими формами, в т.ч. протозоозами – 3 нозоформами – 814 сл. (11,8%) и гельминтозами – 7 нозоформами – 6096 сл. (88,2%); протозоозами: малярия – 5 сл. (0,07%), амелиаз – 10 сл. (0,1%) и лямблиоз – 799 сл. (11,6%).

Структура заболеваемости гельминтозами представлена аскаридозом – 188 сл. (2,7%), энтеробиозом – 5887 сл. (85,2%), токсокарозом – 2 сл. (0,03%), тениаринхозом и стронгилоидозом – по 1 сл. (по 0,01%), гименолепидозом – 3 сл. (0,04%) и дифиллоботриозом – 14 сл. (0,2%).

По годам заболеваемость распределялась следующим образом: за 2000 – 2002 гг. зарегистрировано по 1 случаю заболевания в каждом году, в т.ч. малярией (2000 и 2001 гг.) – по 1 сл. (по 0,01%) и дирофиляриозом (2003 г.) – 1 сл. (0,01%).

В 2003 г. зарегистрировано 2 случая заболевания человека паразитозами – малярия – 0,03%. В 2004 и 2005 гг. паразитарные заболевания у детей дошкольного возраста не регистрировались. В 2006 г. зарегистрировано 1053 сл. (15,2%) заболевания: лямблиоз – 84 сл. (1,2%), амелиаз – 1 сл. (0,01%), аскаридоз – 15 сл. (0,2%), дифиллоботриоз – 3 сл. (0,04%) и энтеробиоз – 950 сл. (13,8%). В 2007 г. у детей дошкольного возраста зарегистрировано 1459 сл. (21,1%) заболевания, в т.ч. лямблиоз – 215 сл. (3,1%), амелиаз и гименолепидоз – по 2 сл. (по 0,03%), энтеробиоз – 1194

сл. (17,3%), аскаридоз – 42 сл. (0,6%), дифиллоботриоз и токсокароз – по 1 сл. (по 0,01%). Структура заболеваемости 2008 г. составляет 1450 сл. (20,98%) и представлена лямблиозом – 133 сл. (1,9%), малярией, амебиазом, дифиллоботриозом и токсокарозом – по 1 сл. (по 0,01%), аскаридозом – 41 сл. (0,6%) и энтеробиозом – 1272 сл. (18,4%). Заболеваемость дошкольников в 2009 г. составила 1587 сл. (22,96%), в т.ч. тениаринхоз и гименолепидоз – по 1 сл. (0,01%), амебиаз – 2 сл. (0,03%), дифиллоботриоз – 5 сл. (0,07%), аскаридоз – 60 сл. (0,9%), лямблиоз – 202 сл. (2,9%) и энтеробиоз – 1316 сл. (19,1%). В 2010 г. заболеваемость снизилась по сравнению с 2007 г. в 1,1 раза и составила 1358 сл. (19,7%), представляя ее 5 нозологическими формами: амебиаз и дифиллоботриоз – по 4 сл. (0,06%), аскаридоз – 30 сл. (0,4%), лямблиоз – 165 сл. (2,4%) и энтеробиоз – 1155 сл. (16,7%).

Отсутствие необходимых знаний в области диагностики, клиники, лечения и профилактики паразитарных болезней, полная неинформированность населения о реальной опасности этой патологии и мерах личной профилактики не позволяют сделать благоприятный прогноз. Следует ожидать, что число больных паразитарными болезнями в России будет увеличиваться.

О.В. Игонина\*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА В СОВРЕМЕННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

*Кафедра фтизиопульмонологии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: к.м.н., доцент М.В. Федорова,*

*д.м.н., профессор Л.В. Поддубная*

**Актуальность.** Начало XXI века характеризуется некоторой стабилизацией эпидемиологической обстановки по туберкулезу в Российской Федерации, однако показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза не имеют выраженной тенденции к снижению. Отмечается увеличение остропрогрессирующих форм туберкулеза, в т.ч. туберкулезного менингита. Одной из важнейших причин этого явления явилась эпидемия ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция — это самый мощный известный фактор риска для развития туберкулеза, особенно диссеминированных форм. В ГОНКТБ в 2010г. проходили лечение 19 больных туберкулезным менингитом, в 2011г. – 25, в 2012г. – 65.

**Цель исследования:** изучить причины развития и особенности течения туберкулезного менингита в современных эпидемиологических условиях.

**Результаты.** Были проанализированы истории болезни 65 пациентов, проходивших лечение в ГОНКТБ в 2012 году по поводу туберкулезного менингита. 15 из них были выписаны из стационара с улучшением, в 50 случаях (77%) наступила смерть вследствие нарастающего отека головного мозга. Преобладали мужчины (49 человек – 75%), средний возраст больных составил 32 года. Большинство пациентов (59 – 91%) являлись неработающими. Средний срок нахождения в стационаре составил 85 койко-дней, у лиц, выписанных с улучшением – 218, у умерших – 44 койко-дня, причем 27 умерло в течение месяца, из них каждый второй (n=14) – в течение недели, а 2 – в течение суток с момента госпитализации.

У 62 больных (95,4%) туберкулезный менингит сочетался со специфическим поражением органов дыхания, а изолированный отмечался лишь у 3 пациентов (4,6%). У 49 пациентов (75,3%) туберкулезный процесс выявлен впервые, у пятерых (7,7%) имел место рецидив, у 11 (17%) – хроническое течение. Чаще встречались диссеминированные формы туберкулеза легких (диссеминированный – у 27 человек (43,5%) и милиарный – у 18 (29%). Инфильтративной формой туберкулеза страдали 6 пациентов (9,7%), очаговой – 4 (6,5%), фиброзно-кавернозной – трое (4,8%), по 2 – казеозной пневмонией и туберкулезным плевритом (3,25%). В 23 случаях (37,1%) процесс протекал с распадом легочной ткани и в 35 случаях (56,4%) – с бактериовыделением. Лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам установлена у 17 пациентов (49%), из них у 15 (88%) – множественная.

У 57 пациентов было проведено исследование ликвора. Цитоз в среднем составил 175 кл/мкл, уровень белка – 0,78 г/л. Туберкулезная этиология процесса была подтверждена обнаружением МБТ в ликворе у 13 пациентов (20%), из них в 5 (38,3 %) случаях – методом бактериоскопии, в 7(54%) – методом посева и в 1(7,7%) – с помощью ПЦР-диагностики. У 5 пациентов микобактерии, обнаруженные в ликворе культуральным методом, обладали множественной лекарственной устойчивостью к ПТП.

У 55 (85%) пациентов был подтвержден диагноз ВИЧ-инфекции, во всех случаях – поздние стадии (IVб и IVв).

**Выводы:** в настоящее время отмечается увеличение случаев заболевания туберкулезным менингитом, при этом у большинства пациентов отмечается сочетание туберкулеза с ВИЧ-инфекцией. Чаще отмечается генерализованное туберкулезное поражение (сочетание с диссеминированными формами туберкулеза легких в 72,5% случаев, изолированный туберкулезный менингит лишь в 4,6% случаев). Характерно быстрое прогрессирование туберкулезного менингита с развитием отека головного мозга и высокой летальностью (77%).

О.С. Мокрушина\*

**ПОДАВЛЕНИЕ РАЗМНОЖЕНИЯ ВИРУСА ГРИППА  
ЧЕЛОВЕКА A/ICHI/2/68 (H3N2) И ВИРУСА ГРИППА ПТИЦ  
A/CHICKEN/KURGAN/05/2005 (H5N1) ПОД ДЕЙСТВИЕМ  
МЕТАБОЛИТОВ СПОРООБРАЗУЮЩИХ БАКТЕРИЙ РОДА  
BACILLUS**

*ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор», г. Новосибирск  
Научные руководители: заведующая лабораторией,  
к.б.н., И.С. Андреева,  
заведующая лабораторией, к.б.н., Н.А. Мазуркова*

Грипп – это инфекционное заболевание дыхательных путей, которое передается воздушно-капельным путем. Впервые о гриппе заговорили еще в 1889 году, когда была зафиксирована первая в мире эпидемия. Однако, четкое определение заболевания «грипп» получило только в 30-е годы прошлого столетия. На сегодняшний день существует более 2000 антигенных вариантов вирусов гриппа. Ученые активно изучают вирус гриппа, выделяя несколько субтипов, которые способны вызывать пандемии. Эпидемии, вызванные вирусом гриппа типа А, возникают примерно каждые 2-3 года (именно столько времени действует приобретенный на этот серотип иммунитет), а вызванные вирусом гриппа В - каждые 4-6 лет. Вирус гриппа С практически стабилен. Переболев им однажды, человек почти на всю жизнь имеет иммунитет. Профилактика заболевания вирусом гриппа необходима. Принцип профилактики заключается в том, чтобы максимально повысить иммунитет и обеспечить организм силами для борьбы с вирусами. Для некоторых типов вируса гриппа уже разработаны специальные прививки, сделав которые, можно снизить риск заражения гриппом на период от 1-2 месяцев. Сейчас существуют различные варианты вакцин, живых и инактивированных. Но при развитии пандемий невозможно создать вакцину в короткие сроки, поэтому необходимы препараты, воздействующие на механизмы репликации вирусов в организме для эффективного лечения. В настоящее время проводятся интенсивные исследования по созданию новых препаратов для лечения и профилактики заболеваний гриппом.

Новая стратегия разработки противовирусных препаратов состоит в выделении и очистке препаратов из тканей растений, животных и человека, и продуктов жизнедеятельности микроорганизмов. Спорообразующие бактерии рода *Bacillus* широко используются в сельском хозяйстве в качестве высокоспецифичных инсектицидов, как кормовая добавка для крупного рогатого скота, а также как активаторы роста сельскохозяйственных растений, в качестве источников антибиотических препаратов. Показана противовирусная активность в отношении вирусов гриппа человека и птиц метаболитов ряда штаммов рода *Bacillus*.

Настоящая работа посвящена определению наличия противовирусной активности штаммов *Bacillus thuringiensis* по отношению к вирусу гриппа человека A/Aichi/2/68 (H3N2) и вирусу гриппа птиц A/chicken/Kurgan/05/2005 (H5N1). Проведенные исследования показали наряду с небольшой токсичностью разрабатываемых препаратов высокую их активность против вирусов гриппа. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Титр вируса в Ig ТЦД50/мл через 48 ч (профилактическая схема)**

Образец	A/Aichi/2/68 (H3N2)	A/chicken/Kurgan/05/2005 (H5N1)
1	0,1	3,1
2	2,5	2,8
3	2,6	1,7
4	0	0,4
Контроль	3,5	6,9

Как видно из таблицы, образцы 1 и 4 были наиболее эффективны относительно вируса A/Aichi/2/68 (H3N2), а образцы 3 и 4 – по отношению к вирусу A/chicken/Kurgan/05/2005 (H5N1). Их использование перспективно для дальнейшей разработки препаратов в целях борьбы с вирусами гриппа человека и птиц.

С.И. Панченко, Ш.О. Дарбишгаджиев,  
А.С. Аракельян\*

**ДЕЗИНФЕКЦИОННАЯ СЛУЖБА АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Оперативно – истребительская станция Нижне - Волжского ОСОАВИА-ХИМ, была создана в 1933 г., впоследствии получившая статус военизированной структуры. Станция состояла из 9 человек, а ее основанием послужило наличие 256 видов переносчиков инфекционных заболеваний в Астраханской области. Эпидемиологическую и экономическую опасность в тот год представляли личинки сырных мух, испортившие десятки тонн рыбы.

С 1966 по 2012 гг. Астраханскую дезинфекционную службу возглавлял один из ее основателей и вице-президент Национальной организации дезинфекционистов Александр Иосифович Левитин, являвшийся не только гене-



ральным директором ФГУП «Профилактика» Роспотребнадзора, но и основателем данного учреждения.

Рассмотрев историю дезинфекционной службы Астраханской области за 69-летний период ее существования, мы поставили перед собой цель проанализировать эпидемиологическое состояние региона за данный период, рассмотреть динамику заболеваемости и оценить работу службы по предотвращению распространения инфекционных заболеваний и улучшению санитарного состояния.

Ею проводились с 1939 по 1955г. дезинфекционные мероприятия, направленные на предупреждение возникновения и ликвидацию очагов малярии и чумы. В 70-ые годы, когда было зафиксировано более двух тысяч случаев заболеваний холерой и вибриононосительства, оперативно – истребительская станция быстро устранила вспышку инфекции, выполнив в течение полутора месяцев годовой объем дезинфекционных мероприятий. Последствия эпидемических проявлений холеры привели к дестабилизации экономики Астраханской области, к ее фактической изоляции не только от остальной части страны, но и внутри населенных пунктов. Для ликвидации эпидемии в город прибыли профессор – инфекционист В.И. Покровский, специалисты Минздрава РСФСР, ученые из Саратовского и Иркутского противочумных институтов.

В последующем, в 1982 г. потребовались активные меры от станции, когда произошло вторжение в степную зону ядовитых пауков каракуртов. В 2002 году дезинфекционная станция в Астрахани была закрыта, но за долгие годы ее работы было накоплено немало опыта, используемого в настоящее время ФГУП «Профилактика» Роспотребнадзора.

С 2009 г. ухудшилась эпидемиологическая ситуация с инфекционными заболеваниями, такими как лихорадка Западного Нила, лихорадка Ку, крымская геморрагическая лихорадка. В 2010 г. ситуация по состоянию заболеваемости стала неблагоприятной, по сравнению с 2000г., так общая заболеваемость 2000 г. составляла 224610 случаев, а в 2010 г. 274257 случаев. На тот период было заключено более двух тысяч договоров на выполнение работ по дезинфекции. В последние годы в практику были внедрены 23 новых препарата для борьбы с вредными насекомыми, грызунами и кровососущими насекомыми. Проверено в специфических климатических условиях Астрахани 9 репелентов. С 2009 г. предложено обеззараживание песочниц в детских садах от гельминтов. Хорошие результаты дало уничтожение сорной растительности.

Использованный нами исторический и статистический методы позволили оценить профессиональную деятельность дезинфекционной станции в Астраханской области с 1933 г. до наших дней. Результатом проведенных дезинфекционных мероприятий, внедрения инновационных технологий, улучшения экономических и социальных условий стало стабильное эпидемиологическое состояние области.

В.В. Скворцов, Ю.Н. Скворцова  
**ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ  
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Противоэпидемические мероприятия (ПЭМ) – это комплекс санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических и административных мер, осуществляемых в эпидемическом очаге с целью его локализации и ликвидации. ПЭМ проводят на основании результатов эпидемиологического обследования очага.

Задачей ПЭМ является эффективное воздействие на факторы (элементы, звенья) эпидемического процесса с целью прекращения циркуляции возбудителя инфекции в очаге. Однако при различных заразных болезнях значимость отдельных мер неодинакова. Так, при кишечных инфекциях эффективны общесанитарные меры по пресечению путей передачи возбудителя инфекции и обезвреживанию его источников, тогда как при ликвидации очага многих инфекций дыхательных путей (например: дифтерии, кори) доминирующей является иммунизация всех детей на территории очага.

Меры, направленные на обезвреживание источника возбудителя инфекции, различны также при антропонозах и зоонозах. Наиболее радикальными и часто применяемыми формами обезвреживания источника возбудителя антропонозной инфекции (инфекционного больного) являются ранняя изоляция и госпитализация больного в стационар. Меры по разрыву механизмов передачи возбудителя инфекции направлены на обезвреживание факторов передачи. Прежде всего, к ним относится дезинфекция объектов в окружении больного. Например, если больного оставляют на дому, то проводят текущую дезинфекцию предметов обихода, обеззараживание его выделений, влажную уборку помещения, кипятят загрязненное белье, постельные принадлежности, посуду. После госпитализации больного осуществляют заключительную дезинфекцию помещения, где он находился, предметов обстановки, посуды, белья, одежды, постельных принадлежностей, игрушек и др.

Иногда для экстренной профилактики заболевания лицам, подвергшимся риску заражения в эпидемическом очаге, назначают антибиотики, химиопрепараты, иммуноглобулины, иммунные сыворотки и некоторые другие лекарственные средства. Например, детям от 1 года до 14 лет и беременным женщинам, общавшимся с больным вирусным гепатитом А в эпидемическом очаге, не позднее 7—10 дней после этого общения вводят стандартный иммуноглобулин, изготовляемый из сыворотки плацентарной крови. В качестве меры экстренной профилактики в очагах сибирской язвы используют в течение 5 дней антибиотики (феноксиметилпенициллин, ампициллин или оксациллина натриевую соль) либо сибирезвевенный глобулин. Приме-

рами экстренной вакцино- и серопрфилактики заболевания лиц, подвергшихся риску заражения бешенством, являются антирабическая вакцинация и введение антирабического иммуноглобулина. Для усиления неспецифической защиты организма применяют интерферон, индукторы интерферона и иммуностимуляторы.

В эпидемическом очаге ПЭМ проводят в течение всего периода выявления заразных больных и прекращают после изоляции последнего больного (с добавлением времени максимального инкубационного периода) и заключительной дезинфекции.

Противоэпидемические мероприятия (раннее выявление больных и носителей, своевременная и правильная диагностика заболеваний, изоляция и госпитализация больных, дезинфекционные, дезинсекционные, дератизационные и другие мероприятия), как правило, приводят к прекращению распространения возбудителей инфекции, локализации и ликвидации эпидемического очага.

**В.В. Сковорцов, Ю.Н. Сковорова, А.С. Аракельян\***  
**НЕВИДИМАЯ ОПАСНОСТЬ ЩУЧЬЕЙ ИКРЫ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Дифиллоботриоз – заболевание, обусловленное паразитированием в тонком кишечнике человека дифиллоботриид и характеризующееся нарушением деятельности верхнего отдела пищеварительного тракта.

Существует 10 видов дифиллоботриид, которые могут паразитировать в организме человека, однако основное значение в медицинской практике имеет широкий лентец (*Diphyllobotrium latum*).

Проведя статистическую работу, было установлено, что за период с 2000-2011гг было зарегистрировано 4309 пациентов с дифиллоботриозом, из них: городское население – 3639 чл. (84,5%), сельское – 670 чл. (15,5%).

По возрастам зараженность отмечалась следующим образом: дети в возрасте от 1 года до 17 лет – 502 чл. (11,7%), в т.ч. городских жителей – 439 чл. (87,5%), сельских – 63 чл. (12,5%); взрослые – старше 17 лет – 3807 чл. (88,3%).

Наиболее часто дифиллоботриоз регистрировался в г. Астрахани – 387 чл. (8,9%), а также в сельских районах Астраханской области – 3922 сл. (91,1%): Камызякский – 175 чл. (4,6%), Ахтубинский – 91 чл. (2,3%), Красноярский – 87 чл. (2,2%), Чернорыбский – 85 чл. (2,2%) и Наримановский – 70 чл. (1,8%).

Икра щуки, приготовленная без предварительной обработки кипятком, слабого посола, сохраняет в себе личинки в живой стадии, что приводит к

заражению при ее употреблении. Заражение также может происходить при употреблении рыбы после недостаточной термической обработки. От больного человека здоровому болезнь не передается.

В диагностике информативен эпиданамнез (пребывание в эндемичной области, употребление сырой рыбы, недосоленной икры). Часто больные сообщают о выделении с калом частей гельминтов. Окончательный диагноз устанавливается при обнаружении в кале яиц гельминта.

В наших наблюдениях, заболевание протекало бессимптомно. Диагноз был выставлен после обнаружения яиц паразита в фекалиях человека при случайных обследованиях.

В лечении дифиллоботриоза, сопровождающегося анемическим синдромом, предусматривается переливание кровезамещающих растворов и проведение рациональной витаминотерапии. Назначают фенасал внутрь в следующих суточных дозах: дети до 2 лет — 0,5 г (2 таблетки), от 2 до 5 лет — 1 г (4 таблетки), от 5 до 12 лет — 1,5 г (6 таблеток), старше 12 лет — 2—3 г (8—12 таблеток).

Для гарантированного уничтожения личинок широкого лентеца необходимо соблюдать следующие рекомендации. Фарш, котлеты, а также мелкую рыбу и нарезанные куски крупной рыбы необходимо жарить не менее 15—20 мин., а крупную рыбу большими кусками — не менее 30-40 мин.

#### **Выводы:**

1. Необходимо объединить усилия ветеринарной и медицинской служб в государственном масштабе для проведения мероприятий, направленных на активное предупреждение новых условий, благоприятствующих передаче инвазии.

2. К таким мероприятиям относятся: ветеринарно-санитарное контролирование рыбных рынков, санитарная обработка сточных вод, лечение животных и людей, усиление ветеринарно-санитарного контроля над реализацией речной рыбы и качественным проведением её экспертизы.

3. Особенно большое внимание следует уделять просветительной работе с населением.

А.С. Стулов, А.С. Аракельян\*, Н.А. Заплетина,  
В.М. Филиппова

### **СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ГЕЛЬМИНТОЗАМ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

За последние годы с 2000 по 2010 гг. в Астраханской области зарегистрировано 58735 случаев паразитарных заболеваний (2000 г. – 2051 сл.,

2001 г. – 7961 сл., 2002 г. – 7261 сл., 2003 г. – 5375 сл., 2004 г. – 5219 сл., 2005 г. – 4676 сл., 2006 г. – 3934 сл., 2007 г. – 3934 сл., 2008 г. – 3967 сл., 2009 г. – 4157 сл., 2010 г. – 3939 сл.); отмечается снижение заболеваемости в 2,0 раза.

Структура заболеваемости гельминтозами представлена 11 нозоформами и составляет 85,2% (52385 сл.): энтеробиоз – 88,2%, дифиллоботриоз – 7,9%, аскаридоз – 3,0%, трихоцефалез – 0,4%, описторхоз, эхинококкоз, гименолепидоз, тениаринхоз – по 0,1%, токсокароз – 0,05%, тениоз – 0,03% и трихинеллез – 0,002%. Вместе с тем, паразитарные болезни составляют почти половину всех случаев в структуре инфекционной заболеваемости, уступая в этом гриппу и острым вирусным инфекциям.

По сравнению с 2000 г. в 2010 г. отмечается снижение заболеваемости по следующим нозологиям: трихоцефалезом в 4,7 раза, дифиллоботриозом – в 2,5 раза, аскаридозом – в 2,3 раза, энтеробиозом – в 2,2 раза, токсокарозом – в 2 раза и другими редкостными гельминтозами – в 3,2 раза.

Но по 2 нозологическим формам (описторхоз и эхинококкоз) в 2010 г. по сравнению с 2000 г. отмечался рост заболеваемости в 2,4 раза. На долю контактных гельминтозов (энтеробиоз), в структуре общего числа гельминтозов приходится – 88,2%. Показатель заболеваемости в 2010 г. составил – 296,0 на 100 тыс. населения, в т.ч. 23624,4 – среди детей до 14 лет. На долю сельских жителей приходится 28549 случаев (54,5%). Относительно неблагоприятной остается ситуация по Ахтубинскому району – 18,5%, Володарскому району – 12,9%, Камызякскому району – 11,9% и Красноярскому району – 10,1%. В остальных районах (Енотаевский, Икрянинский, Лиманский, Наримановский, Приволжский, Харабалинский, Чернорыбский и г. Знаменск) – 8,5%, 5,3%, 4,8%, 8,1%, 7,4%, 6,8%, 4,7% и 0,8% соответственно.

Среди контактных гельминтозов (энтеробиоз) от общего числа гельминтозов по сельской местности, приходится 59,2%. По районам Астраханской области заболеваемость распределялась следующим образом: Ахтубинский район – 16,8% от общего числа больных гельминтозами в сельской местности, Володарский район – 12,0%, Камызякский район – 9,2%, Красноярский район – 9,0%, Наримановский район – 7,1%, Приволжский и Енотаевский районы – по 6,9%, Харабалинский район – 5,6%, Икрянинский и Лиманский районы – по 4,5% и г. Знаменск – 3,5%. По г. Астрахани за анализируемый период зарегистрировано 21362 сл. заболевания энтеробиозом (40,8%).

По аскаридозу (сельские районы) заболеваемость следующая: зарегистрировано 803 сл. заболевания, что составляет 1,5% от общего числа больных гельминтозов. В городской черте зарегистрировано 757 сл. заболевания (1,5%). На долю дифиллоботриоза приходится – 7,9% от общего числа гельминтозов, в т.ч. сельских жителей – 66,7%, городских – 33,3%.

По возрастам заболеваемость распределялась следующим образом: у детей в возрасте до 1 года зарегистрировано 36 сл. заболевания гельминтозами (0,1%), в возрасте 1 – 2 года – в 2,4%, от 3 до 6 лет – 10,4% и в возрасте до 14 лет – 87,1%. Наибольшая заболеваемость энтеробиозом у детей отмечается в возрасте от 3 до 6 лет – показатель заболеваемости 13752 на 100 тыс. нас;

максимальная заболеваемость детей аскаридозом и дифиллоботриозом отмечается в возрасте до 14 лет – 403,2 и 218,4 соответственно.

А.С. Стулов, А.С. Аракельян\*, Н.А. Заплетина,  
В.М. Филиппова  
**СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПРОТОЗООЗАМ  
В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

За последние 11 лет с 2000 по 2010 гг. в Астраханской области зарегистрировано 6303 случая заболевания человека протозоозами, что составляет 10,7% от общего числа заболевших паразитарными болезнями (58735 сл.).

Структура заболеваемости протозоозами представлена 4 нозоформами и составляет: лямблиоз – 97,6% (6150 сл.), амебиаз – 2,05% (129 сл.), малярия – 0,33% (83 сл.) и токсоплазмоз – 0,02% (1 сл.).

По сравнению с 2000 г. в 2010 г. отмечается рост заболеваемости по следующим нозологиям: лямблиоз в 1,1 раза, амебиаз – в 42 раза. Малярия в Астраханской области не регистрируется с 2008 г.

На долю сельских жителей приходится 1536 случаев (24,4%). Относительно неблагоприятной остается ситуация по Ахтубинскому району – 38,1%, Володарскому району – 14,3%, г. Знаменску – 14,5%, Камызякскому району – 10,3% и Наримановскому району – 11,8%. В остальных районах (Енотаевский, Икрянинский, Крастинярский, Лиманский, Наримановский, Харабалинский, Чернорский и Приволжский) – 0,9%, 0,5%, 1,8%, 0,4%, 4,6%, 0,6% и 2,2% соответственно. По районам Астраханской области заболеваемость протозоозами распределялась следующим образом: лямблиоз – 96,15% (1476 сл.), малярия – 1,95% (30 сл.), амебиаз – 1,9% (29 сл.) и токсоплазмоз – 0,0007% (1 сл.).

В городской черте заболеваемость протозоозами представлена 3 нозологическими формами: лямблиоз – 4614 сл. (98,87%), амебиаз – 100 сл. (0,02%) и малярия – 53 сл. (1,11%).

По возрасту заболеваемость распределялась следующим образом: у детей в возрасте до 1 года зарегистрировано 35 сл. заболевания протозоозами (0,6%), в возрасте 1 – 2 года – в 3,2%, от 3 до 14 лет – 74,4% (4690 сл.).

**Выводы:**

1. В последние годы, несмотря на улучшение качества диагностики протозойных инвазий у человека, отмечается рост числа случаев заболевания населения по отдельным видам патогенных кишечных простейших, таких как амебиаз и лямблиоз.

2. В тоже самое время в связи с качественной и своевременной диагностикой паразитарных болезней у человека в Астраханской области, наметилась тенденция по снижению заболеваемости среди отдельных нозологических форм гельминтозов.

А.С. Стулов, А.С. Аракельян\*, В.М. Филиппова,  
Н.А. Заплетина  
**ИСТОРИЯ ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

15 сентября 1922 г. издан декрет Совета Народных Комиссаров РСФСР «О санитарных органах республики». В Советском Союзе создается первая санэпидстанция.

Паразитологическая служба Астраханской области берет свое начало с 20-х годов прошлого века, когда была создана противомаларийная служба для разработки системы мероприятий по борьбе с малярией и другими паразитарными болезнями. Появляются малярийные станции – новая служба была включена в систему медицинских учреждений страны.

Одной из первых в Советском Союзе, в 1922 г. создается малярийная станция в Астраханской области, которая под руководством профессора Ф.М. Топоркова ежегодно стала проводить химизацию всего населения, что со временем привело к полному исчезновению случаев заболевания малярией как массового заболевания в Астрахани в 1952 г. С 1924 г. малярийная станция через уездные здравотделы начала сбор сведений о распространении малярии в населенных пунктах губернии. Стало производиться обследование населения на паразитоносительство.

В целях проведения профилактической работы создается 4 малярийных отряда, которые выполняют большую работу в сельской местности по активному выявлению заболевших малярией для дальнейшего их лечения.

В годы Великой Отечественной войны работа малярийной станции сводится к ликвидации случаев малярии в области и недопущению появления вспышек паразитарных тифов.

В 1954 г. малярийную станцию присоединяют к областной санэпидстанции и формируют отдел особо опасных инфекций.

С 1976 г. паразитологическая служба входит в состав централизованной бактериологической лаборатории и выделяется, как паразитологическое отделение. Паразитологическая служба и ее лабораторные подразделения прошли большой путь реформирования, входя в состав малярийных и санитарно-эпидемиологических станций, в штат централизованной бак-



териологической лаборатории, и только в 2001г. паразитологическая лаборатория была выделена в отдельную структуру.

Высокая квалификация специалистов, владеющих самыми современными методами исследований, позволяет обеспечить своевременную расшифровку паразитологических заболеваний, регистрирующихся на территории Астраханской области.

Сегодня в паразитологической лаборатории проводят различные исследования биологического материала от людей на яйца гельминтов и патогенные кишечные простейшие, а также с помощью метода иммуноферментного анализа выявляют лямблий, токсокар, описторхис, трихинеллы и эхинококк.

Оснащенность лаборатории современными высокотехнологичным оборудованием позволяет контролировать на паразитарную чистоту объекты окружающей среды и продовольственное сырь.

Паразитологическая лаборатория является базой – центром по подготовке специалистов клиничко-диагностических лабораторий лечебно-профилактических учреждений г. Астрахани и Астраханской области по лабораторной диагностике малярии и других паразитарных заболеваний. Лаборатория работает в контакте с кафедрами Астраханской государственной медицинской академии и Астраханского базового медицинского колледжа.

Паразитологическая лаборатория обладает уникальным музеем огромного количества музейных и учебных микро- и макропрепаратов.

**В.М. Филиппова, А.С. Аракельян\*, М.С. Азарян, Р.К. Гасанова,  
И.А. Бондарева, Б.Ю. Кузьмичев, Ю.С. Павлий**  
**ДИРОФИЛЯРИОЗ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Первый случай дирофиляриоза у человека в Астраханской области был зарегистрирован в 1951г., у девочки 13 лет – в 1984г.

Всего за период с 1951 по 2011 гг. было выявлено 76 больных дирофиляриозом, из них взрослых 66 человек (82,2%), дети возрастом от 4 до 17 лет 13 человек (17,8%). В половом соотношении: мальчики – 5 (38,5%), девочки – 8 (61,5%). По возрасту заболеваемость распределялась следующим образом: 4 года - 3 случая (23%), 7, 8, 11 и 13 лет по 1 случаю (по 7,7%), 12, 14 и 17 лет – по 2 случая (по 15,4%). На долю городских жителей приходилось 7 человек (53,8%), на районы Астраханской области – 6 чл. (46,2%). Гельминт локализовался в области век в 30,8% случаев (4 чел.), в области волосистой части головы – 23% (3 чл.), в области грудной клетки в обла-

сти щеки – в 15,4% (по 2 сл.), в области живота и плеча – в 7,7% (по 1 сл.). В большинстве случаев выставлялись неправильные диагнозы: новообразования (атерома, липома, новообразование) – 7 случаев (53,9%), дирофиляриоз – 3 сл. (23%), паразитарная киста, токсикодермия и фурункул – по 1 сл. (по 7,7%).

В Астраханской области зарегистрирован уникальный случай дирофиляриоза человека, пока еще единственный в России, когда у ребенка в течение короткого промежутка времени (1,5 месяца) извлечено 3 паразита.

Ребенок 4 лет, постоянно проживающий в с. Ватажное Красноярского района. Социально-бытовые условия удовлетворительные (частный дом).

В августе 2004 г. родители ребенка заметили небольшое опухолевидное образование в околопупочной области, которое клинически не беспокоило. При пальпации: образование мягкой консистенции безболезненное. Через неделю ребенок стал жаловаться на нестерпимый зуд, покраснение пораженного участка кожи. Вместе с этим родители обратили внимание на перемещение образования в близлежащие области. К врачу не обращались. В течение августа описанная выше симптоматика сохранялась, а потом внезапно исчезла. Спустя 3 месяца у больного вновь появились вышеописанные жалобы. Родители отмечали миграцию опухоли в паховую и поясничную области. В связи с этим были вынуждены обратиться к участковому педиатру, после обследования им было рекомендовано проконсультироваться с врачом-паразитологом. В середине декабря ребенок был осмотрен и с предварительным диагнозом «дирофиляриоз» направлен в отделение гнойной хирургии с целью диагностики. Ребенок был госпитализирован. На следующий день под общей анестезией было проведено иссечение образования, извлечена нематода размером 50 мм, идентифицирована в паразитологической лаборатории как *Dirofilaria repens*.

Спустя неделю в лабораторию был доставлен материал размером – 30 мм, извлеченный из правой надключичной области того же ребенка. Материал был идентифицирован как *Dirofilaria repens*. С улучшением самочувствия ребенок был выписан, но в начале января 2005 г. был снова госпитализирован в то же отделение, где из подкожно-жировой клетчатки правой подвздошной области была удалена самка *Dirofilaria repens* размером 120 мм. Диагноз был подтвержден сотрудниками паразитологической лаборатории.

Вывод. Задачей настоящего исследования являлось изучение эпидемиологии этого гельминтоза. Обращает на себя внимание факт, что при первом обращении больных к врачам разных специальностей (хирурги, терапевты, невропатологи) гельминтоз не выявляется своевременно. Сложность раннего выявления связана с трудностью дифференциальной диагностики, а также сложностью сбора эпидемиологического анамнеза у детей.

В.М. Филиппова, Н.А. Заплетина, А.С. Стулов,  
А.С. Аракельян\*

**АКАДЕМИК ВИТАЛИЙ ДМИТРИЕВИЧ БЕЛЯКОВ**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Осенью 2011 г. исполнилось 90 лет со дня рождения крупнейшего отечественного ученого и педагога академика РАМН и РАЕН доктора медицинских наук профессора генерал-майора медицинской службы Виталия Дмитриевича Белякова.

Окончив среднюю школу, в 1938 году В.Д. Беляков поступил в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова, где, показав блестящие результаты в учебе, вскоре стал сталинским стипендиатом и был награжден нагрудным знаком «Отличник РККА». Осенью 1941 года вместе с товарищами принимал участие в боевых дежурствах по выявлению и тушению зажигательных бомб, сбрасываемых немецкой авиацией на здания г. Ленинграда. После выпуска из ВМедА им. С.М. Кирова в мае 1942 г. (г. Самарканд) В.Д. Беляков проходил военную службу, занимая врачебные должности в различных частях, а затем получил назначение на должность врача-бактериолога СЭЛ Черноморского округа погранвойск.

В 1964 г. вышла из печати его монография «Эпидемический процесс. Теория и метод изучения». Книга, содержащая глубокие и аргументированные обобщения, принесла автору широкую известность. Поднятые в этой книге вопросы о движущих силах эпидемического процесса в последующих его работах получили более выпуклое развитие. Рассматривая теорию трех факторов, В.Д. Беляков положительно оценил то, что она дала очень важную с практической точки зрения группировку противоэпидемических мероприятий. Однако он решительно возражал против того, что элементы «триады» являются движущими силами эпидемического процесса. На основе системного подхода В.Д. Беляков выделил в эпидемиологии 6 разделов (вместо трех) и впервые в стране ввел в качестве самостоятельного раздела учебника «Эпидемиологическую диагностику» (Военная эпидемиология, 1976). Введение такого раздела в учебник было продиктовано пониманием ограниченности возможностей профилактической медицины рамками урезанных приемов эпидемиологической диагностики (эпидемиологическое обследование очагов инфекционных заболеваний, санитарно-эпидемиологическая разведка и наблюдение) и необходимости ретроспективного изучения совокупных данных о заболеваемости войск и населения в интересах профилактики. «Стратегия профилактики определяется результатами ретроспективного анализа заболеваемости», - подчеркивал В.Д. Беляков.

Вершиной теоретических разработок В.Д. Белякова в области инфекционной эпидемиологии явилась выдвинутая в 1980 г. им и группой сотрудников кафедры общей и военной эпидемиологии ВМедА им. С.М. Кирова теория саморегуляции эпидемического процесса. Виталий Дмитриевич воспитал большой отряд практических работников-специалистов санитарно-эпидемиологических учреждений, научных работников и педагогов для научно-исследовательских и военно-учебных заведений МО СССР. Им опубликовано около 500 научных работ, в том числе около трех десятков книг, среди которых более 10 научных монографий и более 10 учебников и учебных пособий. Под его руководством защищено более 40 кандидатских и докторских диссертаций.

После увольнения из рядов Вооруженных Сил Виталий Дмитриевич был избран заведующим кафедрой эпидемиологии 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова, которой руководил с 1982 по 1996 гг.

В историю медицинской науки второй половины XX века Виталий Дмитриевич Беляков вошел как достойный продолжатель деяний Д.К. Заболотного, Е.А. Павловского, Л.В. Громашевского. Нет сомнений в том, что идеи академика В.Д. Белякова в области профилактической медицины будут продолжены и развиты трудами его многочисленных учеников и последователей.

Е.И. Филиппова\*

**ПРОТИВОВИРУСНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ,  
ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ БАЗИДИАЛЬНЫХ ГРИБОВ, В  
ЭКСПЕРИМЕНТАХ IN VITRO И IN VIVO В ОТНОШЕНИИ  
ПАНДЕМИЧЕСКОГО ВИРУСА ГРИППА (H1N1)V**

*ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор», г. Новосибирск  
Научный руководитель: к.б.н. Н.А. Мазуркова*

Вирус гриппа является единственным вирусом, способным вызвать пандемию в современном мире. В прошлом столетии отмечено три пандемии гриппа, вызванные вирусами подтипов А/Н1N1 (1918 г.), А/Н2N2 (1957 г.), А/Н3N2 (1968 г.).

В апреле-мае 2009 г. ВОЗ объявила о начале первой в новом веке пандемии гриппа, вызванной вирусом А(Н1N1), получившим название свиной (калифорнийский) грипп. В настоящее время этот новый вирус широко распространился в мире, зафиксирован в 213 странах на 5 континентах и стал причиной 16813 смертельных исходов. Заболевание, вызываемое пандемическим вирусом, более контагиозное, по сравнению с обычным

сезонным гриппом и быстро передается от человека к человеку.

Борьба с гриппозной инфекцией основывается на лечении с применением иммунокорректирующей, патогенетической, симптоматической терапии, вирулицидных и противовирусных этиотропных препаратов. Однако для лечения и профилактики пандемического гриппа ВОЗ рекомендует использовать препараты этиотропного действия, оказывающие непосредственное прямое воздействие на размножение вируса.

В настоящее время в мире активно проводятся исследования по поиску и разработке противовирусных препаратов на основе соединений природного происхождения, обладающих более мягким терапевтическим действием и низкой токсичностью по сравнению с синтетическими лекарственными средствами. В этом отношении базидиальные грибы представляют значительный интерес как источники лечебных и профилактических средств с противоопухолевой, иммуностимулирующей и противовирусной активностью. В России подобные исследования только начинаются.

**Цель исследования.** Целью данной работы было изучение противовирусных свойств экстрактов, выделенных из базидиомицетов, в отношении пандемического вируса гриппа A/Moscow/226/2009 (H1N1)v на линии клеток MDCK и лабораторных животных.

**Материалы и методы исследования.** В работе использовали штамм пандемического вируса гриппа A/Moscow/226/2009 (H1N1)v из коллекции ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор». Нами исследованы водные экстракты из грибов базидиомицетов, полученных из лаборатории коллекции грибных культур и простейших ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор». В качестве референс-препарата использовали Тамифлю® (Ф.Хоффманн - Ля Рош Лтд., Швейцария). Для тестирования токсичности и противовирусной активности препаратов использовали перевиваемую культуру клеток MDCK, полученных из коллекции культур клеток ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор», и мышей Balb/c массой 14-16 г, полученных из питомника ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор».

**Результаты исследования.** Установлено, что водные экстракты базидиомицетов обладают низкой токсичностью, что дает им большое преимущество перед синтетическими препаратами, которые имеют множество побочных эффектов. Экстракты базидиальных грибов родов *Pleurotus*, *Ganoderma*, *Laetiporus* и *Inonotus* подавляют репликацию вируса гриппа A/Moscow/226/2009 (H1N1)v в культуре клеток MDCK с той или иной эффективностью. Кроме того, при пероральном введении некоторых исследованных экстрактов базидиальных грибов мышам, инфицированным штаммом вируса гриппа A/Moscow/226/2009 (H1N1)v, наблюдается уменьшение его продукции в легких.

Таким образом, обнаружение противовирусной активности экстрактов базидиальных грибов открывает перспективу для дальнейших исследований по созданию на их основе препаратов, обладающих профилактиче-

ским и лечебным эффектом в отношении вируса гриппа, в том числе пандемического вируса гриппа А (H1N1/09)v.

К.В. Чечеткина, А.С. Аракельян\*, А.С. Стулов, Н.А. Заплетина,  
В.М. Филиппова

## **НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА – КАК УГРОЗА ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕРРОРИЗМА**

*Кафедра инфекционных болезней,  
Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Р.С. Аракельян*

Главным источником биологической опасности для человека являются микроорганизмы, поскольку они представляют собой самую обширную, разнообразную и наименее изученную часть всего живого мира. Даже в условиях относительного благополучия инфекционные заболевания практически во всех странах мира занимают ведущее место, являясь одной из основных проблем для здравоохранения. В России общее число заболеваний вирусными инфекциями составляет от 35 до 40 млн. человек в год.

Реальная угроза биотерроризма с возможным применением вируса оспы или генетически измененных вариантов этого вируса поставила Россию, США и мировое сообщество перед необходимостью пересмотра национальных и международных программ с целью ускорения разработки, создания и совершенствования средств лечения, профилактики и диагностики этого заболевания. Согласно исследованию, проведенному американскими учеными в 1994 г., со времени окончания Первой мировой войны произошло более 244 инцидентов использования биологического и химического оружия.

Натуральная оспа – это потенциально смертельное инфекционное заболевание, возбудителем которого является вирус натуральной оспы. Вирус натуральной оспы вызывает тяжелое заболевание, которое сопровождается высокой температурой и пустулообразной сыпью на теле. Натуральная оспа – ликвидированная инфекция, которая продолжает угрожать человечеству. Смертность от оспы среди вакцинированных пациентов составляет 3%, среди невакцинированных – 30%. Оспа влияла на судьбы народов и ход истории, тормозила экономическое и культурное развитие стран и районов, была причиной гибели многих развитых цивилизаций.

Американские эксперты смоделировали возможное развитие событий в случае диверсионного применения оспы. Так, при распылении террористами аэрозоля, содержащего вирус натуральной оспы в крупном городе

с населением 2,5 млн. жителей, на расшифровку событий потребуется не менее двух недель! А если учесть, что один заболевший, общаясь, заразит 20-30 человек, можно представить, какая получится геометрическая прогрессия...

Население России, как и население всех стран мира, прививалось против оспы более 25 лет назад, а лица моложе 25 лет вообще никогда не иммунизировались. Следует также учитывать, что уровень иммунитета после противооспенной иммунизации значительно снижается через 5 лет после прививки, а спустя 10 лет у абсолютного большинства привитых полностью исчезает. Следовательно, в настоящее время население России и всех стран мира не обладает иммунитетом против натуральной оспы, ввиду чего возникновение в силу разных причин неблагоприятной по оспе ситуации чревато катастрофическими последствиями и потребует незамедлительной специфической защиты от заболевания лиц, контактировавших с больным человеком или первично инфицированных.

Ликвидация заболевания не означает полного уничтожения вируса. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, все государства, хранившие запасы оспенных вирусов, должны были их уничтожить. В настоящее время, согласно официальным данным, остались только две коллекции законсервированных вирусов натуральной оспы (так называемых музейных штаммов). Таким образом, потенциальную угрозу возвращения вируса натуральной оспы или появления его новых вариаций полностью исключить, по всей вероятности, нельзя.



## СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ НАУКИ

---

А.Е. Абдикарим  
**ТРАДИЦИОННАЯ КАЗАХСКАЯ КУЛЬТУРА:  
ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕВАНИЯ**

*Кафедра социально-исторических наук,  
Новосибирский государственный медицинский факультет  
Научный руководитель: старший преподаватель Л.Г. Федотова*

**Цель исследования** – проанализировать особенности врачевания, раскрыть традиционные методы казахской медицины, сложившиеся с древних времен (кумысотерапия, лечение курдючным (бараньим) жиром, лечение теплом рук, очищение огнем, очищение водой, музыкотерапия, обрезание), которые являются неотъемлемой частью казахской культуры и альтернативными методами лечения в современном мире. Основным методом исследования стал анализ вторичных источников и личное участие при использовании традиционных методов лечения местными знахарями (бахсы).

Кумысотерапия – вид лактотерапии, заключающийся во внутреннем применении в лечебных целях кумыса, содержащего витамины группы В, РР, А, Е, С и микроэлементы. Кумысолечение эффективно при язве желудка, двенадцатиперстной кишки, дизентерии, брюшном тифе. Кроме этого кумыс обладает бактерицидными свойствами, мочегонным и желчегонным действием, улучшает процессы расщепления пищи, улучшает перистальтику желудочно-кишечного тракта, снижает уровень холестерина. О том, что кумыс является эффективным средством при лечении различных болезней, говорили выдающиеся терапевты еще в XIX веке. Так, С.П. Боткин называл кумыс «прекрасным средством при лечении легочных туберкулезных больных», а Г.А. Захарьин отмечал, что «слава кумыса как лечебного средства вполне заслуженная» и утверждал, что это наилучшее средство для укрепления сил. Первая кумысолечебница в России была открыта в селе Богдановка Самарской губернии еще в 1854 г.

Неотъемлемой частью казахской кухни и традиционных обрядов является курдючный жир, который широко используется и в лечении, особенно при воспалительных процессах. Например, при мастите, фурункулах – те-

плый свежий курдючный жир накладывают на болезненное место, сверху накрывают полиэтиленовым пакетом и плотно перевязывают теплым материалом, и такую повязку женщины могут носить 3-5 дней, пока боли не прекратятся. При бронхитах и других бронхо-легочных заболеваниях пьют горячий растопленный жир по утрам. При снижении иммунитета употребляют жареный, соленый жир.

Одним из традиционных казахских методов лечения является лечение воздействием тепла рук, что является фактически аналогом физиотерапии. Однако отличие от простой физиотерапии в том, что тепло есть Вселенская энергия, которую лечащий человек пропускает сквозь себя. Каждый орган берет столько энергии, сколько ему необходимо, поэтому нет опасности, что лечащему передастся недуг больного, а больному энергия целителя. Это явление в 80-е годы XX в. исследовалось группой ученых в Институте радиотехники и электроники АН СССР (ИРЭ).

Другими методами врачевания в казахской культуре являются лечение огнем и водой, музыкотерапия и др. Метод лечения огнем и водой основан на представлениях народа о четырех элементах, лежащих в основе начала жизни, а музыкотерапия – на целительном воздействии музыки на психическое и физическое состояние человека.

В целом, в традиционном врачевании казахского народа сложились представления о причинах психосоматических заболеваний, в основе которых лежат конфликты между духовными потребностями человека и реальией внешнего мира. Из этого следует, что одним из факторов, сохраняющих психическое и физиологическое здоровье человека, является почитание и сохранение им традиций и обычаев своего народа.

Л.А. Бобылев

## **СРАВНЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ВРАЧА В XIX В. И В СОВРЕМЕННОСТИ**

*Кафедра социально-исторических наук*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: преподаватель С.О. Вишневский*

В XIX в. было отменено крепостное право. Это событие ознаменовало получение медицины для всех слоёв общества. Медицина в нашей стране сейчас имеет достойный уровень качества и может обеспечить качественное лечение практически любого заболевания. Между этими двумя эпохами прошло много времени, за которое установился и распался социализм, а теперь, благодаря демократии и капитализму, мы имеем большинство благ, которые может нам предложить научный прогресс. Многое изменилось и эти изменения достойны сравнения и рассмотрения.

Во многом эти 2 века похожи, но многим и различаются. Так же был переходный момент от, фактически, одного уклада жизни к другому. В стране были проблемы, похожие на нынешние. То же прослеживается и в медицине. Сразу после окончания 7-8 годового обучения молодых специалистов автоматически распределяли по всем уголкам страны. Однако, учитывались их личные пожелания и возможности.

По прибытию им отпускалась очень небольшая зарплата как штатским врачам и, по большей части, работа в медицинских учреждениях не занимала у них много времени, что позволяло им зарабатывать себе на проживание путём частного излечения больных. Так же, впрочем, как и сейчас, молодым врачам, которые ехали работать в проблемные районы, выписывалось больше денег, чем специалистам, которые выбрали своим местом работы европейскую Россию. К примеру: молодой врач в Иркутске получал 480 рублей в год, в то время как оклад в Европейской России составлял 250 рублей в год, так же возможность раньше уйти на пенсию. Примерно те же условия и у нынешних специалистов — те же дотации со стороны государства, те же работы сразу в нескольких клиниках, а так же работа по совместительству массажистами и другими вспомогательными профессиями. Что следует отметить, так это то, что в те времена государство практически никак не помогало студентам финансово, то есть молодые люди должны были во время учёбы подрабатывать, чтобы обеспечить свою жизнь. Общежития выдавались всем исправно. Так же всем студентам полагалось питание за счёт «университетского стола». Так в своей автобиографии Н.И.Вишняков указал, что после прикомандирования его, на время, к Казанскому госпиталю он несказанно обрадовался выдаче ему квартирных денег — 7 рублей в месяц: «Хотя доктор Николаи не имел власти самолично прикомандировывать врачей к госпиталю, но ввиду усиления в то время болезненности между квартировавшими частями войск в г. Казани и проходившими через город воинскими командами, исходатайствовал прикомандирование меня к Казанскому госпиталю без жалования, но с выдачею квартирных денег, по 7-и руб. в месяц. Я был рад и тому. Я ниоткуда не получал вспоможения деньгами; кроме того, с выходом из университета я лишился пользования университетским столом».

Однако ранее было намного труднее получить образование в университете, так как практически все учебные пособия были на латыни, многие преподаватели не очень хорошо владели русским языком (как пример, профессор Казанского университета Георгий Иоакимович Блосфельдт), что, однако, скорее всего, шло только на пользу будущим врачам.

Таким образом, несмотря на огромную пропасть во времени между этими вехами нашей истории, общая концепция подготовки и применения молодых специалистов практически не изменилась. Более частные вопросы требуют более конкретного рассмотрения.

В.О. Ионов  
**ТРАДИЦИОННАЯ РОДИЛЬНАЯ ОБРЯДНОСТЬ ОБСКИХ  
УГРОВ**

*Кафедра социально-исторических наук,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.и.н., доцент А.Г. Шатов*

Традиционная родильная обрядность обских угров (ханты и манси) является не только важнейшим элементом культуры, но и имеет ряд медицинских аспектов. Цель данного исследования - изучить традиционную родильную обрядность обских угров. Предметом профессионального изучения тема традиционной семейной обрядности хантов и манси становится на рубеже XIX - XX веков. Первым исследователем был финский ученый Ф.К. Карьялайнен. В дальнейшем, в разные годы, к вышеуказанной теме обращались В.М. Кулемзин и Н.В. Лукина, З.П. Соколова, Н.М. Талигина и др.

Родильную обрядность условно можно разделить на три периода: дородовой (внутриутробный), собственно роды и послеродовой. Для дородового периода характерны следующие обычаи и обряды: соблюдение различных запретов и правил, моления и жертвоприношения духам-покровителям, обряды очищения, подготовка места для родов (отдельное помещение, где женщина пребывала определенное время до родов, протекали роды и послеродовой период), изготовление куклы (вместилища духа-покровителя), колыбели и прочее. Первую колыбель делали из бересты. Мать шила также маленькое теплое одеяльце из шкурок лебедя или из зимней шкурки зайца, заготавливала подушечку, мягкую оленью шерсть, размятую труху березы или ивы, которую настилали на дно люльки для впитывания влаги.

Чтобы легче проходили роды, делали специальное приспособление: на расстоянии примерно 1 м ставили две вертикальные жерди, на которые на высоте около 70 см. прикрепляли поперечину. Роженица при схватках, став на колени, расставляла ноги, грудь облокачивалась на перекладину, а руки свешивала по другую ее сторону. Под женщину подкладывали сено и повитуха, чтобы принять ребенка, подходила только после первого крика ребенка. В других случаях женщина ложилась под перекладину и, при схватках, держась руками за эту жердь, подтягивалась и напрягала живот, чтобы разродиться.

После появления ребенка повитуха обрезала пуповину, помещала послед в берестяную коробочку и уносила в лес (иногда ее помешали в белую тряпку и закапывали). Повитуха мазала щеки ребенка кровью, чтобы он был краснощеким. Пупок завязывали, рану засыпали порошком из угля.

Во время послеродового периода также следовали многочисленные об-

ряды очищения, жертвоприношения Богине-матери, похороны последа, различные церемонии во время переноса ребенка в дом, укладывание его в колыбель, праздник по случаю рождения ребенка и т.д.

Родильные обряды обских угров тесно связаны с представлениями о «нечистоте» женщины (во время менструации девушки и женщины считались «нечистыми») и особое место уделялось очищению матери и ребенка. Обряды очищения состояли из нескольких процедур: очищение чаговым раствором (чага, вода); очищение над паром камня, железа; очищение дымом при сжигании состава, в который входят бобровая струя, чага, можжевеловые ветки и шерсть оленя). Во время менструаций в качестве прокладок использовались древесные стружки (осина, ольха, ива), которые способствовали поддержанию чистоты и профилактике гинекологических заболеваний, так как они гигиеничны, гигроскопичны и содержат дубильные вещества. Древесные стружки, березовая труха, чага и древесный уголь также имеют антисептические свойства.

Таким образом, традиционная родильная обрядность обских угров содержит рациональные элементы, направленные на поддержание санитарно-гигиенических норм при родах в конкретных ландшафтных условиях с использованием природных материалов.

Н. А. Лутковская  
**ПОСЛЕДНИЙ ЦАРСКИЙ ЛЕЙБ-МЕДИК  
ЕВГЕНИЙ СЕРГЕЕВИЧ БОТКИН**

*Кафедра социально-исторических наук  
факультета социальной работы*

*Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: преподаватель С. О. Вишневский*

Об Евгении Сергеевиче Боткине известно очень мало: скупые строки в монографиях о его знаменитом отце Сергее Петровиче Боткине и беллетризованные очерки о гибели Царской Семьи, где есть некоторые сведения о царском лейб-медике, в большей своей части не подкрепленные документально. В связи с этим, стоит обратить внимание на его незаурядную личность и подробнее узнать о его биографии, карьере на научном поприще и в области практической медицины.

Евгений Сергеевич стал врачом, конечно под влиянием отца (как и его братья, Сергей и Александр). Он прекрасно учился, как братья окончил Академию, причем с отличием, стажировался у лучших специалистов в университетах и клиниках Европы. От отца он усвоил медицину не только как науку, но и как искусство. Считал миссию врача служением, сродни священни-

ческому – об этом повествует его книга «Свет и тени Русско-японской войны 1904—1905 гг.: Из писем к жене» (1908 г.).

В мирное время в разные годы Евгений Сергеевич был главным врачом Общины святого Георгия (с 1 января 1898 г.) при этом также являлся врачом для командировок при Военном клиническом госпитале, терапевтом Мариинской больницы для бедных, преподавателем в Императорской Военно-Медицинской Академии, состоял в различных медицинских комитетах и обществах. На Русско-японскую войну ушел как доброволец.

После войны – 6 мая 1905 года был назначен Почетным лейб-медиком Двора Его Императорского Величества. Большая часть жизни была отдана службе Государю: он каждый день проводил врачебный осмотр семьи, сопровождал в поездках; а для них он был одним из самых близких и дорогих людей. Это подтверждается и тем, что он стал хранителем государственной и врачебной тайны о гемофилии наследника.

Одним из его достижений оказалась лекция, посвященная вопросу «Что значит «баловать» больных?» в 1903 году. Главный принцип, вынесенный из лекции: «Врач побеждает болезнь сильнейшим средством – «сердечным отношением», которое рождает доверие больного». До него мало кто задумывался об этой проблеме.

В научной сфере он тоже преуспел. Свою диссертацию он посвятил изучению состава крови – «К вопросу о влиянии альбумоз и пентонов на некоторые функции животного организма» (о роли лейкоцитов и значении этих кровяных телец, когда они в норме и при различной патологии).

Но, к сожалению, преуспевающий врач и ученый погибает вместе с Царской Семьей при расстреле. Он выполнил свой долг перед Государем – не оставил Семью в ссылке и помогал своему главному пациенту – цесаревичу Алексею, до конца его жизни.

Канонизирован РПЦЗ в 1981 году вместе с другими расстрелянными в доме Ипатьева — и Романовыми, и их слугами. 30 октября 2009 года Генеральная прокуратура Российской Федерации приняла решение о реабилитации 52 человек из окружения императора Николая II и его семьи, подвергшихся репрессиям после революции. В числе реабилитированных был и Евгений Боткин.

Евгений Сергеевич воплотил в себе все грани таланта врача: достиг своих высот в сфере научной и практической медицины, преподавании и до конца своих дней сумел сохранить облик настоящего врача и человека. Е. С. Боткин является одним из лучших этических образцов врача-профессионала, поэтому стоит помнить не только об его знаменитом отце Сергее Петровиче Боткине, но и о нем самом.

А.Е. Мухин  
**СТАНОВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В  
НОВОСИБИРСКЕ**

*Кафедра социально-исторических наук,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: к.и.н, доцент И.И. Николаева,  
заведующая музеем НГМУ С.Г. Шамовская-Островская*

**Цель** данного исследования - изучить историю становления хирургической помощи детям в Новосибирске и показать роль кафедры детской хирургии НГМУ в развитии этой помощи. Основным методом исследования явился анализ вторичных источников и изучение архивных фондов музея НГМУ.

До 1969 г. ни в городе, ни в области не было базы для специальной подготовки детских хирургов. Когда вопрос нехватки кадров встал особо остро, было принято решение создать в НГМИ кафедру детской хирургии, просуществовавшую до 2012 г. Возглавить ее было предложено доценту кафедры факультетской хирургии Надежде Николаевне Прутовых. Коллектив вновь созданной кафедры сыграл большую роль в становлении хирургической помощи детям Новосибирска. Н.Н. Прутовых проявила большие организаторские способности и смогла наладить эту работу с первыми своими сотрудниками – ассистентами к.м.н. З.М. Мурахтановой, к.м.н. Г.Д. Шапиро, В.А. Можным и клиническим ординатором В.Т. Марченко.

Основной задачей кафедры было создание полноценной клинической базы для оказания высококвалифицированной помощи детям и для обучения студентов основам детской хирургии. На то время детская хирургия в Новосибирске была представлена небольшим отделением всего на 30 коек в областной больнице. По согласованию с администрацией городского отдела здравоохранения и мединститута на базе клиники факультетской хирургии лечебного факультета для кафедры детской хирургии были выделены две небольшие палаты, куда госпитализировались дети различных возрастных групп, с различной патологией, и одна удобная комната, где проводились занятия со студентами.

В 1971 г. впервые в Новосибирске на базе больницы № 23 была открыта клиника детской хирургии уже на 100 коек. Это позволило готовить молодые кадры детских хирургов. В результате большой работы в стенах клиники в полном объеме начала оказываться помощь новорожденным с различными пороками развития. Из-за недостатков кадров детских хирургов коллектив кафедры взял на себя основную тяжесть оказания диагностической, консультативной и оперативной помощи детям.

Н.Н. Прутовых удалось доказать руководителям местных органов здравоохранения необходимость существования в Новосибирске специали-



рованной детской хирургической помощи. Благодаря ее усилиям в городе появились две новые детские хирургические клиники: в 1972 г. – 1-ая детская и в 1976 г. – 3-ья детская больницы. Параллельно с практической деятельностью Н.Н. Прутовых активно занималась наукой в области общей и детской хирургии. Она на протяжении 25 лет возглавляла детскую службу в городе, выполняя функции внештатного детского хирурга города.

В начале 70-х годов коллектив кафедры пополнился хорошо подготовленными опытными хирургами: Е.А. Коваленко, В.П. Мотовым, Д.И. Кузнецовым, В.В. Степановым, которым пришлось овладевать новой профессией – педиатрической хирургией. Только в конце 70-х годов кафедра детской хирургии начала пополняться выпускниками педиатрического факультета (А.В. Соловьев, Р.Н. Трахтенберг, С.П. Кузьмин, А.С. Кузнецов и др.). С этого момента начался процесс формирования специализированной хирургической помощи детям с расширением коечного фонда на существующих клинических базах.

Ю.В. Петрова  
**ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ МЫШ.ЕГО НАУЧНО-  
ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

*Кафедра социально-исторических наук  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: преподаватель С.О. Вишневский*

В 2013 г. медицинская общественность города Новосибирска отметила 140-летие со дня рождения Владимира Михайловича Мыша — общественного деятеля, профессора, академика, блестящего хирурга, создавшего целую школу своих учеников, написавшего множество научных работ. С его именем связана организация хирургической помощи не только в Новосибирске, но и на территории всей Сибири.

Родился Владимир Михайлович Мыш 4(16) января 1873 г. в Санкт-Петербурге. По окончании 6-й классической гимназии, он поступает в Военно-медицинскую Академию и заканчивает ее в 1895 г. со степенью лекаря. Еще, будучи студентом 4-го курса, он был удостоен золотой медали за работу «Панкреатический диабет, его патогенез и клиника» (1894г.). После окончания академии, он был оставлен врачом для усовершенствования при кафедре академической хирургической клиники профессора Н.А. Вельяминова. Где и написал диссертацию на степень доктора медицины «*Нервii vaginales inguinales в детском возрасте*» (1898г.).

В 1898 г. В.М.Мыш получил назначение в Калужский военный лазарет младшим врачом, где тут же с жаром взялся за реорганизацию вверенно-

300

го ему хирургического отделения. Много внимания уделяет в этот период детальному изучению на практике местной анестезии, а так же совершает первые попытки в области цистоскопии.

Тремя годами позже В.М. Мыш был избран экстраординарным профессором по кафедре теоретической хирургии Томского университета. Преподавательская деятельность началась тяжело: кафедра не была оборудована, не было клиники, лекции Владимиру Михайловичу приходилось составлять самому. В 1907 г. выходит первый том работы «Основы хирургической патологии и терапии» — в нем изложены все лекции В.М. Мыша.

В 1902 г. Владимир Михайлович открывает прием по хирургическим болезням, в должности консультанта хирурга в Томской общине Красно-го Креста. Не смотря на скромные условия (палата из 2 коек и операционная), это помещение стало играть роль хирургического стационара, где В. М. Мыш почти два года осуществлял свою хирургическую деятельность.

С 1904 по 1905 г. В.М. Мыш работает в Томском госпитале Красного Креста. В это время он впервые читает курс лекций по рентгенографии и предоставляет госпиталю рентгеновский аппарат, при помощи которого было сделано 223 снимка.

Следующий крупный этап деятельности В.М. Мыша пришёлся на 1909-1931 гг.: он работает на кафедре факультетской хирургической клиники Томского университета. За время работы в Томске он широко развивает хирургическую урологию, приобретает специальное оборудование для операций на грудной полости. В 1912 г. он первым в России выполнил радикальную операцию резекции печени при альвеолярном эхинококке. Совместно с Л.И. Омороковым и А.В.Триумфовым развивает нейрохирургию. В 1931 г. во главе хирургической клиники ГИДУВа переехал в Новосибирск, где В.М. Мыш организует превосходную клинику, руководит Научным обществом хирургов.

Владимир Михайлович опубликовал свыше 136 научных работ, в том числе автобиографический очерк «Мой путь врача специалиста». Он удивительным образом сочетал в себе качества блестящего хирурга, выдающегося клинициста и преподавателя. Он стал инициатором и организатором всех отделов хирургической клиники – урологии, нейрохирургии, стоматологии, рентгенологии, ортопедии и пластической хирургии. Всеми помыслами и поступками В.М.Мыша руководила исключительная преданность отечественному здравоохранению.

Скончался В.М. Мыш в 1947 году. Похоронен на Заельцовском кладбище города Новосибирска. На могиле воздвигнут памятник, увенчанный его бюстом.

Е.С. Черкасова  
**МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ В  
РУССКОЙ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ**

*Кафедра социально-исторических наук,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: преподаватель Н.В. Пинтилей*

Сфера народной медицины - богатейший источник информации, который может значительно расширить представление о религиозно-мифологической картине мира этноса, так как является одним из элементов традиционной культуры.

Народная медицина русских передавалась из поколения в поколение устным путем. В отличие от традиционно-письменной медицины других этносов (прежде всего восточной медицины), она не представляет систематизированной отрасли знания, а является частью традиционной русской культуры и включает в себя разностадийные синкретические верования, магическую практику, богатейшие эмпирические знания и опыт.

Со второй половины XIX в. в области научной медицины было сделано много открытий. Объяснение происхождения ряда заболеваний проникло и в среду «простолюдов», однако, многие болезни оставались для него долгий период времени непонятными, к ним относятся всевозможные нервные заболевания, проявляющиеся внезапно и без особых видимых причин.

В традиционных обществах здоровье рассматривалось как основа жизнедеятельности человека. По народным представлениям, болезнь наступает в результате нарушения запретов, связанных с природой или как следствие вторжения природных или сверхъестественных сил. Человек прежних эпох не задумывался над исходными предпосылками, он был уверен в том, что болезнь вызывается колдовством, так же как для нас не подлежит сомнению естественная причина болезни. «Человек прежних эпох думает и живет, исходя из совсем других предпосылок, нежели мы, но он не более логичен или алогичен». (К.Г. Юнг).

Целая область народной медицины русских построена на психотерапии. Многие болезни происходили на психической почве, причем исключительное положение занимала вера в порчу, а потому всякое малейшее недомогание крестьяне приписывали порче и «сглазу». Для лечения любых болезней (как тела, так и духа) использовались лекарственные средства, полезная пища, народные заговоры, обряды, которые были связаны с верой в магическую силу слова, каких-то действий с предметами, которым приписывалась возможность воздействия на человека. При этом часто такие лечебные обряды давали положительный эффект, что возможно объяснить запуском

(включением) защитных механизмов организма, под воздействием которого происходило выздоровление. После лечения больной был убежден, что болезнь ушла (происходило переключение ассоциаций). «Заговоры» прежде всего воздействовали на нервную систему, которая участвует в функционировании всего организма, а его резервы огромны и еще плохо изучены.

Было бы неправомерно утверждать, что современная научная медицина может полностью объяснить все приемы знахарской практики. Несомненно, одна из черт знахарской практики, являющейся отличительной особенностью русской медицины, о которой писал Г.И. Попов: «Проявляясь повсюду - в приемах знахарей и повитух, в отношениях к больным родных... требование прежде всего сердечности, эта основная черта народной медицины составляет такое драгоценное отличие от материального направления в медицине и рациональной мысли Запада, которые представляются нескончаемым идеалом будущего». Необходимо и будущим врачам учитывать подобные особенности национальной медицины.

А. Шавкатзода  
**СОЦИО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ  
БЕРЕМЕННОСТИ. РЕСПУБЛИКА ТАДЖИКИСТАН И  
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**

*Кафедра социально-исторических наук,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: ст. преподаватель О.Ю. Сиваченко*

Качество репродуктивного здоровья определяется многими факторами: наследственностью, воздействиями среды, социально-экономическими условиями жизни. Проблема ранней беременности - это проблема не только медицинская, но и социальная. Задачами данного исследования являлось: выявить причины раннего брака и ранней беременности, изучить отношение социума к данной проблеме в Таджикистане и России. Было проведено анкетирование среди образованных людей Республики Таджикистан (РТ), Согдийской области. Исследование носило пилотный характер, было опрошено 52 респондента. Собранная информация была структурирована, и на ее основе созданы статистические таблицы. Кроме того, в ходе исследования были использованы 20 таджикских и 30 российских статей по данной теме.

Проблема раннего брака и ранней беременности в Таджикистане уходит в глубокую древность. Но сегодня особую роль играет менталитет, который требует, чтобы девушка вышла замуж в возрасте 17-19 лет. Рождение ребенка сразу после свадьбы является важным компонентом семейной жизни. 75% опрошенных считает давление общества определяющим фактором

в принятии решения о раннем рождении ребенка. 10 % причиной называет настойчивость матери мужа. 5% причинной раннего брака в Таджикистане считают неграмотность родителей относительно репродуктивного здоровья. Исследование установило, что даже у образованных людей недостаточно знаний об угрозах ранней беременности. Интересно, что старшее поколение (70-75 лет) сторонники замужества в возрасте 21-24 лет, так как сами выходили замуж в возрасте 17 лет и на своем опыте видели негативные последствия. Наблюдается противоречие, отношение к раннему браку у опрошенных в основном отрицательное, но выдают и выходят замуж все равно в возрасте 17-19 лет. Почему? «Боимся остаться старой девой», - говорит одна из респонденток.

В Российской Федерации увеличение частоты беременности в подростковом возрасте напрямую связано с неосведомленностью о методах предупреждения беременности. Многочисленные исследования показывают, что повышенный риск беременности в подростковом возрасте связан с низким самолюбием, низким качеством использования свободного времени и недостаточной поддержкой со стороны семьи, также отсутствие в семье девушки-подростка отца или лица, его заменяющего. Решить проблему в России легче, чем в Таджикистане. Современная молодежь любознательна и проведением тренингов в общеобразовательных школах можно донести до подростка, какой неисправимый вред наносит здоровью ранний половой акт и ранняя беременность. Беременность наступившая в подростковом возрасте до окончания формирования женского морфотипа ускоряет процессы соматического и полового созревания. Увеличивается выраженность вторичных половых признаков, даже когда беременность была прервана в ранние сроки. Особенно характерны изменения костного таза, который за время беременности достигает размеров, характерных для взрослой женщины. Наблюдается неблагоприятное течение родов. Развитие плода происходит в условиях фетоплацентарной недостаточности и сопровождается внутриутробной гипоксией, которые приведут к задержке в развитии ребенка.

Сегодня данная проблема в РТ практически не изучена. В стране не ведутся официальные исследования по проблеме ранних браков. Отношение и власти, и народа к раннему браку приведет к социальной катастрофе. Выйдя замуж в возрасте 17-19 лет, девушка не имеет возможности получить высшее образование. Практически 25% переходят на заочное обучение, 25% запрещает семья мужа учиться. Республика Таджикистан теряет в лице своих женщин квалифицированных работников, наносится вред их здоровью, и это способствует превращению Таджикистана из развивающийся страны в неразвитую страну.

П. В. Шаянова  
**ЗНАЧЕНИЕ ЯЗЫЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕЙ РУСИ В  
СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

*Кафедра социально-исторических наук,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: преподаватель С. О. Вишневский*

Сегодня очень популярна и актуальна тема «магической медицины». Достаточно и тех, кто занимается и учит целительству. Возможно, сегодня человечеству требуется армия целителей, ясновидящих, магов чтобы спастись от болезней. Но мало кто знает истоки этого занятия. Что вся «магическая медицина Древней Руси» со временем трансформировалась и дошла до нашего времени. Эта тема была выбрана, поскольку в последнее время очень часто появляется информация о чудодейственных свойствах молитв и исцелении при помощи магов. Была изучена историография и проведён опрос, для определения понятий «язычество» и «медицина» Древней Руси и выявления значения языческой медицины Древней Руси в современном обществе.

Существует три этапа развития язычества славян, в каждом из которых присутствуют свои боги, праздники, обряды. На первом этапе религиозные представления древних славян были связаны с обожествлением сил природы, которая представлялась населённой множеством духов, что отразилось и в символике древнеславянского искусства. На втором этапе развития древнеславянского язычества складывается и держится дольше других культ Рода и Рожаниц — творца вселенной и богинь плодородия. Это был культ предков, семьи и домашнего очага. На третьем, завершающем этапе развития язычества возвышается культ Перуна, дружинного бога-громовержца. В 980 г. киевский князь Владимир I, известный также как Красное Солнышко, предпринял попытку реформировать язычество. Народная медицина на Руси с глубокой древности была частью языческой культуры. До нашего времени дошли передаваемые в устной форме заговоры, обращенные к языческим божествам, способным прогнать болезнь. В настоящее время, в СМИ часто прослеживается информация о «чудесных» исцелениях. Имеет ли «языческая медицина», пришедшая к нам с Древней Руси, значение в современном обществе. Был проведен опрос.

Анкета состояла из следующих вопросов 1.Обращались ли вы когда-нибудь к ведунам и целителям? 2.(Если первый вопрос положительный) Ваше состояние ухудшилось или улучшилось после такого лечения? 3.Как Вы относитесь в целом к «магической медицине»? 4.Популярна ли, на Ваш взгляд, «магическая медицина» в наше время? 5.Какие методы лечения (кроме магической или языческой) медицины из истории Древней Руси вам знакомы (читали в истории, передавались из поколения в поколение в Вашей семье)?

Из 90 опрошенных 70% лечились данными методами (то есть 63 человека). Из этих 63 людей примерно у 80% — 81% состояние здоровья улучшилось (51 человек). Положительно к «магической медицине» относятся 64,5 %, нейтрально — 13,4%, отрицательно — 22,1%. Так же, за популярность магической медицины высказалось 74,5%.

Исходя из результатов данного опроса, можно сделать вывод, что «магическая медицина» стала неотъемлемой частью общества. Люди обращаются к этому и получают исцеление. Но самое интересное, что всё это пришло к нам вместе с историей государства. За годом год, за веком век, появлялись обряды, символы, молитвы, которые помогали людям и они в них верили, многие из них, как показывает литература, идентичны с современными обрядами. Однако, так же, исходя из опроса, можно сделать вывод о том, что существовала широкая распространённость средств, не относящихся к магии, в основном это: растительные масла, животные жиры, камни, настои из трав, целебная сила воды, массаж, иглоукалывание, кирпичи(прогревание).



# ЛИНГВИСТИКА И МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ

---

С.Ф. Галкина\*

## УПОТРЕБЛЕНИЕ ЛАТИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА (НА МАТЕРИАЛЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО)

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.филол.н., проф. КемГУ Н.Б. Лебедева*

В последние десятилетия в различных направлениях лингвистики активно изучаются объекты речевой деятельности, ранее находившиеся на периферии традиционно исследуемых текстов, в том числе документация. Поэтому мы считаем целесообразным обращение к медицинской карте амбулаторного больного как объекту исследования, демонстрирующему использование профессиональной лексики и терминологии в речевой практике врача.

Записи текущих наблюдений специалистов сделаны вручную, на кириллице или латинице, При этом использование той или иной графической системы чаще всего связано с использованием соответствующей лексики, например: *Arteria basilaris*. Такая особенность использования латинской и кириллической системы письма обусловлена дискурсивным аспектом функционирования медицинской карты.

Еще одна характеристика данного параметра – расположение записей. Здесь можно наблюдать несколько типичных вариантов: институционально обусловленная композиционная структура, состоящая из следующих компонентов: дата, наименование специальности врача, осмотр/результаты осмотра (вариативная часть), диагноз, рекомендации/лечение, подпись врача.

Проанализируем языковое воплощение диктумного содержания медицинской карты амбулаторного больного. Часть рассмотренного языкового материала представляет собой орфографически, грамматически, стилистически и ортологически «правильный текст», например:

*Ds: врожденная внутренняя гидроцефалия в стадии субкомпенсации  
Оперативное лечение не показано*

*Рекомендовано консервативное лечение».*

Но есть записи следующего типа:

*Заболе́л вчера, насморк, подкашливает...*

*Сост удово́л, в зе́ве – гиперемия...*

Несмотря на официальность документа, фиксация текущих наблюдений врача, описание симптоматики, и диагноз не регламентированы жестко требованиями к ведению подобной документации.

Анализируя экстралингвистическую составляющую коммуникативной ситуации «врач-пациент», можно зафиксировать ее следующие особенности. больным, задает дополнительные и наводящие вопросы, после чего осмысливает полученные сведения и записывает данные в медицинскую карту. При этом врач не просто фиксирует естественную устную речь пациента. Эти факты он осмысляет, интериоризирует и переносит на материальный субстрат, носитель информации – медицинскую карту, переводит дискурс устной речи в профессиональный медицинский.

«Перевод слов» пациента из естественной устной речи в естественную письменную речь – один из путей «проникновения» разговорного дискурса в данный официальный документ. Косвенным подтверждением этого является использование врачом цитирования: *Жалобы на «похрипывание»* (прим. кавычки поставлены врачом).

Л.А. Кусова

## **МЕТАФОРА В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: преп. С.Ф. Галкина*

Развитие терминологии идет параллельно с развитием науки. Каждое новое понятие должно быть зафиксировано точным словом – термином.

Особое место в системе клинической терминологии занимают термины, которые сложились исторически как метафоры.

Метафора - это оборот речи, заключающийся в употреблении слов и выражений в переносном значении для определения предмета или явления на основе аналогии, сравнения или сходства. Это особый способ кодирования информации, корнями уходящий в глубокое прошлое, когда специальное изучение строения организма человека запрещалось религиозными верованиями. Поэтому с точки зрения научности первые анатомические обозначения имели ассоциативный характер.

**Актуальность** данной темы исследования обусловлена тем, что эмоционально окрашенная информация усваивается лучше и полнее. Тем самым метафора обеспечивает более быстрое и прочное запоминание.

Анализ современной литературы разной научной тематики позволяет выделить следующие названия метафор, описывающих состояние здоро-

вья организма человека: физиологическая метафора, морбиальная метафора, антропоморфная метафора, онтологическая метафора, конвенциональная метафора, зооморфная метафора, метафора мифологизмов, геоморфных метафор, так же встречается географический вид метафор, синкретическая метафора всех физиологических состояний. Кроме того, внутри каждой группы метафорических терминов удалось проследить определённые закономерности и разработать классификации, основанные на разных критериях, в одних случаях связанных с обозначаемой частью тела, в других – с типом называемого признака.

Анализируя состав данных терминов, их происхождение, можно убедиться, что терминология – это в том числе и система ярких, образных наименований, оживляющих и разнообразящих терминологическую систему медицины.

В медицинской терминологии метафора тесно связана с синонимией. Например, вшивость вместо педикулез, почесуха вместо пруриго, окостенение вместо оссификация, карликовость вместо нанизм и т.д.

Так как медицина не стоит на месте, многие метафорические термины которые использовались, исчезли и на их место пришли новые современные слова, синдром Алисы в стране чудес- сочетание явлений деперсонализации с иллюзорным восприятием окружающего пространства и времени, нарушением схемы тела и психосенсорными расстройствами; наблюдается, например, при эпилепсии, интоксикациях, опухолях головного мозга; «Болезнь третьего курса» -когда студенты медики изучая различные заболевания начинают их примерять на себя.

Практическая значимость нашей работы состоит в раскрытии природы метафорических терминов, которые до сих пор используются в современной практической медицине.

Анализ показал, что метафора представляет собой продуктивный способ образования медицинских терминов. Метафора относится к числу универсалий естественных языков и принципиально не может быть исключена из терминологии

Г.А. Аветян, А.А. Степанова

## **DOMINANT AMERICAN CULTURAL PATTERNS**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет.  
Научный руководитель: ст. преподаватель А.Г. Балобанова*

Significance of the study: all cultures are a complex mixture of their beliefs, values, attitudes, norms (rules) and material life. The study of intercultural communication should enhance understanding other cultures. It helps us to understand

our own culture in relation to other cultures, and provides the cues to evaluating our personal self.

The aim of the research: the aim of our investigation is to describe some dominant American cultural patterns: the future (change, progress), achievement, action, work. These patterns are important to study because they form the foundation of many other U.S. beliefs and actions.

Materials and methods: in this study we tried to trace the subjects mentioned above with the help of a number of manuals and Internet.

Conclusions: the United States is composed of a great range of cultural patterns, in part because it is such a heterogeneous society. There are 125 ethnic groups and 1,200 religious groups in the country. What it means is that it is not possible to come up with typical American culture patterns for everyone. That's why we have come to the conclusion that if we understand these cultural patterns (the future, change, progress, achievement, action, work), we'll have good basic understanding of many of the cultural influences that affect social life in the U.S.

К. И. Давлетова

## **СЕМАНТИЗАЦИЯ ЛЕКСИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ В СИНОНИМИИ ТЕРМИНОВ, ОБОЗНАЧАЮЩИХ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: преподаватель Т. Д. Богачанова*

Язык - исторически развивающееся явление, и наличие историзмов, архаизмов и неологизмов является неизбежным на всех стадиях развития социума. Распространенность этих лексических средств велика, и общепринятое значение слов не всегда совпадает с их интерпретацией в рамках обычного языкового сознания. В связи с этим возникает необходимость выявлять отличительные характеристики значения слов, что в конечном итоге способствует оптимальному достижению коммуникативной цели.

Предметом исследования являются определения, соответствующие на каждом этапе развития человечества современному лексическому значению понятия «врач».

Объектом данного исследования является процесс семантизации данных лексических единиц.

**Цель работы** – проследить процесс развития лексем, таких как «врач», «медик», «доктор», «лекарь», «целитель», оценить их актуальность, истинное значение и, как следствие, правильность употребления в наше время. Исследование базируется на данных этимологических и толковых словарей, а также на исторических источниках.

«Врач» – слово исконно славянское, которое первоначально трактовалось как «заговаривающий, волшебник». В современной интерпретации слово «врач» обозначает человека, имеющего высшее медицинское образование. Термин «медик» имеет более широкое лексическое значение, поскольку к нему можно отнести еще и студента медицинского учебного заведения. Однако в 18 веке данное определение являлось синонимом обозначения человека с высшим медицинским образованием. Общепринятая интерпретация термина «доктор» в большинстве случаев не соответствует истинному лексическому значению. В рамках сложившейся социальной ментальности «доктором» считают человека с высшим медицинским образованием, что является в корне неверным, ведь доктор – это человек, имеющий подтвержденную и регламентированную докторскую степень. В этимологии данного слова не наблюдается связи с медицинской деятельностью. Изначально понятие «доктор» обозначало различных христианских властителей, преподавателей, которые учили правильной интерпретации Библии. В середине 19 века синонимом «врача» значился «лекарь», и именно этот термин указывался в дипломах выпускников вплоть до 1918 года, а во времена Гиппократ «лекарство» указывало на «медицину». «Целитель» – это устаревшее наименование врача, связанное прежде всего с религиозными представлениями о возникновении, течении и лечении различных заболеваний. Несмотря на тот факт, что данное слово нередко встречается в обиходе, отнести его к официальной современной медицине нельзя.

На этом синонимия, связанная с наименованиями медицинского работника, не заканчивается, к этому списку можно отнести и другие определения, такие как «врачеватель», «эскулап», «знахарь», «костоправ», «шаман», «колдун», «ворожей», «ведун», «исцелитель», «недугоцелитель», «жрец», «архиятр», «ятроматематик» и так далее, которые тоже имеют оттенки лексического значения слова «врач».

Разнообразие рассмотренного синонимического ряда помогает нам проследить изменения лексических значений слов и их функционирование в речи.

**И.М. Дадобаев, М.Р.Сатторов**  
**ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛАГОЛЬНЫХ КОНСТРУКЦИЙ**  
**В РУССКОМ И ТАДЖИКСКОМ ЯЗЫКАХ.**  
**1-ЫЙ СЕРТИФИКАЦИОННЫЙ УРОВЕНЬ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: старший преподаватель О.В.Завадская*

В работе проводится сравнительный анализ глаголов русского и таджикского языков. Выборка глаголов взята из лексического минимума 1-го серти-

фикационного уровня. Цель работы составить русско-таджикский словарь глаголов, использованных в курсе «Русский язык как иностранный».

Русский и таджикский языки возникли из праиндоевропейского праязыка. Русский язык развил одни глагольные формы и категории, а таджикский во многом - другие. Основной проблемой при сравнении языковых единиц является флективность русского и аналитизм таджикского.

Глаголы русского языка, которые образуют видовые пары, составляют большинство. По способу образования их можно разделить на три группы: 1) префиксальные: читать (НСВ) - прочитать (СВ), 2) суффиксальные: рассказывать (НСВ) - рассказать (СВ) и 3) супpletивные: говорить (НСВ) - сказать (СВ). Самый продуктивный способ словообразования в русском языке - приставочный, а в таджикском нет. Значения, свойственные русским приставочным глаголам передаются на таджикский язык различными способами: таджикскими приставочными глаголами, сложными именными, сложно-деепричастными глаголами и глагольными словосочетаниями. Таджикский эквивалент русского приставочного глагола, может быть различным по структуре: от простого слова до целого предложения, составные же части такого эквивалента также различаются по семантике: от нераздельной формы сложного глагола (гуш, андохтан, барангехтан) до глагольных словосочетаний, состоящих из самостоятельных слов (канда партофтан, тамом шудан).

Проанализировав способы передачи русских суффиксальных и супpletивных глаголов, были установлены следующие типы несоответствий:

1. замена бесприставочным глаголом;
2. замена сложно-именным глаголом;
3. замена составным глаголом;
4. замена сложно-деепричастным глаголом;
5. переводческие трансформации.

Чаще всего в переводах встречаются сложно-именные конструкции, реже русским глаголам соответствуют переводческие трансформации, другие же типы передач используются ещё реже.

Результаты работы могут быть учтены при разработке национально-ориентированной методики преподавания русского как иностранного. Также, сопоставительный анализ устанавливает специфику усвоения русского языка носителями таджикского языка, характер межъязыковых соотношений, сходства и различий. Выявление данных языковых закономерностей позволяет на практике уменьшить влияние интерференции.

М. Д. Довжик  
**DISCOURSE AND LANGUAGE IN INTERNATIONAL  
COMMUNICATION**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: ст.преподаватель О.В. Черединова*

The objective. It is very important nowadays to redirect our attention on the problems of communication among people from different cultures. Because we live in remarkable times. All around us, there is a heightened emphasis on culture.

The importance of maintaining one's cultural identity often creates a rising tide to emotion, which may become an instrument of destruction. The heightened emphasis on culture and the cultural mix provides each of us with a challenge to improve intercultural communication.

The problem of intercultural communication is topical nowadays because a lot of people migrate to foreign countries and there is a mix of cultures because of that so the competence in managing intercultural differences in interpersonal communication has become a necessity.

No nation can afford cultural isolation. We need to understand our co-inhabitants so that we can compete effectively in an increasingly global economy. But we also need to better understand the diverse peoples of our world in the interests of peaceful co-existence. That's why culture is one of the most important global communication issue.

The ability to carry out communication is the leading aim of discourse because only through discourse culture is translated and the system of values is formed.

But speaking about discourse we mean first of all language. The importance of language in intercultural communication is difficult to overestimate. It allows people to understand messages about many different topics from literary thousands of different people. Language allows us to talk with others, to understand or disagree with them, to make plans, to remember the past, to imagine future events, and to describe and evaluate objects and experiences that exist in some other location. But there are some difficulties in communication because no language is spoken precisely the same way by all who use it. Even among those who share a similar language and reside in the same country, there are important variations in the way the language is spoken.

Cultures differ not only in their beliefs but also in what they value. Values are concerned with what a culture regards as good or bad, right or wrong, fair or unfair, just or unjust, beautiful or ugly, clean or dirty, valuable or worthless, appropriate or inappropriate, and kind or cruel.

Conclusion. Summing all this up we can say that the problem of intercultural communication became a global problem and our aim is to change the situation and to improve it.



Ю. Э. Андросова  
**ВЫЯВЛЕНИЕ ЯЗЫКОВЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ  
В ОРАТОРСКОЙ РЕЧИ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.ф.н, доцент Е. А. Бакланова*

Современный человек непосредственно сталкивается с языковыми манипуляциями в быту и в своей профессиональной деятельности. Степень воздействия на его сознание зависит как от продолжительности контактов с манипуляторами (которые могут быть явными и латентными), так и от самой сферы деятельности, которой он занимается.

Одним из опаснейших вербальных воздействий является приём, который применяют главы различных сект для увлечения народа – построение обширного пресуппозиционного пространства с непосредственным участием Бога, а также многочисленные варианты рефрейминга, результатом действия которых (по задумке сектанта) является отречение человека от собственных религиозных убеждений.

Материалом для исследования послужили тексты речей корейского сектанта Сан Мен Муна, пропагандировавшего своё собственное вероисповедание в России и странах СНГ, а также речь И.В. Сталина.

В ходе исследования удалось выявить, что сектанта использовал суггестию, которая должна была вызывать своеобразный эффект плацебо. Мун применял метод раскрутки (фокус языка), часто упоминал себя и Бога, убеждая таким образом слушателя в бесполезности его нынешней веры. Он утверждал, что именно «мунизм» (религия, которую Мун собирался сделать единственной в России) даст людям то, чего они хотят.

Рассматривая деятельность Сан Мен Муна с точки зрения теории НЛП-воздействия, можно сделать вывод, что пресуппозиционное пространство, создаваемое им в речах, базируется на его индивидуальном видении мира и религии как таковой. Чтобы описать это пространство, сектанта использует короткие неопределенно-личные или безличные предложения, практически не прибегая к эмоциональной окраске текста, но, в противовес этому, описания народа, Бога и того, что он может дать своим последователям, можно расценивать как связный художественный текст. Речи сектанта объёмные и насыщенные, в них прослеживаются не только классические примеры языковых манипуляций, такие как пресуппозиция или рефрейминг, упомянутые выше, но и скрытые НЛП-приёмы. Проиллюстрировать это можно вложенными сообщениями. Мун часто начинает предложение с местоимения «я», указывая непосредственно на себя, заканчивает словами «Бог», «небеса» или «рай», что в мыслях человека ставит сектанта на один уровень с Богом.

Для сравнения была взята речь И.В. Сталина, который использовал полностью противоположный Муну подход. Проанализировав его «Речь 11 декабря перед избирателями», мы выявили некоторые особенности: предложе-

ния первой части речи богаты вводными словами, сам Сталин говорит раздельно и четко (что слышно на аудиозаписи). К концу выступления текст становится более эмоционально окрашенным. Сан Мен Мун же избегает вводных слов вначале, оперируя трудными для восприятия длинными предложениями (что является первым шагом для создания многоступенчатой пресуппозиции).

В наше время тема религиозной принадлежности очень актуальна для определённых групп людей, она часто поднимается в СМИ. Человек должен уметь отличать простое донесение информации от серьёзных вербальных воздействий, способных не только запутать его, но и нанести ущерб. Опытные сектанты в своих речах используют только скрытые манипуляции, что делает их ещё опасней. Зная шаблон, на котором в большинстве своём основываются все публичные речи, несущие в себе воздействие, современный человек сможет защитить себя.

А.Д. Левченко  
**К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ИДИОМ.  
ВАРИАНТЫ ПЕРЕВОДА**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.филол.н., доцент Е.А. Бакланова*

Одной из актуальных тем в наше время является знание фразеологизмов и их употребление в речи. Фразеология – это раздел языкознания, изучающий устойчивые обороты речи. Это определение фразеологии дал Н.М. Шанский, доктор филологических наук. У истоков фразеологии стоят такие отечественные лингвисты, как А.А. Потебня, Е.Д. Поливанов, В.В. Виноградов и другие. Именно русские ученые открыли устойчивые сочетания слова, отметили их закреплённость в языке.

Без знания фразеологии невозможно хорошее знание языка, в том числе и английского. Знание фразеологии и разумное её использование делает речь более идиоматичной, а также значительно облегчает чтение литературы как публицистической, так и художественной.

Общепринято оптимальное решение для перевода - поиск идентичной по смыслу и основанной на одном образе фразеологической единицы: *to hold one's breath* – затаить дыхание, *to bit one's tongue* – прикусить язык. При отсутствии соответствий, подбирается русский эквивалент выражения: *in the family way* – в интересном положении, *one's blood runs cold* – кровь стынет в жилах.

Классификация английских фразеологизмов по структуре представлена Майклом Маккарти и Фелисити О'Делл. Глагол + сущ. в в. п.: *sugar the pill* –

подсластить пилюлю; сущ. в им. п. + сущ. в р. п.: *a bag of bones* – кожа да кости, *a heart of stone* – каменное сердце; сущ. в им. п. + сущ. в им. п. (двучленные): *skin and bones* – кожа да кости; сравнительная конструкция: *as sound as a roach (as sound as a bell)* – здоров как бык.

Но возможно классифицировать идиомы и по другим основаниям. Например, по общепринятой классификации предложений по цели сообщения. Повествовательные: *лук семь недугов лечит*. Побудительные: *болен - лечись, а здоров - берегись*. Оптимативные: *даст бог здоровья, даст и счастья*. Просительные отсутствуют.

Следующий вариант классификации основан на классификации предикатов Н.Д. Арутюновой. Таксономический предикат: *хворь – не свой брат, больной – и сам не свой*. Реляционный предикат: *больной, что ребенок, баня – вторая мать*. Характеризующий предикат: *больному в еде не верь, до свадьбы заживет*.

Классификация русских идиом по степени семантической слитности принадлежит В.В. Виноградову. Полагаем, что данная классификация может быть распространена и на английские идиомы. Фразеологические единства: *комок нервов – a bag of nerves*. Фразеологические сращения: *в интересном положении – in the family way*, *кровь с молоком – in blooming health*. Фразеологические сочетания: *обжечься на чем – либо – to burn one's finger*. Считаем возможным классифицировать фразеологизмы по разным основаниям, в том числе по иным, чем это принято в лингвистике.

Л. А. Морозов

## **КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.филол.н., доцент Е.А. Бакланова*

На сегодняшний день человечеством изобретено огромное количество способов передачи различной информации. Медицинская отрасль - не исключение.

Для врачей, как для ученых, коммуникация играет весомую роль, а для практикующих врачей особенно важно использовать все возможные методы общения в полном объеме.

Существует большое количество средств, посредством которых врач и пациент могут контактировать друг с другом, но, несмотря на все это обилие, для коммуникаций используются лишь некоторые, наиболее исторически устоявшиеся типы, такие как непосредственное очное общение. Несомненно, данный тип превалирует, но не стоит забывать и о других средствах.

В последнее время очень большой спрос появился на дистанционную запись на прием. В России, в большинстве муниципальных больниц и поликлиник, этот сервис представлен телефонной связью. Но у этого метода есть ряд недостатков: во-первых, одного и даже двух операторов в регистратуре недостаточно для обеспечения своевременного ответа и регистрации почти непрерывного потока больных, выдачу справочной информации и т. д. Кроме того, в отличие от частных больниц, городской бюджет не может обеспечить заработную плату «дополнительным» сотрудникам регистратуры. Во-вторых, даже трехкратное увеличение штата сотрудников регистратуры не избавит клиентов от явления «перегруженной линии», что само собой приводит к формированию неорганизованных очередей, стабильно низкому уровню обслуживания и неудовлетворенности пациентов, что в свою очередь негативно сказывается на их здоровье и формирует отрицательное отношение и недоверие к системе здравоохранения в целом. «Живая очередь» также отрицательно влияет на репутацию поликлиник.

Хорошей альтернативой телефонной записи служит регистрация больных на прием к врачу через Интернет. Но и здесь клиенты сталкиваются с определенными проблемами. Дело в том, что подобную услугу на данный момент предоставляют лишь некоторые частные клиники, хотя спрос на такого рода услуги среди населения города составляет более 50% ([www.commcenr.ru](http://www.commcenr.ru)). Истоки этой проблемы лежат в отсутствии сайтов у больниц и поликлиник, через которые могла бы предоставляться данная услуга.

Еще одна проблема связана с хранением информации. Дело в том, что большинство документов до сих пор хранятся в бумажном варианте, что значительно усложняет работу с ними. Частые потери и порча важной документации приводят в свою очередь к ряду значительных административных проблем, что затрудняет работу всей поликлиники.

В результате анкетирования на тему «Чего вам не хватает в системе здравоохранения?», проведенного нами в социальных сетях среди 125 человек (студентов новосибирских вузов), было выявлено, что 67% опрошенных желают видеть систему здравоохранения более доступной для понимания, использующей новые технологии не только в процессе лечения, но и в коммуникациях с больными. Выборочный опрос среди медицинского персонала показал те же результаты.

Для решения сложившихся в системе здравоохранения проблем рекомендуется прибегнуть к активному использованию сети Интернет, созданию общего медицинского сайта, объединяющего все городские и, возможно, Российские муниципальные и частные медицинские учреждения, предоставляющие клиентам услуги дистанционной записи на прием, консультации с врачом... Это поможет в значительной мере снизить нагрузку на медицинский персонал в области регистрации пациентов, уменьшить очереди, нормализовать поток пациентов, избежать «бумажной волокиты».

А.С. Толкочокова  
**ЭКСПРЕССИВНО-БРАННЫЕ СЛОВА  
В АЛТАЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.фил.н., доцент Е.А. Бакланова*

Экспрессивность (от лат. *expressio* - выражение) - значит выразительность речи, экспрессивный - содержащий особую экспрессию. Эмоциональность речи нередко передается особо выразительной экспрессивной лексикой.

Объединяя близкие по экспрессии слова в лексические группы, можно выделить:

1. слова, выражающие положительную оценку называемых понятий,
2. слова, выражающие их отрицательную оценку.

В первую группу войдут слова высокие, ласкательные, отчасти шуточные; во вторую - иронические, неодобрительные, бранные и др.

Настоящая работа посвящена исследованию экспрессивно-бранной лексики алтайского языка. На сегодняшний день тема по своему содержанию актуальна, т.к. в алтайском языкознании экспрессивная лексика глубоко не изучена.

В результате проведенного исследования было выявлено 42 экспрессивно-бренных слова, на базе которых создана следующая классификация:

- 1) наименования, выражающие подземный мир;
- 2) наименования, называющие домашних животных и диких зверей;
- 3) экспрессивно-бранные слова, связанные детьми;
- 4) фразеологизмы в системе бранных слов;
- 5) междометия в системе бранных слов

К наименованиям, выражающим подземный мир относятся следующие слова: *кормос* (черт), *эрлик* (бог подземного царства), *шилемир* (бес, нечистый дух), *кормос-сармас* (нечистая сила), *курум* (женск. дьявол, дьяволица), *колчин* (злой дух в виде громадного ветра), *узут* (душа, дух умершего человека), *эду* (злой дух, который не дает покоя человеку), *јутпа* (чудовище, охраняющее дворец)

К экспрессивно-бранным словам относятся слова, называющие домашних животных и диких зверей: *чочко* - «свинья» (неряшливый, неаккуратный человек), *ийт* - «собака» (злой человек), *бору* - «волк» (злой, жестокий человек), *јылан* - «змея» (холодный, скользкий человек), *момон* - «крот» (человек упертый, непослушный), *борсык* - «барсук» (хвостун), *кучук* - «щенок» (молодой, неопытный в чем-либо человек), *такаа* - «курица» (неумный человек).

Экспрессивно-бранные слова, связанные с детьми: *учкан* (пострел, озор-

ник, сорванец), шыйбык (кривляка), шыпшык (сморчок)

В системе бранных слов так же употребляются фразеологизмы: косту тонош (пень с глазами) – слабоумный человек, карган согум (старый хрыч) – человек, страдающий старческим маразмом, олгон сек (мертвая падаль) – омерзительный, жалкий человек, ажыра салгыш – хвастун, акара-баш жок – настырный, кок житке – лентяй.

В системе алтайских междометий, применяемых в качестве бранных слов, можно выделить следующие: адан сырай/ адан барып – отец твой тебя возьми (аналог «черт тебя возьми»), тан эдин жи – ешь мясо зада (животного).

В работе также выявлены слова, не вошедшие в классификацию: аамай – ротозей, аамай тас – глупый бедняк, жыдымар – вонючка, кулугур – негодяй, дрянной, мерзавец, коокылу тас – паршивый бедняк, танма – окаянный, тенек – глупый, кадыт – баба, кал-тенек – дерзкий глупец, укумал – безграмотный.

Исследование экспрессивно-бранных слов дает ценный материал для выяснения вопросов, связанных с историей языка, его носителями, их менталитетом, этнокультурными и языковыми контактами.

Н.Ю. Моятцкий

## **FRICION-FREE COMMUNICATION**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: канд.пед.наук, доцент Е.Т.Китова*

We are living in the age which is marked by convergence in technologies, economics, politics. This convergence drives what we call integration. In its turn integration is being driven globally by the English language. So, when we are driving on the global information and increasingly interactive super highways we require English. Convergence and English language are increasingly crucial in different educational systems. We have a demand for English which we have never seen before. Today we have educational environment which requires to ensure a broad competence of English right across the societies. The world is interconnected, there is a new global socioeconomic order, there is new global linguistic order, globalization and Englishilization, which are absolutely reshaping the educational landscape. With globalisation on the rise, more international educational exchange and cross-cultural interactions are being encouraged. For example, the third year students from Pharmaceutical Department of Novosibirsk Medical University will go to China for a month to study. And their proficiency of English and intercultural awareness are of great importance. A lack of foreign language

skills is an obstacle to student mobility. Concerns about the ways in which limited foreign language proficiency and cultural knowledge function as ‘disincentives’ to mobility aimed at identifying mobility obstacles. For example, the 2011 Eurobarometer survey on “Students and Higher Education Reform” found that 38% of students who had not planned to study abroad cited “language barriers” as a “very big” or “big obstacle”.

There are 3 drivers to give a broad range of young people the skills to develop the English language so they can be part of the global professional community. The first one relates to the new technologies. This comes from educational psychology and it’s something what is under very intense discussion in societies where children from a very early age are using the Internet which provides access to global information in English language. All this is telling us that there is a change in the mindset of our generations. We want to learn as we use and use as we learn. We want to learn English because we use it already.

The second issue is related to the brain. Learning and using the second language has an added value in terms of thinking skills. Learning the second language is extremely useful in order to discipline your mind, and this is where learning English is very exciting. Scientists don’t know if learning English makes people more intelligent, happier or richer, but they know that learning a language like English as a second language has a direct impact on their thinking skills and furthermore on their professional development.

The next issue is what kind of English is needed by a specialist in particular field, for example, pharmacist. We think that English for special purposes should be based on a high level of General English. The course should not be designed to study specific knowledge of terms in any one particular field but to provide the learner of English with certain language skills and competences as well as knowledge of structures and forms found in many areas of the English used for special purposes. Much of general English for pharmaceutical purposes is about asking for and giving information and instructions, describing processes and extracting information. However, hospital pharmacists who take part in international conferences need academic skills in writing reports, public speaking, making effective presentations. Pharmaceutical industry professionals working for multinational pharmaceutical companies need special competencies of business communication, writing business letters and negotiating. Local pharmacists who work directly with the public need English for communication with customers, advising, discussing pharmaceutical technologies with colleagues, dealing with prescriptions, communication with a doctor who issued the prescription. English studies are useful preparation for a variety of careers, for academic mobility, for intellectual development, for professional friction free communication.



К.А. Нарынчинова, Э.С.Халилов  
**МОТИВАЦИЯ НАИМЕНОВАНИЙ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ  
ПРЕПАРАТОВ**

*Кафедра лингвистики,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: С.Ф. Галкина*

На сегодняшний день в аптеках много различных лекарств с разными названиями, но почти одинаковым терапевтическим эффектом (влиянием на организм). Поэтому мы решили рассмотреть, по какому принципу сейчас именуют препараты.

Для этого мы проанализировали 100 лекарственных препаратов и попытались определить принципы мотивации их наименований.

Сначала познакомимся с классификацией, то есть с номенклатурой лекарственных препаратов.

Каждый препарат одновременно имеет три названия:

- 1) полное химическое название;
- 2) международное непатентованное название (МНН);
- 3) торговое название (в свою очередь, его относят к брендам или к дженерикам).

Каждое лекарство (если это не смесь) имеет свое полное химическое название, которое чаще всего трудно даже прочитать, а не только произнести или запомнить.

Например, полное химическое название выглядит так: транс-4-[(2-амино-3,5-дибромо-бензил (амино)) циклогексанол гидрохлорид]. Употреблять его в ежедневном профессиональном общении затруднительно. Поэтому полное химическое название препаратов употребляется только во вкладышах к лекарствам (аннотациях), справочниках, научных трудах.

Поскольку химическим названием пользоваться очень неудобно, у каждого препарата есть единое официально принятое международное непатентованное название (сокращенно МНН). Для Лазолвана это Амброксол. Именно эти названия употребляются в научной литературе, врачами и студентами.

Каждый покупатель какого-либо лекарственного препарата, читавший инструкцию к нему, знает, что большинство из них имеет 2 названия, написанные на упаковке. Одно (заглавными буквами) — торговое наименование, второе (чуть ниже и более мелкими) — международное непатентованное наименование.

Торговое наименование также называют патентованным и коммерческим. У каждой фирмы-производителя оно свое. Это делается для того, чтобы рекламировать препарат именно своего производства. Фирменное название быстрее запомнится конечному потребителю.

Учитывая все эти нюансы, после длительной работы над названиями и составом препаратов, мы выявили определенные тенденции, по которым,

как мы считаем, лекарства получают свои торговые (патентованные) наименования.

Итак, подведем итоги нашего исследования: в 90% нам встретились тривиальные наименования, которые наиболее удобны. В остальных случаях встречались международные непатентованные наименования, которые менее удобны и запоминаемы, но тем не менее их тоже используют. Полные химические наименования в нашей работе не встречались.

Е.А. Пономарева

## HIGHER EDUCATION AND THE ENGLISH QUESTION

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: канд.пед.наук, доцент Е.Т.Китова*

The Emperor Charles V remarked in the 16th century that he spoke Latin with God, Italian with musicians, Spanish with his troops, German with lackeys, French with ladies and English with his horse. In most books about English, the joke would be turned on Charles, used to preface the observation that the language he dismissed as uncultivated is now a colossus bestriding the world.

Nicholas Ostler, a famous linguist, in his recent book, however, quotes that no language's triumph is permanent and unassailable. Like empires, languages rise and fall, and English, as Ostler thinks, will be no exception.

English is the first truly global lingua franca, if by «global» we mean «used on every inhabited continent». But in the smaller and less densely interconnected world of the past, many other languages had similar functions and enjoyed comparable prestige. The ancient world had Arabic, Aramaic (the language that really was good enough for Jesus), Greek, Latin, Persian (which served India, and much of Turkic Central Asia, as a language of administration and high culture for almost 1,000 years), and Sanskrit. Modern lingua francas include French, German (the pre-eminent medium of scientific discourse until the Third Reich), Latin (which continued to have wide currency as a language of higher learning long after it ceased to have native speakers), Portuguese, Russian and Spanish.

English, in some opinions, will be the last lingua franca. As Anglo-American hegemony declines, the influence of English will decline; but in future it will not be any other single language. Thanks to advances in computer translation, «everyone will speak and write in whatever language they choose, and the world will understand». Though it may sound fantastic.

The learned language is not valued for its own sake, but only for the benefits that are seen to flow from it, and only for as long as those benefits outweigh the costs. Old empires break up and their lingua francas are abandoned (like Russian in much of the former Soviet republics).

The number of students in China studying English is more than the total U.S. population. The reason is not an admiration for English nor any superiority of English, but the practical need to use it to get ahead in business and science. Simply, discover something and publish it in Russian and someone who publishes it in English ten years later will get the credit.

But today some linguists are concerned that the globally dominant English media is exporting the British-American worldview of higher education everywhere. And the growing use of English as the lingua franca of higher education is placing huge pressures on non-English academics.

When speaking on academic globalization, we can ask whether the English lead in higher education is threatened by people's problems when it comes to learning foreign languages. If there was ever a race for global linguistic dominance, it is over, and English is the clear winner. Now on the global academic scene, English is the key to university access and scholarly collaboration everywhere. Foreign students and professors learn English because they have to. If, thanks to shifting academic power centers, a knowledge of Chinese or Korean ever becomes essential to academic advancement, students who want to make a mark on the international research scene will be rushing to sign up for Korean or Chinese language classes. If (or when) the English language becomes «inconvenient», another will take its place. With the rapid expansion of higher education in regions such as China, the Middle East and Latin America, it's not hard to see which languages are waiting in the wings.

That particular development seems unlikely in the nearest future, but who knows what the next 50 or 100 years will bring? English may not last forever as the world's "number one" language.

Г.А.Савватеева, С.Н. Гусева  
**ВЛИЯНИЕ ЛАТЫНИ НА СОВРЕМЕННЫЙ РУССКИЙ ЯЗЫК**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации.  
Новосибирский государственный университет  
Научный руководитель: ст.преподаватель Е.В.Грищенко*

В этом году мы начали изучение одного из самых древних языков, влияние которого на многие современные языки, в том числе и на русский язык, огромно. Латинский язык является «мертвым» языком, однако многие слова, которые мы используем, по своей этимологии имеют латинские «корни». В лингвистике до сих пор не достаточно исследованы латинские заимствования в русском языке. Обращение к словам, заимствованным из латинского языка, представляется актуальным для современной лингвистической науки.

Предметом исследования в нашей работе являются лексические заимствования из латинского языка в русский, иначе - латинизмы в современном русском языке.

**Цель работы** - описать латинизмы в современном русском литературном языке, по возможности их классифицировать.

Поставленная цель предполагает выполнение следующих конкретных задач: знакомство с научной литературой по проблемам, затрагиваемым в работе; сбор материала; определение количества лексических латинизмов; выявление возможных оснований для классификации латинских заимствований и классификация их по найденным основаниям; описание некоторых особенностей латинизмов в русском языке; практическое применение материала настоящей работы и полученных наблюдений и выводов.

В работе применяются описательный, сопоставительный и количественный (квантитативный) методы.

В ходе работы было выявлено несколько групп латинизмов в русском языке: общественно-политическая лексика (акция, агрессия, вето, гарант, геноцид, диссидент, кандидатура, коррупция, президент, претендент, плюрализм, прогресс, и др.); экономическая лексика (аккредитив, дефицит, дотация, импорт, инвестиции, инфляция, капитал, коммерция, компенсация, конкуренция, субсидия, экспорт и др.); юридическая лексика (алиби, амнистия, апелляция, адвокат, кодекс, криминал, легальный, нотариус, презумпция, прокуратура, прецедент, статус, юриспруденция и др.); медицинская лексика (акупунктура, аллергия, ампутация, иммунитет, иммунодефицит, канцероген, летальный, ординатор, пациент, пункция, сомнамбула, и др.); культовая лексика (алтарь, кардинал, кредо, конфессия, культ, месса, оккультизм, пастор, религия, христианин, христианство); лексика просвещения и образования (абитуриент, аннотация, аспирантура, аттестат, профессор, ректор, сессия, семинар, симпозиум, студент, экзамен, экстерн и др.); филологическая лексика (акцент, антоним, ассимиляция, диссимиляция, контекст, кульминация, лексикон, персоналия, текст, фабула, фонема, фонетика, экспозиция и др.); общенаучная лексика (актив, акция, аргумент, дефиниция, дискуссия, классификация, реакция, термин, формула, эволюция, элемент, эксперимент и др.).

Кроме вышеперечисленной лексики, имеется значительное количество слов общеупотребительных, в том числе терминов, вошедших в активную лексику русского языка (альтернатива, вариант, дезодорант, дефект, дискуссия, иллюстрация, камера, квартал, консультация, максимум, материя, реальный, результат, серия, стимул, структура, и др.).

Существуют прямые латинизмы, пришедшие непосредственно из латинского языка (помпа, президиум, презумпция и др.) и опосредованные, пришедшие через другой язык, чаще всего, европейский (лига, дилетант, фестиваль и др.).

Существуют также словообразовательные аффиксы (суффиксы, приставки), которые используются в русском и европейских языках для образования деривативных рядов.

# ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

---

А.В. Лифанов

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СУБАКРОМИАЛЬНОГО «ИМПИДЖМЕНТ СИНДРОМА»

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии, Новосибирский  
государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: к.м.н., ассистент М.Е. Амелин*

**Актуальность.** Наиболее частой причиной болей в области плечевого сустава и ограничения подвижности в нем, является так называемый субакромиальный импиджмент синдром, который возникает в результате ущемления сухожилия надостной мышцы и субакромиальной сумки, коракромиальной дугой. Распространенность данной патологии среди взрослого населения, по данным нескольких популяционных исследований, составляет 4-7 %.

**Цель.** Сопоставить частоту находок МРТ и УЗИ по данным доступной литературы между собой, для оценки преимуществ методов диагностики при импиджмент-синдроме.

**Задачи.** Сравнить эффективность МРТ и УЗИ метода, в диагностики импиджмент синдрома.

**Материалы и методы.** Из доступных литературных источников получено следующее: преимущества УЗД описаны у авторов, по их данным УЗИ-метод диагностики может : выявить утолщение коракро-акромиальной связки, нечеткость контуров сухожилий мышц составляющих вращательную манжету, опеределить наличие жидкости в полости сумки, а также позволяет обнаружить признаки тендинита вращательной манжеты в 58 % случаев. Описаны также и преимущества МРТ, которые заключаются в следующем : можно выявить дефекты мышц (более 1 см) и их атрофические изменения, наличие кальцинатов в проекции сухожилия надостной мышцы, признаки артроза ключично-акромиального сочленения (сужение суставной щели, утолщение и неровность замыкательных пластин, краевые костные разрастания) в 72% случаев.

**Выводы.** Преимущество в диагностике импиджмент синдрома следует отдать магнитно-резонансной томографии. МРТ – метод выбора, который позволяет оценить величину сужения субакромиального пространства,

определить наличие повреждения или разрыва сухожилия надостной мышцы, выявить наличие отека и воспаления прилежащих тканей. УЗ метод имеет преимущества как наиболее быстрый, скрининговый метод, который также является высокоточным и надежным методом для определения полных разрывов ротаторной манжеты.

Необходимо отметить, что наиболее полную информацию при импиджмент-синдроме дает комплексное рентгенологическое и ультразвуковое исследование.

А.Ю. Александрова  
**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ  
ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССОВ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ**

*Кафедра патологической анатомии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент М.А. Травин*

В настоящее время наблюдается прогрессирующий рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи, из которых лидирующее место занимают базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи, а также меланома кожи. Этиологическая природа данных поражений разнообразна, но одной из ведущих причин являются доброкачественные новообразования кожи, из которых наиболее часто встречаемыми являются папилломы кожи, или плоскоклеточные кератозы (в 23,5-46% случаев), и внутридермальные невусы (в 57% случаев). Радикальное удаление данных образований может привести к рецидиву с последующим воспалением, некрозом и малигнизацией в меланому или базальноклеточный рак кожи у 10-30% пациентов.

**Цель исследования:** изучить структуру и частоту встречаемости предопухолевых и опухолеподобных поражений кожи в разных возрастных группах.

**Задачи:**

1. определить критические возрастные периоды, в которых риск заболевания кожными поражениями является максимальным.
2. выявить в каждой возрастной группе наиболее часто встречаемую патологию.
3. вычислить процент совпадения клинического диагноза и морфологического заключения.

**Материалы и методы исследования:** был проведен ретроспективный анализ 229 морфологических заключений у пациентов с различными образованиями на коже. Пациенты были разделены на 4 возрастных периода: подростковый (12-17 лет), период молодости (18-39 лет), период зрелости (40-65 лет) и пожилой период (от 66 лет).

**Результаты исследования:** данные ретроспективного анализа показали, что наиболее подверженные к эпидермальным поражениям возрастные



периоды больных – зрелый возраст – 46,7% и период молодости – 44,1% (подростковый и пожилой возраст – 4,4%).

Среди предопухолевых поражений доминировали внутридермальный невус – 39,3% и папиллома – 38,9% (дерматофиброма – 7,4%, другие нозологические формы – 17%), при этом в период молодости частота возникновения внутридермального невуса преобладает над папилломой, а в зрелом периоде – наоборот, что может быть связано с тенденцией к снижению иммунитета в зрелом возрасте, а также с физиологическим замедлением процессов репарации и накоплением мутаций в генетическом аппарате клеток кожи. Также, встречались себорейный кератоз, меланома, кондиломы, вирусные бородавки, которые были отнесены к категории «другие нозологические формы». При сопоставлении клинического и морфологического заключения совпадение было зафиксировано в 41% случаев, что обусловлено постановкой точного клинического диагноза лишь в классическом проявлении кожного поражения. При атипичном течении заболевания требовалось дополнительное морфологическое исследование.

**Выводы:** таким образом, период молодости и период зрелости является наиболее подверженным к поражениям кожи. В первом периоде самой распространенной патологией является внутридермальный невус, а во втором периоде – папиллома. Совпадение клинического и морфологического заключения, лишь в 41% случаев, доказало необходимость проведения морфологического исследования для постановки наиболее точного диагноза.

А.Ю.Алексеев, Д.Н.Трошин  
**СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ  
ПРИМЕНЕНИИ ЭКСТРАКТА *ASONITUM SOONGARICUM***

*Кафедра патологической анатомии,  
кафедра фармакогнозии и ботаники  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: д.м.н., проф. А. П. Надеев,  
д.ф.н проф. Ханина М. А.*

**Актуальность.** Повсеместно в мире отмечается рост заболеваемости злокачественными опухолями. Смертность у взрослых вследствие онкологических заболеваний занимает второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. Так же наблюдается «омоложение» злокачественных новообразований. Химиотерапия злокачественных новообразований является самостоятельным и перспективным направлением онкологии, роль которой

с каждым годом возрастает. Поэтому поиск новых лекарственных средств является важной задачей современной медицины. Перспективным растением для исследования является представитель рода *Aconitum* семейства Ranunculaceae Аконит джунгарский (*A. soongaricum* Stapf.).

**Цель исследования.** Изучить морфологические изменения в печени у крыс линии Wistar при применении наименьшей токсической дозы экстракта *A. soongaricum* Stapf.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на 12 крысах линии Wistar, которые были разделены на 2 группы. Крысам 1-й группы (опытной) вводили экстракт аконита эндогастрально, ежедневно в дозе 50 mg на 0,5 ml 1% крахмальной слизи. Доза выбрана с учетом выведенной экспериментально LD<sub>100</sub> равной 200 mg. Забой проводился на 10-е, 20-е, 30-е сутки после введения. Крысы 2-й группы служили контролем. Морфологическому исследованию были подвергнуты печень животных.

**Результаты исследования.** При морфометрии печени крыс 1-й группы на 10 сутки объемная плотность дистрофии превышает показатели контрольной группы в 8,1 раза, на 20-е сутки введения в 15,9 раз, на 30-е сутки в 12,6 раза. Объемная плотность некрозов по отношению к контрольной группе на 10-е сутки введения в 5,9 раз, на 20-е и 30-е сутки 3,8 раза. Объемная плотность двуядерных гепатоцитов превысила показатели контроля в 1,6 раза, на 20-е сутки введения 2,4 раза, на 30-е сутки введения в 1,8 раза. Численная плотность двуядерных гепатоцитов на 10-е сутки введения выросла в 1,7 раза, на 20-е сутки введения в 2,5 и на 30-е сутки введения в 1,9 раза.

**Выводы.** Морфологическое исследование показало, что изменения в печени животных, получавших экстракт *Aconitum soongaricum*, по сравнению с контрольной группой, имел неспецифический характер, а альтеративные изменения представлены дистрофически измененными гепатоцитами и некрозами. За период введения экстракта объемная плотность дистрофии максимальна к 20 суткам с дальнейшим снижением к 30 суткам. Объемная плотность некрозов так же максимальна к 20 суткам с тенденцией уменьшения к концу эксперимента. Повышение численной и объемной плотности двуядерных клеток отражает репаративные процессы в печени. Токсическое действие аконита на организм обусловлено комплексным влиянием суммы всех алкалоидов, основную роль играет группа аконитиновых алкалоидов (аконитин, зонгорин, мезаконитин и другие).

О.В. Арефьева  
**СОЧЕТАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С  
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В  
РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

*Кафедра патологической анатомии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент М.А. Травин*

Воспалительные заболевания женских половых органов является самой часто встречаемой патологией. Длительные воспалительные изменения в слизистой оболочке тела матки при хроническом эндометрите приводят к повреждению рецепторного аппарата эндометрия, что сопровождается дисрегуляцией в гипоталамо-гипофизарной системе. В дальнейшем развивается вторичная гипофункция яичников и нарушается менструальный цикл. Возникшая гиперэстрогения и другие факторы способствуют развитию гиперпластических процессов в эндометрии.

**Цель исследования** – исследовать частоту встречаемости эндометрита в совокупности с гиперпластическими процессами эндометрия (ГПЭ) у женщин различных возрастных групп.

**Материалы и методы.** Исследовали результаты гистологических исследований биопсийного материала эндометрия, обратившихся в медицинские учреждения г. Новосибирска за период 2012 года. Выделили три возрастные группы: до 28 лет (группа №1), от 28 до 45 лет (группа №2) и более 45 лет (группа №3). Проанализировали количество сочетаний эндометрита с ГПЭ. Полученные результаты выразили в процентах.

**Результаты исследований.** Нами было проанализировано 252 случая, среди них в клинических диагнозах фигурировали дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК), полипы и гиперплазии, в морфологических – полипы, гиперплазии, эндометриты и рак. В группе №1 с эндометритом сочетались полипы в 33,3%, гиперплазии эндометрия в 37,5%. В группе №2 в совокупности с эндометритом были зафиксированы полипы в 26,6%, гиперплазия эндометрия в 34,4%, ДМК в 30%. В группе №3 совместно с эндометритом фигурировали полипы в 21,3%, гиперплазии в 21,8% и ДМК в 28,6%. В фазе обострения эндометрит был зафиксирован в первой группе в 14,3%, во второй группе в 7,5% и в третьей в 25%. Взаимосвязь гиперпластических состояний с эндометритом составила в группе №1 – 27%, во второй группе – 39% и в третьей – 20,3%.

**Выводы.** Таким образом, сочетание эндометрита с гиперпластическими процессами эндометрия встречается весьма часто во всех возрастных группах. Воспаление потенцирует пролиферативную активность эпителия, что является неблагоприятным фактором, утяжеляющим течение гиперпластического процесса.

Н.О. Артемьева\*, А.В. Лифанов, Д.Ю. Соколов\*.  
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ДЕНДИ - УОКЕРА  
(DANDY — WALKER)**

*Кафедра медицинской генетики и биологии, Новосибирский  
государственный медицинский университет  
Научные руководители: ст. преподаватель, Я.А. Хорошевская,  
М.Е. Амелин*

Врожденные пороки развития в течение многих лет занимают первое место в структуре младенческой смертности.

Синдром Денди-Уокера - генетически обусловленное заболевание с частотой встречаемости у живорожденных детей 1:25000, однако среди детей с врожденной гидроцефалией он диагностируется чаще - до 12 % случаев и относится к порокам развития задней черепной ямки.

Синдром Денди -Уокера проявляется расширением четвёртого желудочка с формированием ликворной кисты задней черепной ямки, недоразвитием или отсутствием червя мозжечка в сочетании с гипертензионной гидроцефалией различной степени выраженности.

В классической форме синдром включает в себя следующие проявления: 1) гидроцефалию различной степени; 2) кисту задней черепной ямки, включающую расширенный IV желудочек; 3) агенезию развития червя мозжечка и гипоплазию его полушарий. Чрезвычайно важной является пренатальная диагностика синдрома Денди -Уокера, которая обычно проводится после 18-й недели беременности. Однако в некоторых случаях диагностика синдрома Денди -Уокера возможна в более ранние сроки беременности.

Приводим собственное наблюдение пациента с синдромом Денди-Уокера:

Ребенок П, мальчик 7 мес. Ребенок от 2 беременности, роды 2 на сроке 27 нед экстренное кесарево сечение (частичная отслойка плаценты). При рождении состояние тяжелое обусловлено недоношенностью, ВЖК, ВУИ неуточненной этиологии. Масса 1100 г. Длина 35 см. ОГ 24,5 см. По данным МРТ от 09.09.12 выявлены признаки гидроцефалии. Был осмотрен нейрохирургом в перинатальном центре, оперативное вмешательство решено было отложить. В последующем отмечается патологический прирост размеров головы. Наблюдается у невролога, получал диуретики. По данным МРТ от 25.12.12 - признаки внутренней симметричной гидроцефалии. 17.01.13 в детском отделении ФГБУ "ФЦН" г. Новосибирска выполнена эндоскопическая тривентрикулостерностомия. Выписан с улучшением. Ухудшение с 17 февраля, когда родители заметили, что начала увеличиваться голова, появилось напряжение большого родничка. Выполнено МРТ - отрицательная динамика в виде нарастания гидроцефалии. Направлен на оперативное лечение.

**Оперативное вмешательство.** Ликворошунтирующая операция с проведением фазоконтрастного МРТ, инвазивного мониторингирования параме-

тров ликворообращения с подбором ликворошунтирующих систем: вентрикулоперитонеальное шунтирование справа системой Integra OSV II Valve System.

**Магнитно-резонансная томография.** МР-признаки аномалии Dandy-Walker, гипоплазии мозолистого тела и червя мозжечка, внутренней симметричной гидроцефалии, состояния после ВПШ, ретросубцеребеллярной кисты, микрофтальмии слева.

В удовлетворительном состоянии выписывается под наблюдение невролога по месту жительства.

**Е.А. Быкова, Н.С. Апраксина, О. С. Белавина**  
**ВЛИЯНИЕ ВИБРАЦИИ НА РАЗВИТИЕ ЗУБНЫХ ЗАЧАТКОВ**

*Кафедра анатомии человека, кафедра стоматологии  
детского возраста, кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии  
Новосибирский государственный медицинский университет*  
*Научные руководители: д.м.н., проф. С. В. Залавина.,  
к.м.н., доцент Е. Ю. Апраксина, д.м.н., проф. Ю. И. Склянов*

Проблема вибрационного воздействия на организм человека сохраняет свою социальную и медицинскую значимость, так как вибрация имеет большую распространённость и наносит значимый экономический ущерб. Анатомо-функциональные особенности органов полости рта определяют её способность непосредственно воспринимать влияние внешней среды и трансформировать его на различные органы и системы организма. Состояние органов ротовой полости служит информативной зоной для диагностики различных патологических процессов и заболеваний, в частности, обусловленных действием профессиональных факторов.

**Цель работы** – выявить структурные перестройки в зубных зачатках 20-и дневных плодов, испытавших антенатальное вибровоздействие.

**Материалы и методы.** Эксперимент проводился на беременных крысах Wistar. Осуществлялось воздействие на вибростенде, моделирующим вибрацию категории 3А (общая технологическая), время экспозиции 60 минут в период с 9 по 18 сутки беременности. На 20 сутки беременности животных выводили из опыта путем дислокации шейных позвонков. Для исследования использовали зубные зачатки плодов. Исследование проводилось методами световой и электронной микроскопии по стандартной методике.

**Результаты.** Морфометрия эпителиальных зубных зачатков плода выявила уменьшение площади наружных клеток эмалевого органа на 43,4 %, увеличение площадей промежуточных клеток эмалевого органа на 34 % и пульпы эмалевого органа на 11 %. Площадь клеток шейки эмалевого органа уменьшается в сравнении с контролем на 4,7 %. Площадь зубного сосочка

не изменяется, а площадь кровеносных капилляров зубного сосочка уменьшается на 51,4 %, происходит их запустевание.

Измерение слоя дентина показало увеличение его толщины в сравнении с контролем на 45 %. Площадь мезенхимы околозубных структур увеличивается на 76,5 % в сравнении с контролем.

**Вывод.** На основе выше сказанного: есть все основания считать, что наблюдаемые изменения в структуре зубных зачатков демонстрируют нарушение морфогенеза зубных зачатков плода, возникающие под влиянием вибрационного воздействия. Выявленные отклонения являются тем морфофункциональным субстратом, которые являются основой для формирования заболеваний в постнатальный период жизни.

А.А. Волошина, Ю.К. Воронина, Н.А. Юдина  
**ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ОСТРОГО  
ИНФАРКТА МИОКАРДА**

*Кафедра патологической анатомии, Новосибирский  
государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.П. Надаев*

**Актуальность.** На сегодняшний день Всемирная Организация Здравоохранения сообщает, что 2/3 смертельных исходов от сердечно-сосудистых болезней среди лиц в возрасте от 45 до 64 лет приходится на долю ишемической болезни сердца и, главным образом, инфаркта миокарда (И.Г. Кузнецов, 2011). О том, насколько опасен инфаркт миокарда, красноречиво свидетельствуют данные статистики. Из всех больных острым инфарктом миокарда до прибытия в больницу доживает лишь половина, причем этот процент практически одинаков для стран с разным уровнем скорой медицинской помощи. Из попавших в больницу еще треть умирает до выписки из-за развития смертельных осложнений. А после инфаркта на его месте на всю жизнь остается рубец — своеобразный шрам на сердечной мышце. Последнее время инфаркт миокарда стремительно «молодеет». Ныне не редкость, когда он поражает людей, едва перешагнувших тридцатилетний порог (Медицинская энциклопедия, Кардиология, 2010).

**Цель исследования.** На основании патологоанатомических заключений и историй болезни за 2010-2012 г. в крупной многопрофильной больнице (ГКБ № 1) выявить возрастные особенности инфаркта миокарда на основании динамики заболеваемости инфаркта миокарда за последние 3 года.

**Результаты.** На основании полученных данных из историй болезней и патологоанатомических заключений, определено, что средний возраст в 2010 г. - 77 лет, за 2011 г. - 75 лет, за 2012 г. - 72 года. Таким образом, можно говорить о постепенном снижении возраста инфаркта миокарда.

Нами было установлено, что в 2010 г. из 38 случаев смерти от инфаркта миокарда 16 сопровождались хроническим пиелонефритом; в 2011 г. из 51 случаев смерти от инфаркта миокарда 24 сопровождались хроническим пиелонефритом; в 2012 г. из 43 случаев смерти от инфаркта миокарда 14 сопровождались хроническим пиелонефритом.

Таким образом, мы можем говорить о взаимосвязи заболевания сердечно-сосудистой системы с хроническим пиелонефритом, о чем свидетельствуют данные нашего исследования. Вероятно, что при хроническом пиелонефрите возможно развитие нефрогенной артериальной гипертензии, которая может способствовать развитию инфаркту миокарда.

М.Ю. Гацков

## **ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ И ВОДНЫЙ ГОМЕОСТАЗ**

*Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии,*

*Кафедра анатомии человека,*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: д.м.н., проф. С.В. Машак,*

*к.м.н., доцент П.А. Елясин*

Исторически сложилось так, что только в водной среде возможно существование живой клетки. Нарушение водного гомеостаза в интерстиции приводит к нарушению всех внутриклеточных механизмов жизнеобеспечения. Лимфатический дренаж всегда сочетается с иммунным контролем, который осуществляют лимфоидные структуры, присутствующие в лимфатическом регионе. И, таким образом, возникает представление о существовании единой функциональной протективной системы, обеспечивающей биологическую безопасность организма на всех его уровнях.

Эксперимент выполнен на половозрелых белых крысах-самцах. Контроль (10 крыс) – получал в свободном режиме питья в течение 30 суток природную воду Центрального района г. Новосибирска. Опыт (10 крыс) – воду из Юго-Западного района Западно-Сибирской низменности с повышенным содержанием магния в 1,46 раза и железа в 3,36 раза. Забой животных проводили под эфирным наркозом методом декапитации. Материалом для исследования послужила стенка и пейерова бляшка подвздошной кишки. Полученный материал фиксировали и окрашивали при помощи стандартных гистологических методик, изучали с помощью световой микроскопии. Все полученные количественные данные подвергали статистической обработке с использованием пакета статистических программ Excel 2010; STATISTICA 8.0. Проверку нормальности распределения производили путем использования критериев Колмогорова-Смирнова. Статистическую обработку проводили по методике, применяемой для нормального распределения признаков.



Достоверность различий при парном сравнении величин определяли по параметрическому критерию Стьюдента  $t$  (при всех подсчетах достоверными считали различия при  $p < 0,05$ ).

В опытной группе выявлено снижение площади коркового вещества за счет практически всех функциональных зон и снижение количества клеток в них. При этом увеличилась площадь мозгового вещества за счет доли мозговых синусов, в которых увеличилось содержание эозинофилов и плазмочитов, при уменьшении количества лимфоцитов, что, по-видимому, свидетельствовало о развитии классической стресс-реакции. КМИ снизился в 1,51 раза по сравнению с контролем (в норме он был равен  $0,98 \pm 0,03$ ). Лимфоузел из промежуточного типа (в контроле) преобразовался во фрагментированный тип, способствующий активному сбросу лимфы.

Таким образом, морфологические изменения лимфатического узла, как маркера эндэкологического прессинга, в ответ на изменение состава потребляемой воды подтверждают участие лимфатической системы в поддержании водного гомеостаза организма.

**М.А.Гацков, Д.А. Мамоян, Е.А. Власов**  
**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВОЛЮЦИИ ПОЛА**

*Кафедра медицинской генетики и биологии*  
*Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель*  
*Ж.К.Мамоян*

Эволюционная теория пола была предложена В. Геодакяном в 1965 г. С этого момента было опубликовано более 150 работ, посвященных теории пола и смежным вопросам - длительности жизни, дифференциации мозга и рук, половым хромосомам, механизмам регуляции адаптивных процессов, наследование морфологических признаков и болезней и даже культуре. Теория основана на принципе сопряженных подсистем, которые эволюционируют асинхронно. Мужской пол является оперативной подсистемой популяции, женский пол - консервативной подсистемой. Новая информация от среды попадает сначала к мужскому полу и только после многих поколений передается женскому, поэтому эволюция мужского пола предшествует эволюции женского. Этот сдвиг во времени (две фазы эволюции признака) создает две формы признака (мужскую и женскую) - половой диморфизм в популяции. Эволюционная «дистанция» между подсистемами необходима для поиска и проверки новаций. Интерпретация полового диморфизма как филогенетической «дистанции» между полами, как эволюционные «новости», которые уже попали в мужскую подсистему, но ещё не переданы женской, применимо для всех признаков растений, животных и человека по которым наблюдается половой диморфизм. Разделение на два пола это специ-

ализация по сохранению и изменению информации в популяции. Один пол должен быть информационно более тесно связан со средой, и быть более чувствительным к её изменениям. Повышенная смертность мужского пола от всех факторов среды позволяет считать его оперативной, экологической подсистемой популяции. Женский пол как более стабильный является консервативной подсистемой и сохраняет существующее распределение гено-типов в популяции.

В эволюции пола на разных стадиях и уровнях организации появился целый ряд механизмов, которые последовательно обеспечивали более тесную связь женского пола с генеративным (консервативным) потоком, а мужского - с экологическим (оперативным). Так, у мужского пола по сравнению с женским выше частота мутаций, меньше аддитивность наследования родительских признаков, уже норма реакции, выше агрессивность и любознательность, активнее поисковое, рискованное поведение и другие качества, «приближающие к среде». В результате консервативно-оперативной специализации полов происходит их асинхронная эволюция: новые признаки появляются сначала в оперативной подсистеме (мужской пол) и только потом попадают в консервативную (женский пол).

**Целью** нашей работы было определить количественное распределение легко выявляемых морфологических признаков у женского и мужского пола и среди них выявить эволюционирующие признаки. Для этого мы определяли следующие морфо-физиологические признаки у 299 студентов НГМУ: форму подбородка и мочки уха, праворукость и леворукость, переносимость молочной пенки, длину второго и четвертого пальца руки, умение сворачивать язык в трубочку. Полученные данные заслуживают внимание, так переносят молочную пенку 78% процентов мужчин, а среди женского пола только 52% - согласно теории эволюции пола этот признак пока эволюционирует; второй палец длиннее четвертого у 26% исследованных мужчин и 50% женщин, что означает женский пол перенял этот признак, свободную мочку уха имели 78% студентов мужского пола и 74% среди женского пола, что говорит о пике эволюции этого признака.

О.В. Ионкина, Л.А. Черникова  
**ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ НА ЭЛЕМЕНТЫ СИСТЕМЫ  
«МАТЬ – ВНЕЗАРОДЫШЕВЫЕ ОРГАНЫ – ПЛОД»**  
*Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии, ЦНИЛ,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.А. Попп*

В последнее время на общем фоне снижения показателей перинатальной смертности отмечается рост случаев осложненного течения беремен-

ности и ухудшение качества здоровья новорожденных. В патологии перинатального периода особое место принадлежит внутриутробной гипоксии (ВУГ), занимающей в структуре перинатальной заболеваемости стабильно первое место. В связи с тем, что биологическое действие большинства экстремальных факторов и патогенез многих заболеваний, развивающихся в течение беременности, связаны с недостатком кислорода в тканях матери и плода, изучение реакции элементов системы «мать – внезародышевые органы – плод» именно на гипоксию представляет особый интерес.

**Цель исследования:** изучить влияние гипоксической гипоксии на звенья системы «мать – внезародышевые органы – плод».

Экспериментальное исследование проводили на белых крысах из вивария ЦНИЛ НГМУ. В эксперименте использовано 60 половозрелых самок и 150 плодов. Первым днем беременности считался день обнаружения спермиев во влагалищных мазках. Гипоксию моделировали помещением животных в приточно-вытяжную барокамеру. Разряжение воздуха в барокамере осуществляли с помощью вакуума, контролируя величину разрежения по манометру. Животных опытной группы с 7 по 14 день беременности ежедневно подвергали гипоксической гипоксии в барокамере, где создавалась разряженная атмосфера, соответствующая высоте 3500 м над уровнем моря. Время экспозиции составляло 6 часов. Контролем являлись животные с физиологической беременностью. На 20 день беременности животных выводили из опыта декапитацией под эфирным наркозом, соблюдая «Правила проведения работ с использованием экспериментальных животных». Проводили массометрическое, морфометрическое исследование печени самок и плодов, аллантаисных плацент на 20-е сутки беременности. Определяли общую эмбриональную смертность.

При сравнении массометрических данных отмечено, что в опытной группе достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем в контроле, средняя масса печени самок ( $8691,1 \pm 313,4$  и  $7263,3 \pm 371,4$  соответственно), масса селезенки ( $p < 0,01$ ) ( $467,4 \pm 30,4$  и  $331,1 \pm 24,1$  соответственно), масса плодов ( $p < 0,001$ ) ( $2235,5 \pm 47,8$  и  $2002,4 \pm 34,5$  соответственно) и масса плаценты ( $p < 0,001$ ) ( $670,3 \pm 19,4$  и  $574,2 \pm 17,6$  соответственно). Также в опыте по сравнению с контролем возрастает длина пуповины ( $19,73 \pm 0,4$  и  $18,71 \pm 0,36$  соответственно). Общая эмбриональная смертность в опытной группе возрастает в 5 раз. Сравнительный морфометрический анализ структурной организации печени беременных самок при гипоксической гипоксии в сравнении с контролем показал, что объемная плотность синусоидов и синусоидальных клеток ( $p < 0,05$ ) ( $7,95 \pm 0,5$  и  $9,91 \pm 0,6$  соответственно) и объемная плотность ядра гепатоцитов ( $p < 0,001$ ) ( $11,54 \pm 0,36$  и  $15,59 \pm 0,93$  соответственно) в опытной группе снижается. При этом объемная плотность паренхимы печени, цитоплазмы ( $p < 0,01$ ) ( $60,09 \pm 1,61$  и  $53,63 \pm 1,24$  соответственно), количество двуядерных клеток ( $p < 0,001$ ) ( $31,18 \pm 1,85$  и  $20,55 \pm 1,78$  соответствен-

но) увеличиваются по сравнению с контролем. Указанные изменения свидетельствуют о функционировании печени в режиме напряжения.

В плаценте в опытной группе происходит снижение в 1,4 раза относительного объема зоны гигантских клеток и увеличение относительного объема лабиринтной зоны, по сравнению с контролем. При этом происходит снижение в опытной группе на 17,5% относительного объема трофобласта, на 12, 7% относительного объема материнских лакун и увеличение на 25% относительного объема фетального кровеносного русла по сравнению с контролем.

Н.А.Короткая, Е.В. Горбунова  
**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ  
ПИГМЕНТНЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ ПО ДАННЫМ  
МУЗ ГКБ № 1 ЗА 2010-2012 ГГ.**

*Кафедра патологической анатомии, Новосибирский  
государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.Г. Чернова*

**Актуальность.** С учетом того, что пигментсодержащие образования на коже встречаются у 90% населения, вполне понятна актуальность проблемы связанной со своевременной диагностикой и изучением пигментных новообразований.

**Цель исследования.** Исследование частоты и видов пигментных опухолей.

**Материалы и методы исследования:** Исследование проводилось при использовании медицинской документации и операционно-биопсийных материалов.

**Результаты исследования:** По результатам исследования за последние три года с 2010 по 2012 увеличилось количество всех пигментных опухолей, среди которых отмечался неуклонный рост меланом. Также пигментные опухоли стали чаще встречаться в более молодом возрасте. Важно то, что отмечался рост пигментных новообразований, как среди мужчин, так и среди женщин.

**Выводы.** Таким образом, результаты нашего исследования не противоречат данным литературы и указывают на необходимость своевременного обращения к специалистам. Кроме того, следует с осторожностью использовать различные косметические манипуляции лицам с указанной патологией.

Г.С. Луппа  
**СТРУКТУРА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ С  
ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ  
ПЛОДА ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ  
В МБУЗ ГКБ № 1 Г. НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра патологической анатомии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель М.А. Карпов*

**Актуальность.** врождённые пороки развития (ВПР) – актуальная проблема педиатрии. Актуальность проблемы врожденных пороков развития (ВПР) обусловлена несколькими причинами. Во-первых, в структуре в последние годы они занимают одно из первых мест. По разным данным ВПР встречаются примерно у 5-6% плодов. Их вклад в структуру причин смертности достигает 20% (Новиков П.В., 2004; Кобринский Б.А., Демикова Н.С., 2004; Кац Е.Л. и соавт., 2005; Шарапова О.В., 2005 Баранов А.А. с соавт., 2006). Во-вторых, имеется тенденция к росту частоты и тяжести ВПР (Шабалов Н.П., 2004; Антонов О.В. 2006 г.). В России, так и во всем мире, значимый их вклад в структуру причин младенческой смертности, детской заболеваемости и инвалидности определяют медико – социальную значимость ВПР у детей (Г.А.Маковецкая с соавт., 2000; А.В. Папаян, Н.Д. Савенкова, 2007; А.А. Вялкова, 2008).

**Цель исследования:** исследовать структуру врождённых пороков развития у плодов при медикаментозном прерывании беременности по родильному дому МУЗ ГКБ №1 г. Новосибирска.

**Материалы и методы:** в исследовании использовали данные журналов и протоколов патологоанатомических исследований прерываний беременности по медицинским показаниям в МБУЗ ГКБ №1 г.Новосибирска. Был произведён подсчет количества плодов при прерывании беременности по медицинским показаниям. Результаты исследования выражали в процентах от общего количества прерывания беременности с ВПР. Исследуемые случаи были поделены на три группы: 1 группа – ВПР с поражением центральной нервной системы (ЦНС), 2 группа – множественные ВПР с поражением ЦНС, 3 группа множественные ВПР без поражения ЦНС.

**Результаты исследования:** по данным городской клинической больницы за 2010- 2012 год было выявлено 80 случаев выкидышей с врождёнными пороками развития. Среди них 7% приходилось на 1 группу (синдром Денди-Уокера, синдром Арнольда Киари, анэнцефалия). Вторая группа составила 4% (Гидроцефалия с ДМЖП, анэнцефалия, агенезия левой почки, инверсия внутренних органов, сидром Патау). 50% случаев приходилось на 3 группу (гипоплазия легких, неимунная водянка, атрезия восходящего отдела аорты, агенезия почки, гипоплазия левого желудочка, атриовентрикулярная коммуникация, коарктация дуги аорты и множество других). Учитыв-

вая общепринятую концепцию, формирование органов и воздействие фактора, ведущего к нарушению этого процесса, приводит к формированию множественных пороков развития. Эту концепцию ярко демонстрирует преобладающий массив исследуемой 3-й группы (50%). Однако в части случаев наряду с поражением различных внутренних органов происходило и поражение ЦНС (2-я группа). И в 7% случаев наблюдали изолированное поражение ЦНС, что, вероятно, связано с действием факторов тропных к структурам нервной системы.

**Вывод:** исследование демонстрирует преобладание встречаемости множественных ВПР, в том числе и с поражением ЦНС и важность изучения влияний различных факторов, в том числе и обладающих тропностью к структурам ЦНС, способных привести к изолированным порокам такой жизненно-важной системы, как ЦНС.

А.М. Ляшенко, Д.Н. Мерекин, Е.А. Оленев  
**ОСОБЕННОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ  
ПРЕПАРАТОВ НА ТКАНЕВОЕ ЗВЕНО ЛИМФАТИЧЕСКОГО  
РЕГИОНА**

*Кафедра анатомии человека  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель  
Н.А. Шурина*

**Актуальность.** Согласно концепции академика Ю.И. Бородина, головной мозг, как и любой орган человека, имеет свой лимфатический регион. Особенностью первого звена лимфатического региона (несосудистого) заключается в том, что его структуры непосредственно контактируют с нервной тканью и имеют большое значение при выведении избытка тканевой жидкости за пределы вещества головного мозга.

Поиски эффективного воздействия лекарственных препаратов на структуры лимфатического региона головного мозга являются важными для решения проблем, связанных с осложнениями после перенесенных заболеваний центральной нервной системы.

**Целью** исследования было выявить влияние лекарственных препаратов на тканевое звено лимфатического региона головного мозга.

**Материал и методы.** В эксперименте использовалось 40 белых беспородных крыс. Под эфирным наркозом животным вводили 0,2 мл взвеси черной туши в головной мозг через фрезевое отверстие в теменной кости.

Животные были распределены на 4 группы:

1 группе вводили тушь на физиологическом растворе (контроль) – 10 крыс;

2 группе вводили тушь на 10 % растворе желатина – 10 крыс;  
3 группе вводили тушь на растворе Рингера - 10 крыс;  
4 группе вводили тушь на лимфотропной смеси (гепарин, дексаметазон, димексид, 0,5% раствор новокаина, ксеноперфузат в соотношении – 5 : 2 : 1 : 40 : 15) – 10 крыс.

Животных выводили из эксперимента передозировкой эфира через 40 минут с момента введения туши. При вскрытии оценивалась интенсивность окрашивания регионарных лимфатических узлов (глубоких шейных, подчелюстных, подвздошных), а также нервные стволы плечевых и шейных сплетений.

**Результаты исследования.** В ходе эксперимента выяснилось, что различные препараты по-разному влияют на отток ликвора в лимфатическую систему. В контрольной группе наблюдалось очень слабое окрашивание тушью глубоких и поверхностных шейных лимфатических узлов. При использовании раствора Рингера тушь преимущественно окрашивала глубокие шейные, подчелюстные лимфатические узлы и нервные стволы плечевого сплетения. Взвесь туши на растворе желатина преимущественно наполняла глубокие шейные лимфатические узлы и интерстициум спинномозговых нервов, формирующих плечевое сплетение. Меньше всего наблюдалось окрашивание лимфатических узлов и спинномозговых нервов в условиях применения туши на лимфотропной смеси.

**Заключение.** На основании полученных результатов можно заключить, что раствор Рингера и 10% раствор желатина активно действуют на тканевое звено лимфатического региона головного мозга, усиливая выведение жидкости из интерстиции нервной ткани.

Е.А. Оленев  
**ХРОНИЧЕСКАЯ ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОСЛЕДА ЗА  
2010-2012 Г.Г. В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ МБУЗ ГKB №1  
Г. НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра патологической анатомии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель М.А. Карпов  
д.м.н., проф. А.П. Надеев*

**Актуальность:** период внутриутробного развития является одним из сложных как для развития плода, так и материнского организма. Плод особо подвержен воздействию различных патологических факторов.

Одной из частых причин возникновения патологии в перинатальном периоде является хроническая плацентарная недостаточность, формирующая



ся в I и II триместрах беременности, и может иметь различный генез. Существенное влияние оказывают возраст, рост, вес, вредные привычки, на что указывают исследования Черепановой Е.А. (2006г.). По данным Рыбина М.В. (2007г.), хроническую плацентарную недостаточность существенно отягощают гестозы. На формирование этой патологии влияет гиперандрогения (Диш О.Г., 2007г.). Одним из немаловажных факторов, способствующих развитию хронической плацентарной недостаточности, является инфекционное поражение последа, сопровождающееся воспалительной реакцией и повреждением структур последа, реализующееся в нарушении его развития (Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г., 2002г.).

Таким образом, хроническая плацентарная недостаточность может существенно повлиять на состояние маточно-плодного кровообращения и таким образом привести к патологии у плода в перинатальном периоде и антенатально, в связи с чем, изучение частоты встречаемости плацентарной недостаточности и влияние воспаления на её формирование является одним из важнейших моментов в изучении этой патологии.

**Цель исследования:** изучить динамику встречаемости отдельных видов хронической плацентарной недостаточности при воспалении и без него.

**Материалы и методы:** в исследовании использовались данные патогистологических исследований последов в МБУЗ ГКБ №1 г. Новосибирска за период 2010-2012г.г. Исследовали частоту встречаемости хронической плацентарной недостаточности и воспалительного поражения последа. Показатель выражали в процентах от общего числа последов за период 2010-2012г.г., количество последов за каждый отдельный год принимали за 100%.

**Результаты исследования:** при сравнении полученных данных, в 2010г. среди исследуемых последов воспаление встречалось в 67%, в то время как в 2011г. количество последов с проявлениями воспаления составило 48%. В 2012г. количество последов с воспалением вновь возросло и составило 58%.

При этом хроническая плацентарная недостаточность в 2010г. была диагностирована в 93% случаев. В 2011г. наблюдается уменьшение частоты встречаемости хронической плацентарной недостаточности до 84%, а в 2012г. сохраняется тенденция к снижению частоты встречаемости хронической плацентарной недостаточности (67%).

Сопоставив частоту встречаемости ХПН и долю плацент с признаками воспаления, можно сказать, что лишь в части плацент с наличием ХПН обнаруживается воспалительное поражение последа, что подчёркивает важность влияния неинфекционных факторов на формирование хронической плацентарной недостаточности.

**Выводы:** таким образом, за период 2010-2012г.г. снижается частота встречаемости ХПН, в том числе и обусловленной воспалительным поражением последа, что, вероятно, связано успехами диагностики и профилактики плацентарной недостаточности, экстрагенитальной патологии и инфекционных заболеваний у беременных.

А.Е. Опре, Е.С. Шатохина, А.И. Глебашев  
**ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАНТОВ ПРОТОКОВОГО  
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ  
МАСТОПАТИИ**

*Кафедра патологической анатомии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.П. Надеев*

**Актуальность.** одной из ведущих проблем онкологии является рак молочной железы. Согласно статистике Онкологического научного центра РАМН за последние 20–25 лет заболеваемость увеличилась в среднем на 40–50%. На территории Российской Федерации и стран СНГ в 2010 г. зарегистрировано 50 292 впервые выявленных случая рака этой локализации у женщин, летальность составляет 17,1%. Самым распространенным предраковым заболеванием молочной железы считается пролиферативная мастопатия встречающаяся у 20–60% женщин в возрасте 30–50 лет [Летягин В.П., 2012].

**Цель исследования:** изучить частотные характеристики гистологических вариантов рака молочной железы, фиброаденоматоза и пролиферативной мастопатии.

**Материалы и методы:** исследовали 468 случая опухолевых образований молочной железы, в двух возрастных группах: от 25 лет до 41 года и от 50–78 лет.

**Результаты исследования.** По размеру первичного узла группы были подразделены по международной системе TNM, где:

T0 - первичная опухоль не определяется - данная группа не рассматривалась.

T1 - Опухоль до 2 см в наибольшем измерении - группа включала 117 (25%), средний возраст женщин  $62,93 \pm 0,8$  лет.

T2 - Опухоль до 5 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью железы - группа включала 142 женщины (30,34%), средний возраст  $62,58 \pm 0,73$  лет.

T3 - Опухоль более 5 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью железы - группа включала 12 женщин (2,56%), средний возраст  $65,54 \pm 2,61$  лет.

T4 - опухоль любого размера, распространяющаяся за пределы железы на грудную клетку или кожу - группа включала 8 женщин (1,72%), средний возраст  $66,57 \pm 2,8$  лет.

Tx - данных о размере опухоли не имеется – группа включала 189 женщин (40,38%), средний возраст  $55,07 \pm 1,04$  лет.

Были изучены гистологические варианты новообразований молочной железы:

I группа - инфильтрирующий протоковый рак, который встречался в 31 случае (60,78%) в возрастной группе от 25 до 41 года и 332 случая (79,61%) в группе от 50 до 78 лет.

II группа - инфильтрирующий дольковый рак, данный вид был выявлен в 8 случаях (15,68%) в возрастной группе от 25 до 41 года и 29 случаев (6,95%) в группе от 50 до 78 лет.

III группа – фиброаденоматоз, наблюдался в 7 случаях (13,72%) в возрастной группе от 25 до 41 года и в 37 случаях (8,87%) в группе от 50 до 78 лет.

IV группа - фиброзно-кистозная болезнь была выявлена в 5 случаях (9,82%) в возрастной группе от 25 до 41 года и в 19 случаях (4,57%) в группе от 50 до 78 лет.

По гистологическому типу преобладают смешанные формы строения рака (железисто-солидный, железисто-тубулярный, железисто-криброзный, железисто-трабекулярный)-75,67%, солидный рак-4,86% и рак скirr составляет 19,47%.

#### **Выводы:**

1. По размеру опухолевого узла среди вариантов рака, лидирующую позицию занимает группа с размерами опухолевого узла до 5 см и составляет 30,34%.

3. По гистологическому строению опухолевых образований ведущее место занимают смешанные варианты строения рака молочной железы и составляют 75,67%.

4. Частота встречаемости инфильтрирующего долькового рака, фиброаденоматоза и фиброзно-кистозной болезни преобладают в группе женщин от 25 до 41 года, а инфильтрирующего протокового рака – в возрастной группе от 50 до 78 лет.

## **Д.М. Первойкин ПРЕОБРАЗОВАНИЯ СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ И РЕГИОНАЛЬНОГО ЛИМФОУЗЛА ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДОНСОРДЕРЖАЮЩЕЙ ВОДЫ**

*Кафедра анатомии человека,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: д.м.н., проф. И.А. Голубева,  
к.м.н., доцент П.А. Елясин*

Являясь универсальным биологическим растворителем, и абсолютно необходимым компонентом живого организма, постоянно поступающая извне вода формирует жидкостную основу его внутренней среды - крови, лимфы, тканевой жидкости. Растворенные в воде вещества будут влиять на форми-

рование адаптивных реакций со стороны систем, обеспечивающих водный гомеостаз. Одной из таких систем является лимфатическая система, которая, будучи связанной своими корнями с внутренней средой организма (интерстицием), реагирует на любые колебания эндоэкологического равновесия.

В эксперименте крысам-самцам породы Вистар в течение 1, 7 и 60 дней давали в питьевом режиме радоновую воду местного санатория «Заельцовский бор» (пресная, гидрокарбонатно-кальциево-магниевого состава, содержание радона в среднем 23,5 нкюри/л). Объектом исследований был участок тонкой кишки с пейеровой бляшкой, мезентериальный лимфатический узел. Полученный материал изучали с помощью световой и трансмиссионной электронной микроскопии. Статистическую обработку цифрового материала производили с использованием вариационных методов Фишера-Стьюдента.

К концу эксперимента на 17,12% увеличилась толщина стенки тонкой кишки по сравнению с контролем. В собственной и мышечной оболочках тонкой кишки, начиная с 1 суток потребления животными радоновой воды, увеличилась доля сосудистого компонента. Причем, на 1 и 7 сутки в большей степени повышался объем интерстициальных пространств и лимфатических сосудов, а к 60 суткам – кровеносных сосудов. Повышалось количество эозинофилов, тучных и плазматических клеток, при снижении числа лимфоцитов. Из научной литературы известно, что гранулы эозинофилов принимают участие в иммунологических реакциях и, что наличие или увеличение числа эозинофилов связано с синтезом антител и образование их опережает образование плазматических клеток. В эндотелиоцитах лимфатических капилляров слизистой оболочки тонкой кишки при длительном потреблении радоновой воды (60 суток) снизилась численная плотность свободных полисомальных рибосом в 1,79 раза, объемная плотность суммарных микропиноцитозных везикул в 1,68 раза по сравнению с исходным уровнем. В пейеровой бляшке тонкой кишки с 7 суток и до конца эксперимента увеличилось содержание вторичных лимфоидных узелков; во всех зонах органа повысилась доля иммунобластов, средних лимфоцитов, ретикулярных клеток, плазмоцитов, при снижении содержания малых лимфоцитов. Через 1 сутки потребления радоновой воды мезентериальный лимфоузел преобразовался из промежуточного во фрагментированный тип, обеспечивающий активную дренажную функцию. Начиная с 7 суток и до конца эксперимента корковое вещество начинало преобладать над мозговым. Это характерно для компактного типа лимфоузла, который отражает усиление дезинтоксикационной функции этого органа. В структуре коркового вещества увеличилась доля как В-зависимых зон, так и Т-зависимой паракортикальной зоны; повысилось содержание иммунобластов, средних лимфоцитов, плазматических клеток, макрофагов при снижении количества малых лимфоцитов.

Таким образом, уже кратковременное потребление радоновой воды влияет на детоксикационную составляющую дренажно-детоксикационной функции лимфатической системы. Полученные данные по употреблению радоновой воды из вышеуказанного источника в течение 60 суток свидетельствуют об активации метаболических процессов в лимфатическом регионе тонкой кишки, увеличении дренажной функции в стенке тонкой кишки и регионарном лимфатическом узле с морфофункциональными признаками активации местных механизмов иммунной защиты.

Ю.В. Пузь, Р.А. Юрлов  
**ФОНОВЫЕ И ПРЕДРАКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ  
В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

*Кафедра паталогической анатомии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент М.А. Травин*

**Актуальность.** Среди патологии шейки матки наибольшую опасность для здоровья представляет рак шейки матки (РШМ). Возникновению РШМ предшествует появление различных фоновых и предраковых заболеваний, являющимися главными факторами риска. Ежегодно в России выявляется около 12 тысяч случаев заболевания, из них более 35% приходится на центральную часть России, 41% на Новосибирскую область и 33% на Новосибирск в частности.

**Цель:** исследовать структуру встречаемости предраковых состояний шейки матки в г. Новосибирске в 2012 году у женщин разных возрастных групп.

**Материал и методы исследования.** Был проведен анализ 821 заключения клинического и морфологического исследования пациенток, обследованных в различных клиниках города Новосибирска в 2012г. Сформировали группы по возрастному и репродуктивному критерию. Первую группу составили пациентки в возрасте от 18 до 28 лет (оптимальный репродуктивный период) вторая группа включала в себя пациенток в возрасте от 28 до 45лет (позднородящие), а в третью группу отнесли женщин старше 45лет (группа пре-и менопаузы). Выявляли частоту встречаемости различной патологии шейки матки для каждой из 3 групп, сравнивали частоту совпадений клинического и морфологического диагноза.

**Результаты.** Среди предраковых изменений шейки матки во всех трех группах выявлялись следующие варианты патологии: эндоцервикоз, дисплазия 1-й, 2-й и 3-й степеней, лейкоплакия, полипы цервикального канала, цервицит. В первую группу вошли 337 человек, что составило 41% от общего числа заболевших. Предраковые изменения были представлены эн-

доцервикозом в 93,18%, дисплазией 1-й степени в 9,79%, дисплазией 2-й степени - 1,19%, дисплазией 3-й степени - 0,39 %, лейкоплакия шейки матки встречалась в 3,86 %, полип цервикального канала- в 2,37% от числа заболевших. Данные состояния сочетались с цервицитом в 78,70%. Вторую группу составили 430 человек (52,5 % от общего числа пациенток). Предраковые изменения были представлены эндоцервикозом в 88,37%, дисплазией 1-й степени в 7,44%, дисплазией 2-й степени в 1,46%, дисплазией 3-й степени в 0,47%, лейкоплакия шейки матки определялась в 3,95 % случаев, полипы цервикального канала- в 9,07% случаев. Данные состояния сочетались с цервицитом в 62,09%. В третьей группе, составившей 54 пациентки (6,5% от всех обследованных пациенток) вышеуказанные нозологии имели следующее распределение: эндоцервикоз - 44,44%, дисплазия 1-й степени - 18,52%, дисплазия 2-й степени - 3,70%, дисплазия 3-й степени - 1,85 %, лейкоплакия - 11%, полипы цервикального канала - 31,48%. Данные состояния сочетались с цервицитом в 61,11%. Совпадение первичного клинического диагноза с морфологическим заключением зафиксировано в 28%.

**Выводы.** Более чем в 2/3 случаев имело место расхождение клинического и морфологического диагноза, что говорит о низкой достоверности клинических методов диагностики и требует обязательного проведения морфологического исследования для определения дальнейшей тактики лечения. Наиболее часто предраковые состояния встречаются в первой и второй группах, и наибольшее количество нозологий составляют различные варианты эндоцервикоза. В 69% случаев происходит присоединение к дисгормональные заболевания сочетаются с воспалительными процессами.

М.С. Селякова

## **СТРУКТУРА ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ШЕЙКЕ МАТКИ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

*Кафедра патологической анатомии*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Т.А. Агеева*

**Актуальность.** Развитию рака шейки матки (ШМ) предшествует эпителиальная дисплазия, которая тесно связана с активностью вируса папилломы человека (HPV). По мнению многих исследователей, частота эпителиальных дисплазий увеличивается с возрастом и максимальное число дисплазий отмечено в возрасте 36–45 лет, при этом указывают, что наибольший патогенный эффект HPV проявляется у женщин более молодого возраста, реализуясь в развитие цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) тяжелой степени, что требует более тщательного изучения возрастных особенностей формирования дисплазий в ШМ. Морфологические кри-

терии дисплазии не всегда отражают сущность молекулярно-биологических событий в клетке, поэтому ограниченность чувствительности цитологического метода массового скрининга и субъективность гистологического исследования заставляют вести поиск дополнительных специфических маркеров эпителиальной дисплазии как ассоциированной с HPV-инфекцией, так и в отсутствии ее, способных объективизировать диагностику предопухолевых изменений.

**Цель исследования:** изучить морфологические особенности диспластических изменений в шейке матки у пациенток разных возрастных групп и их ассоциацию с HPV.

**Материалы и методы:** Были проанализированы гистологические препараты биопсий ШМ пациенток МБУЗ ГКБ №1 с диагнозом «дисплазия». Женщины были разделены на 2 возрастные группы по 50 пациенток: 1 группу составили женщины до 35 лет, во 2 группу вошли женщины старше 45 лет. При гистологическом исследовании оценивали общую патоморфологическую картину изменений в ШМ и патоморфологические признаки вирусного инфицирования эпителия. Диагноз CIN шейки матки разной степени выраженности был выставлен в соответствии с общепринятыми морфологическими критериями оценки многослойного плоского эпителия (МПЭ) и стромы.

**Результаты.** У пациенток 1 группы диспластические изменения в 90% случаев были ассоциированы с имеющимся эндоцервикозом, который был представлен чаще всего прогрессирующей формой. У пациенток 2 группы эндоцервикоз встречался реже (62%), преимущественно в виде стационарного. При обработке результатов было определено, что у женщин моложе 35 лет диагноз CIN1 был выставлен в 16 случаях (32%), сочетаясь с наличием большого количества койлоцитов у всех пациенток, что является морфологическим проявлением HPV-инфекции. Диагноз CIN2 был установлен 14 женщинам (28%), CIN3 - в 20 случаях (40%), при наличии койлоцитоза суммарно в 58% случаев, что, вероятно, связано с цитопатическим действием HPV-инфекции и с нарушением гормонального фона у части пациенток. У женщин старше 45 лет диагноз CIN1 выставлен значительно реже, чем у женщин молодого возраста - в 7 случаях (14%), CIN2 в 19 случаях (38%), CIN3 в 24 случаях (48%). При этом значительно более редкая встречаемость морфологических признаков HPV-инфекции (суммарно у 10 пациенток) свидетельствует о том, что диспластические изменения в большей мере связаны с выраженными дистрофическими изменениями в МПЭ ШМ и со снижением эстрогенной насыщенности тканей.

**Выводы:** Установленные различия в структуре и патоморфологической картине изменений в ШМ в разных возрастных группах требуют дополнительной оценки молекулярно-биологических показателей, экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона для установления особенностей патогенеза развития и определения прогноза прогрессирования CIN.



Д.Ю. Соколов\*, А.П.Омельянская  
**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ЦИТОТОКСИЧЕСКАЯ  
АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНЫХ БЕТУЛИНОВОЙ КИСЛОТЫ  
IN VITRO**

*Кафедра медицинской генетики и биологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет.  
Научный руководитель: ассистент А.А. Слепухина*

**Введение.** Поиск новых методов воздействия на новообразования – одна из основных задач современной медицины. Большое внимание исследователей этой области уделено изучению индукции апоптоза в опухолевых клетках. Тритерпеновые соединения, такие как бетулиновая кислота (БК, 3 $\beta$ -гидрокси-20(29)-лупаен-28-овая кислота, C<sub>30</sub>H<sub>48</sub>O<sub>3</sub>) и ее производные, зарекомендовали себя как потенциальные агенты в борьбе с новообразованиями. Противоопухолевые свойства БК и некоторых ее аналогов связывают с цитостатической активностью и способностью индуцировать апоптоз неопластических клеток. В то же время отмечается, что химические модификации БК изменяют эффект от воздействия на опухолевые клетки. Так, например, амиды БК обладают более выраженным цитотоксическим и апоптоз индуцирующим действием в отношении опухолевых клеток человека *in vitro*, чем БК.

**Целью исследования** является изучение цитотоксической активности новых производных БК в зависимости от их химического состава в опухолевых клетках человека *in vitro*.

**Материал и методы.** В работе использовали 35 соединений, производных БК, зашифрованных аббревиатурой Г-номер. Эксперимент проводился на культуре лейкозных клеток МТ-4. Для определения противоопухолевой активности использовали стандартный цитотоксический МТТ тест.

**Результаты исследования:** В данной работе исследована цитотоксическая активность 35 новых производных БК *in vitro*. Их 50% цитотоксическая и ингибирующая дозы находятся в интервалах с  $3,6 \pm 1,3$  до  $98,2 \pm 1,8$  мкМ и с  $0,69 \pm 0,3$  до  $125,6 \pm 3,1$  мкМ соответственно. Ответ культуры клеток показал разную степень чувствительности к действию производных БК. Химические трансформации бетулиновой кислоты в С-28 положении увеличивают способность ингибировать рост опухолевых клеток в культуре по сравнению с БК в 2,5-3,2 раза ( $p < 0,05$ ).

Слабую противоопухолевую активность *in vitro* по сравнению с БК проявили соединения, показатель  $CD_{50}$  которых составил  $12,2 \pm 1,6$  -  $98,2 \pm 1,8$  мкМ (Г-14, 17, 21, 26, 27, 31, 32, 33, 36, 51, 52, 57, 63, 64). Можно предположить, что это связано с наличием неполярных заместителей в С-28 положении этих соединений, отсутствием концевой карбоксильной группы в этом положении. Соединения Г- 16, 22, 25, 28, 29, 35, 50, 72, 73 не достигли 50% цитотоксической концентрации. Во многих из них сочетано замещение в положении С-3, С-17 БК.

Наибольшую цитотоксическую активность в отношении опухолевых клеток проявляют соединения с большей длиной спейсер-метиленового звена заместителя, а также наличие его полярности в С-28 положении, причем этот эффект проявляется только для производных бетулоновой кислоты, т.е. с заменой в БК в положении С-3 на карбоксильную группу.

**Заключение.** В результате исследования тридцати пяти новых производный БК показано, что химические трансформации бетулоновой кислоты в С-28 положении увеличивают способность ингибировать рост опухолевых клеток в культуре по сравнению с БК в 2,5-3,2 раза ( $p < 0.05$ ), это обуславливает различную противоопухолевую активность и требует проведения исследований о механизме действия наиболее активных.

К.Ю. Сотникова, А.П.Омельянская  
**ХРОМОСОМНАЯ ПАТОЛОГИЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР**

*Кафедра медицинской генетики и биологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.В. Максимова*

Хромосомные болезни - это большая группа врожденных наследственных болезней, клинически характеризующихся множественными врожденными пороками развития. В их основе лежат хромосомные или геномные мутации. Эти два разных типа мутаций для краткости объединяют общим термином — хромосомные аномалии. Хромосомные аномалии часто вызывают самопроизвольный аборт, бесплодие.

Как пример можно рассмотреть синдром Шершевского-Тернера (45X0). При этом синдроме беременность обычно осложняется токсикозом, угрозой выкидыша, а роды часто бывают преждевременными и патологическими. Особенности беременностей и родов, заканчивающихся рождением ребенка с синдромом Шершевского-Тернера, — следствие хромосомной патологии плода. Нарушение формирования половых желез при данном синдроме обусловлено отсутствием или структурными дефектами одной половой хромосомы (X-хромосомы).

У эмбриона первичные половые клетки закладываются почти в нормальном количестве, но во второй половине беременности происходит их быстрая инволюция (обратное развитие), и к моменту рождения ребенка количество фолликулов в яичнике, по сравнению с нормой, резко уменьшено или они полностью отсутствуют. Это приводит к выраженной недостаточности женских половых гормонов, половому недоразвитию, у большинства больных — к первичной аменорее (отсутствию менструаций) и бесплодию.

Еще одним примером может послужить синдром Клайнфелтера (47XXY) — аномалии в системе половых хромосом у мужчин из-за наличия дополнительной X хромосомы, которая препятствует нормальному сексуаль-

ному развитию по мужскому типу. Данное состояние обусловлено нерасхождением половых хромосом в мейозе.

**Цель нашего исследования** – выявить частоту встречаемости данных аномалий в качестве основной причины бесплодия.

**Материал и методы исследования.** Проведено медико-генетическое обследование 91 супружеской пары с бесплодием (182 индивидуума). Выявлена частота генетических аномалий, представлена структура бесплодия. Использовали цитогенетические и клинико-генеалогические методы исследования.

**Результаты исследования.** В ходе работы было обследовано 182 человека из них 5 человек со значительными хромосомными патологиями (синдром Клайнфельтера, кариотип 47XXY – 3 человека, синдром Шершевского-Тернера, кариотип 45X0 – 2 человека) и 15 обследованных с полиморфизмом генов.

**Вывод.** По данным исследования наиболее распространенными аномалиями половых хромосом являются синдромы Клайнфельтера (кариотип 47XXY; частота встречаемости до 1,5 на 1000 новорожденных), синдром Шершевского-Тернера (45X0), муковисцидоз. Таким образом, использование в диагностике молекулярно-генетических, молекулярно-цитогенетических методов значительно повышает частоту выявления нарушений репродуктивной функции генетической природы. Это следует учитывать при исследовании причин бесплодия в супружеских парах, особенно с идиопатическим бесплодием.

А.А Толмачева, О.В Скорик  
**НЕОНАТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗНЫЙ СЕПСИС  
НОВОРОЖДЕННОГО**

*Кафедра патологической анатомии  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: доцент Т.Г Чернова*

**Актуальность.** Актуальность проблемы кандидозов у новорожденных обусловлена возрастающей частотой возникновения и тяжестью клинических проявлений данной патологии и высокой летальностью больных во всех странах мира.

По данным экспертной группы Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ), приведенным в издании Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций (ПДВУИ) (М., 2001), в настоящее время частота инфекционно-воспалительных заболеваний, обусловленных грибами рода *Candida*, составляет 15 — 30 % в общей структуре инфекционно-воспалительных болезней новорожденных и детей первых месяцев жизни.

**Цель исследования:** проанализировать возможные причины развития неонатального сепсиса новорожденного, его проявления и последствия. А так же донести до женщин репродуктивного возраста информацию о том, как важно посещать гинеколога, особенно во время беременности.

**Материал и методы исследования:** Исследование проводилось при использовании медицинской документации, результатов гистологических исследований и результатов вскрытия.

**Результаты исследования.** Мы рассмотрели случай раннего неонатального сепсиса новорожденной девочки. Умер ребенок на 12 день после рождения. При вскрытии были обнаружены грибы *Candida albicans* – в легких, печени, мозге: 1) продуктивно-некротическая пневмония с гнойным расплавлением, мицелием; 2) серозно-некротический, гнойно-некротический с мицелием, менинго-энцефалит; 3) серозно-продуктивный миокардит, нефрит; 4) серозно-продуктивный гепатит с мицелием (окраска по ШИК-реакции). Осложнения, возникшие из-за кандидозного сепсиса: венозный застой, дистрофические изменения в органах, инфекционно-токсический шок, отек и набухание вещества головного мозга. Срок гестации 39 недель, компенсированная плацента, гнойно-продуктивный плацентит.

**Выводы:** во время беременности необходимо периодически посещать гинеколога и делать все анализы, которые он назначает. Так кандидоз можно своевременно обнаружить и вовремя устранить любые его влияния и последствия.

М.Э. Филь, И.Ю. Храпова, П.К. Черданцев  
**ПРИЗНАКИ ПИЩЕВОГО И МЕХАНИЧЕСКОГО СТРЕССА  
НА КОСТЯХ СКЕЛЕТА ДРЕВНЕГО НАСЕЛЕНИЯ  
БАРАБИНСКИХ СТЕПЕЙ**

*Кафедра анатомии человека,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: к.м.н., доцент Е.С. Аристова,  
к.м.н., доцент П.А. Елясин*

**Актуальность** палеопатологических исследований связанных с выявлением последствий средовой адаптации объясняется насущными проблемами современной медицины. Последствия стресса проявляются в структурных изменениях скелета на всех уровнях его иерархической организации. Компенсаторно-приспособительные и адаптивные реакции, которые развиваются в костной ткани, позволяют идентифицировать их как последствия различных стрессовых факторов (пищевые, механические или холодовые).

В работе были исследованы скелетные останки 8 индивидов из эпохи неолита (VI–V тыс. до н.э.) и 47 индивидов, относящихся к эпохе энеолита (IV–III тыс. до н.э.). Для определения размеров костей и пропорций пост-

краниального скелета были использованы классический остеометрический метод, метод определения индексов (проанализировано 15 линейных признака, 7 указателей пропорций). Также использовались гистологические и рентгенологические методы исследования.

Длина тела в мужских выборках эпохи неолита и энеолита, вычисленная по методу Пирсона и Ли и формуле Г.Ф. Дебеца составляет в среднем 170,3 см у мужского населения эпохи неолита и 173,0 см эпохи энеолита. Рост женского населения эпохи неолита оставляет 154,2 см, эпохи энеолита - 153,5 см. Уровень полового диморфизма по показателям роста достаточно высок. Показатели массивности трубчатых костей в мужских сериях идентифицируются как гипермассивные, в обеих женских выборках – как среднемассивные.

На костях осевого скелета популяции встречается весь спектр дегенеративно-дистрофических заболеваний. В целом, более 80% взрослого населения было подвержено тем или иным заболеваниям позвоночного столба. В некоторых случаях, на костях женских скелетов выявлялось по несколько нозологических форм. Однако, степень выраженности, глубина патологических изменений у мужчин значительно выше. На гистологических препаратах костной ткани определяется картина остеоцитарного остеолита – от расширения остеоцитарных лакун и канальцев костной ткани и разряжения костного вещества вокруг канала остеона, до почти полного рассасывания костной ткани. Некоторые фрагменты компактного вещества не имеют остеонного строения и представлены дефектной волокнистой костной тканью. Встречаются участки разряжения костной ткани, которая содержит колонии микроорганизмов. Структурные изменения костной ткани жителей эпохи энеолита характеризуются наличием многочисленных микропереломов и трещин в компактном веществе, расширенными каналами остеонов.

Период существования неолитических культур на территории Западной Сибири по мнению учёных – это эпоха распространения новых агрессивных факторов, связанных с зоонозными инфекциями, таких как бруцеллёз, туберкулёз и некоторых микотических инфекций. Многие из этих заболеваний протекают с вовлечением костной системы. Выявленное в нашей работе большое число патологических состояний скелета, а также бедность сопроводительного инвентаря, видимо, подтверждают предположение В.И. Молодина о неких трагических событиях, которые происходили в эпоху неолита на территории Барабинских степей. Эпоха энеолита соответствует суббореальному климатическому периоду, который характеризуется снижением среднегодовых температур на 4,5С ° и аридизацией ландшафта. На костях скелета жителей эпохи энеолита появляются признаки адаптации скелета к гипотермии – увеличение объёма кровотока в костях скелета, увеличивается степень развития рельефа, связанная с повышенной мышечной активностью.

Таким образом, изменение климатических условий является пусковым механизмом, включающим процесс адаптации скелета к изменённым факторам природной среды.

М. Э. Филь  
**УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МИОКАРДЕ  
МАТЕРИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВИБРАЦИИ**

*Кафедра анатомии человека, кафедра гистологии,  
эмбриологии и цитологии  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научные руководители: д.м.н., проф. С. В. Залавина,  
д.м.н., проф. Ю. И. Склянов*

В последние десятилетия в России сохраняются негативные явления в состоянии здоровья женщин репродуктивного возраста, что обусловлено социально-экономическими, санитарно-гигиеническими, экологическими факторами, а также процессами урбанизации и миграции населения. Необходимо подчеркнуть, что обеспечение здоровья матери и ребенка является центральной проблемой в развитии современного общества. Установлено, что работа на производстве у большинства женщин связана с наличием различных неблагоприятных факторов, среди которых один из самых распространённых является вибрационное воздействие.

**Цель работы** – выявить ультраструктурные изменения в миокарде матери вызванные воздействием промышленной вибрации с 9 по 18 сутки беременности.

**Материалы и методы.** Крыс Wistar подвергались общей технологической вибрации с 9 по 18 сутки беременности. Для микроскопии забирали сердце и язык от матери и плода на 20 сутки беременности. Проводилось морфометрическое исследование органов на светооптическом уровне методом точечного счёта.

**Результаты.** При электронномикроскопическом исследовании в миокарде выявлялись очаги межклеточного отёка, из-за чего расстояние между мышечными волокнами в значительной мере увеличивалось. В возникших промежутках нередко определяются эритроциты и другие форменные элементы крови вне капиллярного русла, что указывает на нарушения целостности части капилляров. В некоторых кардиомиоцитах наблюдается гидropическое разволокнение миофибрилл, увеличение поверхности клеточного ядра с образованием зазубренной формы его контуров. Это сопровождается появлением в перинуклеарной зоне чёткообразных вакуолей. Вставочный диск приобретает сильно извитой профиль. Миофибриллы в области вставочных дисков иногда лизировались и теряли поперечную исчерченность. Поперечный срез гемокапилляров терял округлые очертания, иногда образуются выпячивания в просвет капилляров. В ядре эндотелиоцита выражена конденсация хроматина и уплотнение цитоплазмы. В цитоплазме эндотелиоцитов снижено количество пиноцитозных пузырьков, что свидетельствует о снижении трансэндотелиального обмена.

При вибрационном воздействии и введении магния происходит достоверное увеличение относительного объема ядер кардиомиоцитов на 30 % по сравнению с контролем и на 22,5 % по сравнению с вибрационным воздействием. Значимо снижается относительный объем цитоплазмы кардиомиоцитов. Выявляется значительное уменьшение проявлений межклеточного отека – промежутки между кардиомиоцитами уменьшаются. Ядра кардиомиоцитов располагаются центрально, имеют правильную форму с преобладанием эухроматина в них. В ядрах хорошо видны крупные ядрышки, в которых четко выявляется центрально расположенный фибриллярный компонент, окруженный гранулярным компонентом.

**Вывод.** Промышленная вибрация с 9 по 18 сутки беременности вызывает заметные ультраструктурные изменения в миокарде матери, свидетельствующие о формировании выраженного межклеточного и внутриклеточного отека, повреждении гемокапилляров.

Е.В. Чечкина, Е.Е. Покатова  
**ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРОМЫШЛЕННОЙ ВИБРАЦИИ НА  
МЫШЕЧНЫЕ ОРГАНЫ МАТЕРИ И ПЛОДА**

*Кафедра анатомии человека, кафедра гистологии,  
эмбриологии и цитологии*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: д.м.н., проф. С.В. Залавина,  
д.м.н., проф. Ю. И. Складов*

Одним из важнейших факторов ухудшения здоровья работающих женщин является постоянное влияние нарушений условий труда, что связано с применением устаревших технологий, машин и оборудования с конструктивными недостатками (О.В. Сивочалова, 2003, 2005). По данным В. В. Трумеля (2002) в России число предприятий с неудовлетворительными условиями труда достигло 45%, а с крайне неудовлетворительными - 42,5%; на рабочих местах, не отвечающих требованиям санитарных норм и правил, трудится более 5 млн. человек, в том числе более 1 млн. женщин. Установлено, что работа на производстве у большинства женщин связана с наличием различных неблагоприятных факторов, среди которых лидирует вибрационное воздействие. Исследования показали, что у женщин-водителей и кондукторов трамваев, автобусов, трактористок часто отмечаются нарушение периодичности менструаций, болезненное их протекание, меноррагии и патологическое течение беременности.

**Цель работы** – выявление структурных перестроек в миокарде и мышечной ткани языка в системе мать-плод при действии промышленной вибрации.



**Материалы и методы.** Крыс Wistar подвергались общей технологической вибрации с 9 по 18 сутки беременности. Для микроскопии забирали сердце и язык от матери и плода на 20 сутки беременности. Проводилось морфометрическое исследование органов на светооптическом уровне методом точечного счёта.

**Результаты.** При вибрации в миокарде матери наблюдается увеличение относительного объёма интерстициальных пространств на 9 %, снижается относительный объём сосудистого компонента и цитоплазмы кардиомиоцитов на 2,5 %.

В миокарде плода уменьшается относительный объём сосудистого русла, увеличивается объём интерстициальных пространств на 13 %, снижается объём кардиомиоцитов за счёт их ядер.

В языке матери при вибрации выявлено снижение на 20 % площади интерстициальных пространств, увеличивается площадь мышечных волокон на 9 % и гемокапилляров на 29 %. Часто выявляются эритроциты вне сосудистого русла. Площадь мышечных волокон и интерстициальных пространств у плода не меняется, достоверно уменьшается площадь кровеносных капилляров в 2 раза.

**Вывод.** Общая промышленная вибрация приводит к выраженным структурным изменениям в мышечных органах системы мать-плод. В миокарде наблюдается выраженный интерстициальный отёк, который в большей степени проявляется у плода. В мышечной ткани языка матери выявлен отёк мышечных волокон. Повреждения микроциркуляторного русла выявляются и в миокарде, и в мышечной ткани языка.

# НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

---

К. А. Астапенко, Т.И. Батлук, Л.А., Терджанян, Е. А. Пичикова

## **ЗАВИСИМОСТЬ СКОРОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ ОТ ПРОФИЛЯ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ**

*Кафедра неврологии, кафедра нормальной физиологии  
Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: к.м.н., доцент Л.К. Антропова,  
д.м.н., проф. Б.М. Доронин, д.м.н., проф. В.Ю. Куликов*

**Актуальность.** Инсульт (И) – одно из наиболее тяжелых заболеваний, приводящих к ранней смерти и инвалидизации людей. Ежегодно в России 450000 человек переносят инсульт. Показатели смертности населения в России в 4 раза выше, чем в США и Канаде, что ставит Россию на одно из первых мест по распространенности данной патологии. Это обстоятельство усугубляется еще и тем, что половина людей, перенесших инсульт, остается нетрудоспособной. Данная патология все больше обращает внимание и потому, что нередко случаи инсульта у 30–40-летних молодых людей. Согласно медицинской статистике, Новосибирск по заболеваемости инсультами и инфарктами миокарда занимает одно из первых мест в России. Поэтому внимание к этой проблеме особенно актуально для нашего города. Прогноз скорости и эффективности реабилитации после перенесенного инсульта во многом определяется состоянием высших психических функций, но в настоящее время практически не предпринимаются попытки связать патогенез данного заболевания с функциональной межполушарной асимметрией.

**Цель исследования:** выявить взаимосвязь между скоростью реабилитации постинсультных больных, функциональной межполушарной асимметрией, социально-психологической адаптацией, отношением к жизни и типом отношения к болезни.

**Материалы и методы.** Проведено исследование 50 пациентов (28 женщин и 22 мужчин) в возрасте 33-77 лет (средний возраст  $53 \pm 2$ ), перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу. Методы исследования: анализ историй болезни, психометрический методы. У всех пациентов определялись степень социально-психологической адаптации (СПА) (К. Роджерс, Р. Даймонд), профиль сенсомоторной асим-

метрии (М. Аннет) и тип функциональной межполушарной асимметрии («Типология 2», Е.С. Жариков, А.Б. Золотов), тип жертвенной позиции личности (Андронникова О.О.), отношение к жизни (по Дж. Нюттену). Для субъективной оценки состояния пациента применен опросник Бехтеревского института «Личностное отношение к болезни». Для создания теоретической базы были использованы работы: А.Н. Боголепова, И.А. Палиенко, В.В. Калинина, В.П. Леутина, Е.В. Шмидта, В.Ф. Фокина.

**Результаты.** Среди опрошенных пациентов выявлено преобладание амбидекстрии (44%). Правополушарная асимметрия наблюдалась в 29%, левополушарная – 27%. ОНМК в правой гемисфере встречалось в 74% случаев, в левой – в 26%.

Анализ частоты инсультов по локализации в зависимости от профиля асимметрии показал: что у амбидекстров наиболее часто ОНМК встречалось в правой гемисфере (73%) по сравнению с левой (27%); при правополушарной асимметрии – в правом доминантном полушарии (80%), реже – в левом (20%). У пациентов с левополушарной специализацией ОНМК локализовалось в левом полушарии (67%), в правом – 33%. Анализ показателей СПА выявил дезадаптивность, высокую жертвенность, негативное отношение к жизни и преобладание гармоничного, тревожного, в меньшей степени, ипохондрического типов отношения к болезни у пациентов с правополушарной асимметрией.

Полученные результаты исследования личности индивида могут быть использованы при разработке программ реабилитации постинсультных больных.

А.С. Антипьева, Е.В. Киметова  
**КРИТЕРИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА  
ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ  
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет.  
Научные руководители: д.м.н., проф. Т.Ф. Попова,  
д. м. н., проф. И. А. Грибачева*

Общеизвестно, что в структуре смертности от инсульта доминируют геморрагические формы. Целью исследования явилось изучение степени информативности и прогностической значимости диагностических критериев летального исхода внутримозговых кровоизлияний (ВМК) у молодых пациентов. Для достижения цели была изучена группа больных молодого возраста из 57 человек с верифицированным по КТ или аутопсии диагнозом ВМК. Мужчины составляли 26 человек (45,9%) и незначительно уступали

по численности женщинам (31 человек; 54,1%). Показатель общей летальности в группе исследуемых пациентов составила 53,5%. У вошедших в исследование молодых мужчин она равнялась 59,5% и превышала аналогичный показатель у женщин – 48,4%. При изучении зависимости сроков наступления летального исхода у больных ВМК они распределились следующим образом: в первые сутки – 46,7% пациентов, в первые 2-7 дней – 42,2%, в первые 8-28 дней – 9,8%, позднее 28 дней – 1,1%. Таким образом, почти 90% лиц молодого возраста умерли в первые дни болезни. Позднее 7 дней смерть наступила лишь у 10,9%. Это является косвенным подтверждением того, что смерть молодых пациентов обусловлена тяжестью самого кровоизлияния. Нами проанализировано влияние клиники начала ВМК на его последующий прогноз. Изучалась частота встречаемости потери сознания, рвоты, эпилептического синдрома. Для молодых пациентов с летальным исходом оказалась более характерной тяжёлая симптоматика с первых минут болезни, более частая потеря сознания (61,9%), рвота (64,1%), развитие эпилептических приступов (45,5%). Достоверным для выживания у молодых оказались отсутствие потери сознания, рвоты и эпилептического синдрома. Сопоставимых данных в литературе не найдено.

Состояние больных при поступлении в стационар оценивалось также на основании изучения уровня сознания и степени неврологического дефицита. Для молодых пациентов в целом были характерны более выраженное снижение уровня сознания и более грубые неврологические расстройства. У умерших молодых также чаще выявлялся грубый неврологический дефицит более 20 баллов по шкале NIH-NINDS (у 68,5%). Наличие комы при поступлении (7 баллов и выше по ШКГ) и грубого неврологического дефекта (20 баллов и выше по шкале NIH-NINDS) были достоверно значимыми признаками летальных исходов у лиц молодого возраста. Патоморфологическая картина ВМК у молодых пациентов оказалась более грубой и характеризовалась наличием массивных гематом V более 40ml<sup>3</sup>, прорыва крови в ликворопроводящие пути и смещением срединных структур более 10мм. Эти признаки достоверно определяли неблагоприятный прогноз заболевания. У молодых умерших средний объём гематомы равнялся 54,2±2,7 ml<sup>3</sup>, а величина смещения срединных структур 11,5±2,1мм. Правосторонняя локализация гематом тоже являлась неблагоприятным прогностическим признаком.

Таким образом по степени информативности и прогностической значимости диагностическими критериями летального исхода ВМК у молодых пациентов являются: дислокация срединных структур головного мозга 10мм и более, снижение уровня сознания 7 баллов по ШКГ и более, грубый неврологический дефицит 20 баллов и более при поступлении, хронический бронхит либо гипостатическая пневмония с признаками дыхательной недостаточности 2ст и более. Дополнительными диагностическими критериями летального исхода являются: потеря сознания и эпилептический приступ в начале ВМК, большой объём гематомы, прорыв крови в ликворопроводящие пути.

Д.Ю. Бакланова, В.В.Ложкин, С.Т.Киреева  
**РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОДЕСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ  
ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА**

*Кафедра нейрохирургии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.В.Каныгин*

**Актуальность.** В России миллионы людей страдают от различных видов тяжелых хронических, часто рецидивирующих болей. Число больных, страдающих хронической болью, возрастает из года в год в связи с повсеместным ростом и утяжелением травматизма, вертеброгенной патологии, нейродегенеративных заболеваний. Преимущественно это касается лиц молодого трудоспособного возраста, которые часто в результате сильных и порой невыносимых болей становятся глубокими инвалидами.

**Цели исследования:** оценить эффект применения методики радиочастотной у больных с хроническим болевым синдромом.

**Задачи исследования.** Произвести анализ результатов лечения хронического болевого синдрома

**Материалы и методы исследования:** истории болезни пациентов отделения нейрохирургии «Дорожной клинической больницы»; сбор статистического материала; сбор теоретического материала; сравнительный метод корреляционного анализа статистических данных.

**Результаты исследования.** Нами был проведен анализ хирургического лечения методом радиочастотной термодеструкции 18 пациентов с хроническим болевым синдромом. Из них 33,3% мужчины, 66,6% женщины в возрасте от 23 до 54 лет. Болевой синдром обусловлен в 50% межреберной невралгией, 17% дорсопатией, 33% невралгией тройничного нерва. Комплексное обследование пациентов включало оценку клинико-неврологического состояния больных, учитывались жалобы, анамнез и объективная неврологическая и ортопедическая симптоматика. У всех больных отмечался длительный болевой синдром и неэффективность медикаментозной терапии. Всем больным были проведены различные методики радиочастотной термодеструкции. Пациентам в группе с дорсопатией проводилась радиочастотная чрескожная фасеточная денервация, в группе с межреберной невралгией - парциальная ризотомия, в группе с невралгией тройничного нерва - деструкция порции Гассерова узла. В послеоперационном периоде все больные отмечали улучшение и отсутствие интенсивного болевого синдрома и выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

**Выводы.** Проведение радиочастотной термодеструкции позволяет снизить интенсивность болевого синдрома вплоть до полного его отсутствия и значительно улучшает качество повседневной жизни пациентов. Таким образом мы видим, что этот метод является относительно наиболее безопасным, т.к. одновременно достигая максимального клинического эффекта снижается риск развития послеоперационных осложнений.

К.С. Доронина  
**ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТКИ С  
СИНДРОМОМ ЗАПЕРТОГО ЧЕЛОВЕКА**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф., Б.М.Доронин*

**Актуальность.** Синдром «запертого человека» (синдром изоляции, синдром дезфферентации) характеризуется наличием тетраплегии и паралича бульбарной, мимической и жевательной мускулатуры, вследствие поражения корково-спинно-мозгового пути и корково-ядерных волокон, при одновременном сохранении функции надъядерных волокон к глазодвигательной мускулатуре и структур ретикулярной формации, что объясняет сохранность сознания у пациента.

**Цель:** Описать клинический случай синдрома «запертого человека» у пациентки, находящейся в отделении реанимации ГKB № 1 г. Новосибирска.

**Задачи:** 1) Изучить клинические проявления, этиологию, патогенез синдрома «запертого человека», анализируя научную литературу по данной теме.

2) Изучить клинические проявления заболевания у пациентки, находящейся в отделении реанимации ГKB № 1 с выявленным синдромом «запертого человека», провести дифференциальный диагноз с другими псевдокоматозными состояниями.

3) Провести сравнительный анализ классического варианта заболевания, описанного в литературе и исследуемого случая, выявить сходства и различия, объяснить причины их возникновения.

**Материалы и методы:** анализ научной литературы, изучение истории болезни, обследование пациентки.

**Результаты.** Была обследована пациентка с диагнозом ишемический (атеротромботический) инсульт в ВББ с формированием очагов инфаркта на уровне моста, левой ножки мозга, а левых отделах червя, в левом полушарии мозжечка и левом таламусе, на фоне тромбоза основной артерии и левой ЗМА. Синдром «запертого человека». Клинические проявления (тетраплегия, паралич бульбарной, мимической и жевательной мускулатуры при сохраненной сознательной реакции глазодвигателей на раздражение) соответствуют классическому варианту течения синдрома «запертого человека». Были изучены возможные причины развития данного состояния и проведен дифференциальный диагноз между синдромом запертого человека и акинетическим мутизмом.

**Выводы:**

1) Синдром запертого человека - тяжелое неврологическое состояние, требующее детального изучения.

2) Синдром запертого человека является серьезной деонтологической проблемой, вследствие сложности диагностики и затруднении в получении ответной реакции со стороны пациента, при сохраненном слухе, зрении и понимании происходящего.

3) Кардинальное отличие синдрома запертого человека от акинетического мутизма и других псевдокоматозных состояний – наличие сохраненного сознания.

Е.А.Ефремова\*

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Е.А.Васькина*

Для оценки качества жизни пациентов с хронической болью в спине использовали опросники Роланда-Морриса при острых и подострых болях в спине и Освестри при хронических рецидивирующих болях в спине. Опросники заполнялись двадцатью пациентами до лечения глюкозамин-хондроитинсульфатовым комплексом и после двухмесячного курса терапии. По опроснику Роланда-Морриса никто из опрошенных не пользовался палкой, чтобы ходить по лестнице и не оставался большую часть времени дома из-за болей в спине. Оценивая своё состояние никто из опрошенных не считал, что «Из-за болей в спине он был более раздражён и резок с другими людьми, чем обычно». Нарушением жизнедеятельности считается, если пациент ответил на семь и более пунктов. Таких пациентов было трое.

Одной из частых жалоб была «Я избегаю тяжёлой работы по дому из-за моей спины», «Из-за моей спины я не пытаюсь нагибаться или становиться на колени» - по восемь случаев. У шести человек были ответы: «Мне трудно поворачиваться в постели из-за моей спины». По четыре жалобы на каждый вариант ответа: «Я хожу медленнее, чем обычно из-за моей спины», «Из-за моей спины мне достаточно часто приходится лежать и отдыхать», «Из-за моей спины мне приходится держаться за что-либо, чтобы подняться со стула (кресла)», «Моя спина или нога болит почти все время», «Я сплю меньше из-за моей спины», «Из-за болей в спине я хожу по лестнице медленнее, чем обычно».

Пациенты не могут выполнять тяжёлую работу по дому, им часто приходилось отдыхать, для того, чтобы продолжить работу по дому. Имеется ограничение скорости передвижения, у части пациентов страдал сон из-за болей в спине.

После двухмесячного лечения количество жалоб у пациентов сократилось. Жалоба «Из-за моей спины я не пытаюсь нагибаться или становить-



ся на колени» оставалась только у двух пациентов из восьми. По-прежнему пять человек избегали тяжёлой работы по дому из-за спины. Сон был меньше из-за спины у пятерых. С шести до двух человек уменьшились жалобы «мне трудно поворачиваться в постели из-за моей спины». У двух человек прекратились боли в спине и ноге, которые беспокоили их постоянно. Один человек, который ранее ходил без палочки, стал пользоваться ей, чтобы подниматься по лестнице. У двух пациентов после принятия глюкозамина и хондроитинсульфата жалоб согласно опроснику Роланда-Морриса не отмечалось.

Таким образом, половина из опрошенных отметили на 50% и более меньше пунктов. У остальных количество пунктов уменьшилось менее, чем на 50%.

Опросник Освестри даёт возможность в баллах оценить влияние боли на самообслуживание, сон, общественную жизнь, ходьбу, передвижение в пространстве, способность поднимать тяжести, длительно стоять и сидеть. До терапии количество баллов составляло от 22 до 52%. Выраженность жалоб уменьшилась от двух до 20%.

**Выводы:** Двухмесячная терапия глюкозамино-хондроитинсульфатовым комплексом улучшает качество жизни пациентов с хронической болью в спине.

Н.В. Гурцкая, Т.Р. Шевцова  
**ПРИМЕР КОМПЛЕКСА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
ПАРКИНСОНИЗМОМ**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

**Актуальность.** Болезнь Паркинсона составляет 70—80 % случаев синдрома паркинсонизма. Его частота колеблется от 60 до 140 человек на 100 тысяч населения, число больных значительно увеличивается среди представителей старшей возрастной группы. Как же жить с этим заболеванием? Кто и что помогает людям, больным Паркинсонизмом справляться с болезнью? Что чувствуют больные и к кому обращаются со своими переживаниями? Данные вопросы очень актуальны в наше время и определяют большую медико-социальную значимость проблемы и необходимость дальнейшей разработки методов реабилитации.

**Цель исследования.** Наблюдение за течением заболевания в динамике, оценка психо-эмоционального и физического состояния отдельно взятого больного (мужчины 72 лет) в течение шести месяцев на фоне проводимой терапии и реабилитации (обучение ежедневной гимнастике, беседы с психологами, рекомендуемая литература).

**Материалы и методы.** Анализ записей пациента о его ежедневном физическом и психо-эмоциональном состоянии (Дневник болезни). Следующие мероприятия, тесты и оценки проводились с периодичностью в каждые два месяца в течении полугода. Осмотр, объективное обследование и опрос больного. Тест Векслера (тест WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale). Тест краткой оценки когнитивного статуса пациента (MMSE по M.Folstein et al., адаптированная, 1985). Измерение темпа сенсорных реакций, свойств распределения и переключения внимания с помощью таблиц Шульте. Оценка депрессии по шкале Гамильтона (HDRS, по M.Hamilton, 1959; И.А.Бейвз, 1999). Оценка по шкале бытовых возможностей повседневной жизни (Мертен и Саттон).

**Результаты исследования.** На основе проводимого теста Векслера мы не наблюдаем снижения интеллектуальных показателей пациента. Результаты теста краткой оценки когнитивного статуса свидетельствуют о высокой сохранности когнитивных функций. Согласно тесту с таблицами Шульте мы можем говорить о повышенной утомляемости и истощаемости активного внимания. При оценке депрессии по шкале Гамильтона, были получены результаты об улучшении психо-эмоционального состояния пациента в течении полугода (уменьшение баллов), что является критерием хорошего эффекта лечения и реабилитации. По шкале Мертен и Саттона - полная бытовая адаптация, показатели стабильны на протяжении шести месяцев. Анализируя дневник болезни пациента, наблюдаем улучшение эмоционального состояния. Ухудшения физического состояния и прогрессирования заболевания нет.

**Заключение.** Больной строго придерживался назначенного ему медикаментозному лечению, ежедневно осуществлял рекомендуемую гимнастику, посещал школу реабилитации людей с болезнью Паркинсона, где регулярно проводились беседы с психологом, изучал рекомендуемую ему литературу, занимался интеллектуальной работой. В результате данной реабилитации у больного выражена высокая сохранность когнитивных функций, улучшения психо-эмоционального состояния, в результате выявлено отсутствие прогрессирования заболевания.

О. Б. Жукова, А. А. Матвеевко  
**СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ  
ПОРАЖЕНИИ ТАЛАМУСА И ВИСОЧНОЙ ДОЛИ**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б. М. Доронин*

**Актуальность.** Впервые постинсультный болевой синдром был описан в 1906 году как интенсивная непереносимая боль у пациентов с инфарктом

таламуса. С развитием медицины стало ясно, что болевой синдром может иметь особенности в зависимости от локализации очага поражения.

**Цель.** Проследить сходства и различия между постинсультными болями при поражении таламуса и теменной доли.

**Задачи.**

- выявление групп пациентов, перенесших инсульты в различных областях головного мозга;
- проведение обследования пациентов (сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни);
- проведение тестов с пациентами;
- оценка субъективного ощущения пациента на боль;
- оценка интенсивности боли;

**Материалы и методы.**

- анализ историй болезни;
- клиническое выявление характера боли со слов пациентов;
- оценка интенсивности боли по шкале VAS;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- картирование полученных результатов.

**Результаты.** Мы проанализировали 200 историй болезни за первый квартал 2012 года пациентов, перенесших инфаркт в бассейне задней мозговой артерии (таламус) и средней мозговой артерии (височные доли). Из них у 120 человек (60%) инсульт был в бассейне средней мозговой артерии, у 10 человек (5%) в бассейне задней мозговой артерии. Среди пациентов, перенесших инсульт в бассейне средней мозговой артерии, жалобы на головную боль были у 20 человек. Из них у 11 человек с неясной локализацией, у 9 в височной области. Среди пациентов, перенесших инсульт в бассейне задней мозговой артерии, жалобы на жгучую боль в конечностях были у 2 человек.

**Выводы.** Постинсультный болевой синдром при таламической локализации характеризуется наличием жжения, выраженной интенсивностью и захватывает конечность. При локализации поражения в височной доле чаще проявляются головные боли средней интенсивности с неясной локализацией.

А.В. Затынко  
**ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ  
ПАРКИНСОНА**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

**Актуальность.** Болезнь Паркинсона (БП) является распространенным нейродегенеративным заболеванием, патогенез которого связан с пораже-

нием дофаминовых нейронов компактной части черного вещества среднего мозга. Наряду с двигательными расстройствами клиническая картина БП включает и вегетативные нарушения. По современным данным, вегетативные нарушения выявляются у 70-100% пациентов с БП, которые на поздних стадиях могут приводить к серьезным осложнениям – инсультам, пневмониям, кишечной непроходимости (Алимова Е.Я., 1992). Изучение вегетативных нарушений при БП является актуальной и социально значимой проблемой.

**Цель исследования.** Изучить особенности проявления вегетативных нарушений у пациентов с БП.

**Материалы и методы исследования.** Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов МБУЗ ГКБ №1, которым был выставлен диагноз БП. В ходе исследования оценивались данные анамнеза, клинического исследования и неврологического статуса пациентов, общих анализов крови и мочи, биохимического исследования крови, заключений ЭКГ и визуализационных методов исследования головного мозга. Указанные данные были интерпретированы по шкале Хена и Яра и модифицированной шкале оценки вегетативных нарушений.

**Результаты.** Были изучены 35 историй болезни (из них 19 – мужчины, 16 – женщины). Из них 15 отнесены к группе с 1 и 2 стадиями заболевания по Хену и Яру, 20 к третьей и четвертой стадиям. Медиана по шкале оценки вегетативных нарушений составила 16 и 25 баллов соответственно каждой группе. Также выявлено, что в общей группе у 75% пациентов наблюдалась плохая переносимость жары и холода; в 60% случаев у пациентов наблюдалась гиперсаливация; в 35% случаев – явления снижения перистальтической активности кишечника; также встречаются периодическая тошнота (20%) и рвота (7%). Также были обнаружены статическая гипотензия (20%), и нарушения ритма сердца (15%).

**Выводы.** Таким образом, нами было установлено, что у пациентов с более высокой стадией заболевания по Хену и Яру вегетативные нарушения более выражены, чем у пациентов с меньшей стадией. Также установлено, что основные симптомы вегетативных нарушений у пациентов с БП относятся к патологии желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, гиперсаливация, запоры) и сердечно-сосудистой системы (статическая гипотензия, нарушения ритмической активности сердца).

О.И. Захария, Т.М. Шогунбеков  
**ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО  
СИНДРОМА ПРИ ДОРСОПАТИЯХ**

*Кафедра неврологии  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н, проф. Б.М. Доронин*

**Актуальность.** Тема дорсопатий объявлена ВОЗ приоритетной на ближайший пятилетний период. Подобная оценка объясняется распространенностью и, как правило, затяжным течением вертеброгенного процесса, нередко приводящим к инвалидизации больных. Среди больных, страдающих тем или иным видом дорсопатии, значительное количество людей, находящихся в период активной трудовой деятельности (возраст 30- 45 лет), а это в свою очередь в масштабах государства ведет к значительным экономическим потерям. Исходя из этого, проблематика дорсопатий, хотя и не представляющих в целом витальной угрозы, выдвигается в разряд социально значимых. Дорсопатия является группой заболевания, которая приводит к инвалидизации больных при всем благополучии их внешнего вида, что может стать причиной обвинений в симулянтстве со стороны окружающих, а это в свою очередь приведет появлению тревожности или депрессии больного.

**Цель исследования:** выявить наличие депрессии у пациентов с выраженным болевым синдромом при дорсопатиях, а также доказать влияние депрессии на выраженность болевого синдрома при дорсопатии.

**Материал и методы исследования:** сбор анамнеза заболевания и жизни семи пациентов в возрасте от 56 до 86 лет, использование болевой шкалы ВАШ, LANSS, опросника Paindetect, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

**Результаты исследования:** у всех опрошенных пациентов субъективная оценка боли, определенная по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) оказалась больше 8 баллов, из них 72% оценивают свою боль по максимальной оценке; при дифференцировке пациентов с наличием нейропатического компонента и без него по шкалам Paindetect и LANSS выявлено, что 43% из них не имеют нейропатической боли; у 85% обследуемых выявлена клинически выраженная депрессия, у 15% субклинически выраженная. При сборе анамнеза заболевания и жизни обратило на себя внимание некоторое сходство развития заболевания; у 72% обследуемых выявлена клинически выраженная тревожность, у 28% субклинически выраженная тревожность. Также обратило на себя внимание сходство анамнеза жизни и заболевания, поскольку 43% обследованных пациентов сообщили, что пережили утрату близкого человека, после чего вынуждены были взвалить все семейные обязанности на себя, выполнять больше, чем было им по силам. После подобной психологической травмы пациенты замыкались, переставали радоваться жизни, 28,5% пациентов отмечали наличие предрасполагающего факто-

ра развития дорсопатии: поднятие тяжестей, работа на улице при любых погодных условиях.

**Выводы:** определено влияние болевого компонента на течение вертеброгенного синдрома, появлением у всех обследованных пациентов субклинически (14%) и клинически (86%) выраженной депрессии, субклинически (28%) и клинически (72%) выраженной тревожности; пациенты сообщали, что боль, связанная с нарушениями в позвоночнике провоцировала страх навсегда остаться инвалидом, вызывала депрессию от постоянства боли, от невозможности полноценно выполнять прежний объем работы или заботы по дому. Те пациенты, у которых не был выявлен нейропатический характер боли при дорсопатии (28,5%), также имеют клинически выраженную депрессию и тревожность, что говорит о субъективных моментах в ощущении болевого синдрома на фоне депрессии и повышенной тревожности, об усилении боли при депрессии. Также выявлен психосоматический фактор появления болевого синдрома дорсопатии после пережитой утраты близкого человека.

Е.Ю. Захарова, Н.А. Вермеличева  
**ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ И ИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ**

*Кафедра неврологии*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

**Актуальность.** Многие в течение своей жизни хотя бы раз испытывали чувство внезапного страха, сопровождающегося учащенным сердцебиением, чувством нехватки воздуха, сухостью во рту, тошнотой. Это явление получило название панической атаки. С течением времени многие люди, испытывающие повторяющиеся приступы паники, становятся все более тревожными. Если приступы паники существуют долго, то пациенты избегают строить планы, боятся путешествовать. Все это приводит к ограничениям в социальной и семейной жизни. Распространенность панического расстройства составляет 4-5% населения, а стертые формы заболевания выявляются почти у 10% популяции, то есть каждый десятый человек на Земле в той или иной мере знаком с паническими атаками. Панические атаки встречается не только у взрослых, но и у детей и подростков школьного возраста. Поэтому данная тема актуальна в наше время и важно выявить данное состояние под «масками» других заболеваний.

**Цель.** 1. Определить распространенность панических атак среди пациентов неврологического отделения ГКБ №1. 2. Выявить панические атаки, сопровождающие ту или иную патологию. 3. Оценить степень влияния панических атак на состояние пациентов.

**Материалы и методы исследования.** 1. Истории болезни; 2. Тесты для оценки уровня тревоги («Госпитальная шкала тревоги и депрессии»)

и выявления панических атак («KatonW.J.PHQPanicScreeningQuestions»); 3. Опрос пациентов; 4. Анализ результатов тестов.

**Результаты.** Нами было проанализировано 335 историй болезни неврологического отделения ГКБ№1 за декабрь 2012-февраль 2013г. Из изученных историй болезни было выявлено 15 случаев панических атак, что составляет 4,5% от общего числа. Из них мужчины-86,6%(средний возраст 16-30лет), женщины-13,3%(средний возраст 30-35 лет). У 8 пациентов(53%) панические атаки сопровождали синдром надсегментарной вегетативной дисфункции; у 5(33%) остаточные явления перинатального поражения центральной нервной системы; у 1(7%) мигрени; ещё у 1(7%) острая вестибулярная дисфункция на фоне дорсопатии ШОП. В результате опроса и анкетирования 20 пациентов было выявлено: 3 пациента (15%) с паническими атаками, 3(15%) – с выраженной тревогой, 5(25%) – с повышенным уровнем тревожности и 9(45%) – уровень тревоги в пределах нормы. У 3 пациентов с паническими атаками в 100% случаях наблюдался синдром надсегментарной вегетативной дисфункции.

**Выводы.** Среди пациентов с неврологической патологией панические атаки довольно распространены. Чаще панические атаки выявляют при таких синдромах, как синдром надсегментарной вегетативной дисфункции с симпатoadреналовыми кризами; синдром остаточных явлений перинатального поражения ЦНС. Данное расстройство отрицательно сказывается не только на психоэмоциональном состоянии пациентов, но и на социальной жизни в целом.

Е.В. Киметова, А.В. Звонкова  
**КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ  
ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет.*

*Научные руководители: д. м. н., проф. И. А. Грибачева,*

*д.м.н, проф. А.П. Дергилев*

Поскольку на формировании клинических проявлений, степени компенсации и социальной адаптации больных в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) сказываются многие факторы, неудивительно, что между степенью тяжести перенесенной травмы и состоянием больных на отдаленных этапах заболевания нет прямой зависимости. Соответственно росту частоты ЗЧМТ, с каждым годом увеличивается число больных с их отдаленными последствиями.

**Цель исследования:** изучить клиничко-нейровизуализационные особенности у больных в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы



Предметом изучения явилась группа больных из 39 человек в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил  $42,3 \pm 3,27$ ) в отдаленном периоде ЗЧМТ различной степени тяжести с катамнезом до трех лет. На момент получения травмы средний возраст пациентов из обследованного контингента составил  $39,8 \pm 4,46$ . Среди обследованных было 26 (67,9%) мужчин и 13 (32,1%) женщин, что объяснялось большей подверженности травматизму, преимущественно производственному и транспортному, лиц мужского пола.

Из обследованных мужчин 87,7% получили бытовую и транспортную травму, при этом обращает на себя внимание достаточно высокий удельный вес производственной травмы (12,3%). Несколько иная картина наблюдается у женщин: 78,0% из них получили бытовую травму и только 4,0% - производственную, что существенно отличается от показателей в группе мужчин. Известно, что, как правило, именно транспортная и производственная травма являются наиболее тяжелыми в остром периоде и наиболее неблагоприятны в прогностическом плане для отдаленного периода.

Для уточнения характера морфологических изменений головного мозга всем пациентам проводилось нейровизуализационное исследование: 30 (76,3%) пациентам была выполнена МРТ, 9 (23,7%) пациентов была выполнена КТ. Гипотрофические изменения вещества полушарий мозга были выявлены у 48,7% пациентов, гипотрофические изменения полушарий мозжечка у 18,1% пациентов. Увеличение объема желудочков мозга, сопровождающее гипотрофические изменения мозговой ткани были выявлены у 50,6% пациентов, расширение конвекситальных субарахноидальных пространств у 72,3% пациентов, увеличение размеров ликворных цистерн, расположенных на основании мозга было найдено у 10,3% пациентов. У 12,2% больных были выявлены арахноидальные кисты различных размеров (от 0,5 до 2,5 см), расположенные в различных участках поверхности мозга. У 13,5% пациентов были выявлены признаки окклюзионной гидроцефалии в виде диффузного снижения плотности (при КТ), изменения интенсивности сигнала (при МРТ) перивентрикулярного белого вещества и сужения водопровода с МР-томографическими признаками нарушения по нему ликворооттока, заключающимися в повышении интенсивности сигнала находящегося в его просвете ликвора на T2-взвешенных изображениях. Множественное мелкоочаговое поражение перивентрикулярного и субкортикального белого вещества было выявлено у 34,6% пациентов.

**Результаты исследования** показали, что в отдаленном периоде до 3 лет после перенесенной ЗЧМТ при проведении КТ и МРТ выявляются неспецифические изменения в виде гипотрофии мозгового вещества, расширения ликворных пространств, формирования арахноидальных кист, мелкоочагового поражения белого вещества. Ввиду неспецифичности этих изменений нейровизуализационные методы исследования носят вспомогательный характер и могут использоваться для оценки динамики развивающихся патоморфологических изменений.

Е.П.Кугай, Г.Г.Белых  
**ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ СЕНСОМОТОРНАЯ НЕЙРОПАТИЯ ПРИ  
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I И II ТИПОВ**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

**Актуальность.** Наиболее частым неврологическим осложнением СД является периферическая сенсомоторная полинейропатия. Она относится к одним из основных факторов риска развития язвенных дефектов стоп, приводящих к инвалидизации. От 40 до 70% всех нетравматических ампутаций происходит у больных сахарным диабетом, поэтому крайне важно вовремя диагностировать нейропатию и принять соответствующие меры профилактики и лечения.

**Цели и задачи.** 1. Провести опрос и обследование больных СД I и II типов на нарушения различных видов чувствительности и изменения рефлексов нижних конечностей. 2. Выявить зависимость выраженности симптомов ПСН от возраста, длительности заболевания, типа сахарного диабета, уровня гликемии. 3. Провести расчет шкалы Нейропатического Дисфункционального Счета(НДС) для определения группы риска синдрома диабетической стопы.

**Материалы и методы:** пациенты эндокринологического отделения, опрос и физикальное обследование больных, анализ результатов по шкалам Нейропатического Симптоматического Счета и НДС.

**Результаты.** 1. При опросе больных СД симптомы ПСН выявлены у 86%. Пациенты, у которых отсутствуют симптомы и признаки ПСН имеют длительность заболевания до 5 лет и уровень гликемии натощак до 7 ммоль/л. 2. Среди осмотренных больных 32% имеют умеренные признаки нейропатии, 13%-выраженные и входят в группу риска по развитию синдрома диабетической стопы. 3. Больные, у которых отсутствуют начальные признаки ПСН имеют среднюю длительность заболевания 9 лет, средний уровень гликемии натощак-12 ммоль/л; преимущественно это пациенты с СД 1 типа. Больные с умеренно выраженными признаками ПСН имеют среднюю длительность заболевания 8 лет, средний уровень гликемии натощак-12 ммоль/л, возраст более 50 лет, СД 2 типа. Пациенты, входящие в группу риска развития синдрома диабетической стопы имеют среднюю длительность заболевания 16 лет, средний уровень гликемии натощак от 10 до 24 ммоль/л. 67% этих больных пожилого возраста и имеют СД 2 типа.

**Выводы.** 1. Существует прямая зависимость между длительностью заболевания, уровнем гликемии, выраженностью и распространенностью нарушений всех видов чувствительности нижних конечностей. 2. Наиболее часто встречаются нарушения температурной и болевой чувствительности. При этом на начальном этапе заболевания страдает преимущественно температурная чувствительность. 3. Наиболее часто начальные признаки ПСН

отсутствуют у больных СД 1 типа, в связи с диагностикой на начальных этапах заболевания.

А. С. Павлов, О. М. Павлова  
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ  
АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ**

*Кафедра неврологии*

*Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель: профессор, д. м. н. Б.М. Доронин*

**Актуальность.** Исследование динамики астенического синдрома у выпускников школ, первокурсников и учащихся старших курсов позволит определить предрасположенность выпускника школы, с определённым уровнем астенического синдрома, к утяжелению состояния, что позволит оказывать практические рекомендации абитуриентам.

**Цель работы.** Изучить структуру распределения астенического синдрома у студентов НГМУ 1го и 5го курсов и школьников 11 класса МОУ СОШ №13.

**Методы исследования:**

Проведение теста «HADS» и «MFI-20» трём группам исследуемых:

- Школьникам 11 класса МОУ СОШ №13, количество исследуемых-50 человек.

- Студентам первого курса НГМУ, количество исследуемых-50 человек.

- Студентам пятого курса НГМУ, количество исследуемых-50 человек.

Анализ результатов тестирования; выявление структуры распределения астенического синдрома среди данных групп исследуемых; выявление изменения соотношения астенического синдрома у подростков от 11 класса среднеобразовательной школы до пятого курса НГМУ.

**Результаты исследования:** Тест HADS: 11 класс. Отсутствие выраженных симптомов тревоги у 12% и депрессии у 32%. Субклинически выражена тревога у 86% и депрессия у 66%. Клинически выраженная тревога у 2% и депрессия у 2%. Первый курс. Отсутствие выраженных симптомов тревоги у 24% и депрессии у 4%. Субклинически выражена тревога у 74% и депрессия у 96%. Клинически выраженная тревога у 0% и депрессия у 0%. Пятый курс. Отсутствие выраженных симптомов тревоги у 24% и депрессии у 28%. Субклинически выражена тревога у 74% и депрессия у 72%. Клинически выраженная тревога у 2% и депрессия у 0%.

Тест MFI-20: В 11 классе астенический синдром выражен у 70% школьников. На первом курсе астенический синдром выражен у 47% студентов. На пятом курсе астенический синдром выражен у 62% студентов.

**Выводы.** Сильнее всего астенический синдром выражен у школьников 11 класса – 70%. Это можно связать с предстоящим ЕГЭ и поступлением в различные вузы. Так же с этим связан уровень субклинически выраженной тревоги – 86%. 66% субклинически выраженной депрессии может сказать о психологическом прощании с школой. На первом курсе астенический синдром выражен у 47% студентов. Так может сказываться успешное поступление на первый курс. При уровне субклинически выраженной тревоги в 74% и депрессии в 96%, можно увидеть, как новая среда сказывается на душевном состоянии студентов. На пятом курсе уровень субклинически выраженной тревоги в 74% и депрессия в 72%, и при этом повышение процента астенического синдрома до 62%, можно связать с нагрузкой на студентов в виде учебного процесса, работы, а так же уже точного выбора своей будущей профессии.

Ю.А. Прус, О.А. Гилева, Е.И. Якушева\*, Н.В. Прозорова\*.,  
М.В. Миллер\*, Н.Ю. Розе\*

### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ**

*Кемеровская государственная медицинская академия,*

*МУЗ ГКБ № 3, г. Кемерово*

*Научные руководители: д.м.н., проф. А.В. Субботин, О.А. Гилева*

**Актуальность.** Мигрень – заболевание, характеризующееся периодически повторяющимися приступами головной боли (ГБ), локализуемой обычно в одной (редко в обеих) половине головы продолжительностью от 4 до 72 ч с тошнотой, в ряде случаев — рвотой, светобоязнью и звуковой гиперестезией.

**Цель** – изучение качества жизни у пациентов с мигренью.

**Материалы и методы.** В исследуемую группу вошло 20 пациентов с мигренью (5 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет. Верификация диагноза мигрени осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями Международного общества ГБ. В исследовании использовались Макгилловский болевой опросник, опросник для экспресс-диагностики типа ГБ, опросник MIDAS для оценки нарушения повседневной активности и для оценки качества жизни опросник QVM.

**Результаты и их обсуждение.** Интенсивность мигренозного приступа по эвалюативной шкале Макгилловского болевого опросника была следующей: у 3 человек (15%) отмечалась невыносимая боль, у 6 (30%) – сильнейшая, у 10 (50%) – сильная; умеренная боль наблюдалась только у 1 пациента (5%). Продолжительные и частые приступы наблюдались у 45% больных. У 25% пациентов чрезвычайно осложнилась жизнь из-за беспокойства по поводу того, что может развиваться очередной приступ мигрени; у 40% - осложнилась немного, средне или значительно; и у остальных - не осложни-

лась совсем. 35 % очень беспокоятся из-за того, что могут возникнуть другие проявления приступа (непереносимость света, тошнота, рвота, выпадение полей зрения). 45% больным приходится отказываться от определенных вещей и видов деятельности, чтобы уменьшить риск возникновения приступа (поздних отходов ко сну, от путешествий, занятий спортом и др.). В большинстве случаев, приступы мигрени провоцировались сочетанием нескольких факторов (недосыпание, переутомление, стресс, яркий свет, физическая нагрузка, менструации и пр.).

**Заключение.** Качество жизни у больных с мигренью коррелирует с частотой и продолжительностью приступов, а также с интенсивностью головной боли.

Т. О. Руденко, А.Е. Чурина  
**ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В МОЗЖЕЧОК**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н, проф. И.А. Грибачева*

**Актуальность.** Кровоизлияния в мозжечок развиваются, как правило, у больных с неконтролируемой артериальной гипертензией, на их долю приходится около 8-10% внутримозговых гематом.

**Цель исследования.** Проследить динамику течения заболевания на основе историй болезни пациентов с кровоизлияниями в мозжечок, а также выявить факторы, влияющие на клиническую картину, выбор лечения и исход данной патологии.

**Материалы и методы исследования:** проводился анализ историй болезней больных с кровоизлияниями в мозжечок, наблюдавшихся в неврологическом отделении ГKB № 1 за период с 2010-2012 гг.

**Результаты.** Проанализировано 13 историй (7 мужчин, 5 женщин). Возраст больных составил от 40 до 65 лет, средний возраст  $52,37 \pm 2,36$ . У всех пациентов причиной кровоизлияния явилась неконтролируемая артериальная гипертензия, в связи с чем гематомы рассматривались как гипертензивные. Было отмечено, что из 13 (100%) пациентов у 11 (85%) гематома располагалась в одном из полушарий, а у 2 (15%) — в черве мозжечка. Всем больным при поступлении по единому диагностическому алгоритму проводилось общеклиническое, неврологическое и нейровизуализационное обследования. У всех пациентов было выявлено нарушение сознания различной степени от оглушения до глубокой комы. Основные жалобы: резкая головная боль, преимущественно в затылочной области, головокружение, повторная рвота, нарушение речи. Мозжечковая симптоматика выявлена только у 12 (92%) пациентов. Стволовая симптоматика (глазодвигательные рас-

стройства, периодическое дыхание, парез взора) выявлена у 10 (77%) больных. Менингеальный синдром выявлялся у 4 (31%) больных. При КТ размеры гематомы у больных варьировали от 0,4 до 40 см<sup>3</sup>. У 1 (7%) пациента выявлено кровоизлияние в IV желудочек, а у 3 (23%) – в боковые желудочки, у 1 (7%) пациента выявлено кровоизлияние в ликворопроводящие пути. Из 13 больных четверым было проведено оперативное лечение (из них 2 с летальным исходом), остальные 9 получали консервативное лечение (из них-3 летальных исхода).

#### **Выводы:**

1. Особенности клинического течения гипертензивных гематом мозжечка являются острый характер развития заболевания с нарушениями сознания различного уровня. Для больных с полушарными кровоизлияниями характерно преобладание симптомов поражения мозжечка, а при локализации гематомы в черве мозжечка превалируют симптомы нарушения функций ствола головного мозга

2. Постановку диагноза облегчает наличие симптомов поражения мозжечка - атаксия, мышечная гипотония на стороне поражения, горизонтальный нистагм с быстрым компонентом в сторону патологического очага. При этом варианте кровоизлияний в мозжечок летальные исходы имеют место не во всех случаях.

3. Больным с гематомой мозжечка объемом менее 14 см<sup>3</sup>, не вызывающей сдавления ствола мозга и ООГ, нейрохирургические вмешательства, не показаны.

4. Факторами риска летального исхода как при хирургическом, так и при консервативном лечении гипертензивных кровоизлияний в мозжечок являются нарастающая общемозговая симптоматика, локализация гематомы в черве, развитие дислокационного синдрома.

А.Г. Тасенко  
**ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КЛЕТОК  
ГЛИОБЛАСТОМЫ НА ВОЗДЕЙСТВИЕ БЫСТРЫХ  
И МЕДЛЕННЫХ ПУЧКОВ НЕЙТРОНОВ С  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОРФЕНИЛАЛАНИНА**

*Кафедра нейрохирургии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к. м. н., доцент В.В. Каньгин*

**Актуальность.** Во всем мире в последние годы отмечается значительный рост частоты первичных глиальных опухолей мозга, в особенности их злокачественных форм, среди которых доминируют злокачественные гли-

альные опухоли — мультиформные глиобластомы и анапластические астроцитомы.

Проблема лечения больных со злокачественными глиальными опухолями остается в значительной степени нерешенной, а результаты — малоутешительными. К сожалению, при злокачественных глиальных опухолях достаточно редко удастся стабилизировать опухолевый рост — средняя выживаемость не превышает 14 месяцев.

Появление в 1953 году и дальнейшее развитие борнейтронзахватной терапии (БНЗТ) позволило увеличить среднюю выживаемость. Так, 5-ти и 10-летняя выживаемость по данным Y.Nakagava и соавт. составила 10,4% и 5,7%, соответственно. Это исследование показало заметно лучшие результаты, чем после стандартного фотонного облучения, проведенного на НТР (учебном реакторе Хитачи) с использованием боркаптата натрия.

В нашем исследовании в качестве источника нейтронов мы используем протонный ускоритель, борсодержащий препарат — ВРА (борфенилаланин).

**Цель исследования.** Выявить чувствительность клеток глиобластомы с применением ВРА при условии использования протонного ускорителя.

**Задачи.**

1. Описать реакцию культур на определенный тип пучка.
2. Обобщить полученные результаты.
3. Анализ результатов облучения тепловыми и эпитепловыми нейтронами культур глиальной ткани и культур клеток глиобластом с применением ВРА.

**Материалы исследования.** В ходе эксперимента использовались культуры неанapлазированной глиальной ткани (MRC-5) и культуры клеток глиобластомы (U87), помещенные в планшетки. Время облучения составляло 15, 25 и 37 минут. В ходе каждого обучения были использованы 3 планшетки: I для облучения тепловыми (быстрыми) нейтронами, II для облучения с использованием эпитепловых (медленных) нейтронов и III — контрольная. В каждой планшетке находились культуры глиальных и глиобластомных клеток с ВРА и без. Облучение проводилось с применением протонного ускорителя.

**Результаты исследования.** В ходе эксперимента была выявлена закономерность: увеличение чувствительности клеток глиобластомы к нейтронному пучку с применением ВРА на 1, 2 и 5 день после облучения в I планшетке. Во II планшетке применение ВРА так же вызвало увеличение чувствительности клеток к нейтронному пучку. Четкой зависимости применения ВРА в культуре глиальных клеток не выявлено.

**Выводы.** Таким образом, в нашем эксперименте показано, что применение борфенилаланина увеличивает чувствительность клеток к облучению нейтронами, полученными с помощью протонного ускорителя.



А.С. Умаров  
**БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО  
ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Кафедра нейрохирургии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: Орлов К. Ю.*

**Целью** нашей работы является определение эффективности использования ассистирующих методик.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

- 1) Оценить влияние баллон- и стент-ассистенции на радикальность лечения аневризм.
- 2) Оценить число осложнений с применением и без применения ассистирующих технологий.

**Материалы:** проведён сравнительный анализ результатов эндоваскулярного лечения 225 больных с 279 аневризмами. Пациенты были разделены на три группы. Первая группа больных, у которых аневризмы эмболизированы отделяемыми микроспиральями без ассистирующих методов 168 (60%), вторая группа, оперированные с баллон ассистенцией 37 (13%), третья группа со стентассистенцией 74 (27%).

Оценка степени радикальности и эффективности ассистирующих методик основана на результатах контрольного ангиографического и томографического исследований.

**Результаты.** В 1-й группе totally excluded из кровотока 135 (80%) аневризм, subtotaly 33 (20%) аневризмы, во второй группе totally embolized 31 (84%) аневризма, subtotaly 6 (16%), в третьей группе totally embolized 67 (90%), subtotaly 7 (10%). Интраоперационные осложнения (разрыв, тромбоэмболия, миграция спирали) в первой группе составили 10%, во второй 5%, в третьей 4 % случаях. Летальность в первой группе составила 1,2% (2 больных), во второй летальности не отмечено, в третьей группе 1,3% (1 больной).

**Заключение:** Применение ассистирующие методики при лечении церебральных аневризм с широкой шейкой значительно повышает totaly exclusion аневризм из кровотока, и снижает вероятность возникновения интраоперационных осложнений.

К.А. Фризен  
**ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ  
ИСХОДОВ ИНСУЛЬТА**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Б.М. Доронин*

**Актуальность.** Сосудистые заболевания – актуальная медицинская и социальная проблема. Сегодня в мире около 9 млн человек страдают cerebro-vasкулярными болезнями. Основное место среди них занимают инсульты, каждый год уносящие 4,6 млн жизней. Cerebrovasкулярные заболевания с учетом расходов на лечение и реабилитацию наносят огромный ущерб экономике, поэтому умение прогнозировать исход заболевания необходимо современному специалисту. В статье «Лейкоцитозы и исходы острого нарушения мозгового кровообращения» в Журнале неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова от 2010 года была выдвинута теория, что чем выше число лейкоцитов, тем больше вероятность летального исхода в 1-й месяц после инсульта.

**Материалы и методы исследования.** Проводился ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в неврологическом отделении ГКБ №1 в период с 2010 по 2012 гг. В исследование были включены пациенты (16 человек) с диагнозом геморрагический инсульт в вертебро-базиллярный бассейн, не имеющие сопутствующих хронических и острых воспалительных заболеваний. В ходе исследования оценивались следующие параметры: данные общего анализа крови (уровень лейкоцитов), динамика течения заболевания, сопутствующие заболевания, исход заболевания.

**Результаты.** При анализе результатов учитывалась частота артериальной гипертензии (16 человек (100%) страдали АГ); 5 человек (31%) страдали алкоголизмом. Исходом заболевания во всех случаях была смерть пациентов. В ходе исследования проводилась проверка зависимости продолжительности жизни пациентов от уровня лейкоцитоза в крови. Максимальная продолжительность жизни составила 83 часа при уровне лейкоцитоза  $10,8 \cdot 10^9/\text{л}$ . Минимальная продолжительность жизни составила 4 часа при уровне лейкоцитов  $16,9 \cdot 10^9/\text{л}$ . При этом у 7 человек (43%) наблюдался лейкоцитоз выше уровня  $16,9 \cdot 10^9/\text{л}$ , но продолжительность жизни этих пациентов была в диапазоне от 12 до 53 часов, то есть больше минимального значения. Также у 2 человек (12%) с уровнем лейкоцитоза меньше  $10,8 \cdot 10^9/\text{л}$  продолжительность жизни составила 30 и 64 часа, что меньше максимальной продолжительности жизни.

**Заключение.** В ходе исследования было установлено, что в острый период (первые трое суток от начала заболевания) прямой зависимости между уровнем лейкоцитоза в крови и продолжительностью жизни у пациентов

с геморрагическим инсультом в вертебро-базиллярный бассейн не наблюдается.

**Выводы.** По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что данные общего анализа крови (уровень лейкоцитоза) не являются достоверным критерием для определения продолжительности жизни пациентов и прогнозирования исходов заболевания.

О.В. Чеброва, А.В. Дорош  
**НАСЛЕДСТВЕННАЯ МИОДИСТРОФИЯ -  
БОЛЕЗНЬ ДЮШЕНА**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: к.м.н., асс. Е.В. Собољникова*

**Актуальность.** Болезнь Дюшенна является одной из наиболее распространенных форм миодистрофий (1: 4000 населения). В основном заболевают мальчики, а девочки являются носительницами. Характеризуется ранним началом; быстрым, неуклонно прогрессирующим течением; высоким процентом инвалидизации; трудностью реабилитации при наличии дефектов двигательной сферы в сочетании с соматическими заболеваниями; значимостью социально – экономической проблемы, связанной с данным заболеванием.

**Цель.** Дифференциальная диагностика болезни Дюшенна с гликогенозом II степени – болезнью Помпе.

**Задачи:** 1. Изучить клинические проявления, ведущие к инвалидизации больных с данным диагнозом;

2. Дать объективный дифференциальный диагноз болезни Дюшенна с болезнью Помпе;

Объект исследования: пациенты с миодистрофией Дюшенна и болезнью Помпе

Материалы и методы исследования: 1. Анализ историй болезни пациентов с миодистрофией Дюшенна и болезнью Помпе;

2. Работа с пациентом с миодистрофией Дюшенна, выявленной впервые: анамнез, неврологический осмотр, соматический осмотр, генетический анализ.

**Результаты.** Был обследован пациент с диагнозом мышечная дистрофия Дюшенна, 5 лет. Первые клинические симптомы появились с 4 лет. В настоящее время больной имеет следующие клинические симптомы: задержка психо-речевого развития, гипотрофия, гипертрофия икроножных мышц, мышечная слабость в руках и ногах, парез: в руках и ногах по 2 балла, при подъеме пользуется приемами Говерса, «утиная» походка, степень стигма-

ции малая, нарушение осанки, деформация грудной клетки, энурез, энкопрез, расстройств поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено.

Учитывая характерную клинику заболевания и наследственный характер, можно предположить, что это мышечная дистрофия Дюшенна.

Был проведён анализ историй болезни пациентов с болезнью Помпе, миодистрофией Дюшенна. Выявлены отличия: оба заболевания имеют генетическую детерминированность, но при болезни Дюшенна наследование рецессивное, X – сцепленное с полом, тогда как при болезни Помпе – аутомно – рецессивное.

Выводы: клинические проявления болезни, описанные на примере данных пациентов, соответствуют классическому описанию гликогеноза II степени - болезни Помпе. Но, проведённый медико – генетический анализ исключает постановку данного диагноза:

A-D-глюкозидаза в пределах нормы - 23,2 нмоль/мг/ч (норма 13,3-53,6). Произведённый дифференциальный диагноз демонстрирует главные отличия миодистрофии Дюшенна от болезни Помпе, что необходимо для правильной постановки диагноза.

С. К. Шабанов, К. А. Виноградова  
**ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ  
РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ С РАЗЛИЧНОЙ  
ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЗНИ**

*Кафедра неврологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель: профессор Доронин Б. М.*

**Актуальность.** Тяжесть и длительность течения заболевания РС коррелирует с общей атрофией головного мозга. Оценив когнитивные функции у больных с разной продолжительностью течения заболевания, мы попробуем, выявить закономерность нарушения умственных функций с продолжительностью течения РС. Степень атрофии и реорганизации серого вещества головного мозга, лежит в основе прогрессирования заболевания и развития нетрудоспособности больного.

**Цель работы.** Провести анализ когнитивных нарушений у больных рассеянным склерозом, оценить полученные данные во взаимосвязи со сроком течения заболевания

**Материалы и методы.** Оценка когнитивных функций проводилась с помощью выполнения больными функциональных проб, тестов и сбора анамнеза. Для оценки состояния скорости переработки зрительной информации, показателя производительности внимания, мы использовали тест «кольца»

Ландольта, для оценки реактивной и личностной тревожности тест Спилберга, для исследования объёма кратковременной памяти тест «10 слов», для оценки уровня депрессии тест Зунга, для оценки объёма динамического внимания тест «Таблицы Шульте». В нашем исследовании принимали участие 25 больных, которые были разделены на две группы. Первая группа – пациенты с длительностью течения РС до 5 лет, вторая – от 5 и более. В первую группу входили 10 человек, во вторую группу 15 человек.

**Результаты.** В ходе нашего исследования мы проследили взаимосвязь степени нарушения когнитивных функций зависимости от тяжести течения заболевания. Длительность течения заболевания коррелирует с тяжестью расстройств когнитивных функций пациентов с РС. Больные во второй группе в большем проценте случаев имеют высокие степени реактивной и личностной тревожности (по тесту Спилберга), чем больные первой группы, наравне со снижением объёма кратковременной памяти, а так же объёма динамического внимания. Разделив всех больных на две группы и сравнив полученные данные пробы «кольца» Ландольта, выяснилось, что не всегда пациенты второй группы имели сниженные показатели продуктивности и устойчивости внимания, а больные первой группы – норму. Имелось место отклонения отдельных показателей, таких как: Объёма зрительной информации, показателя производительности внимания, а так же по количеству пропущенной информации. По результатам методики «10 слов» снижение объёма кратковременной памяти не имело чёткой зависимости от длительности течения заболевания у больных первой и второй групп. Степень нарушения когнитивных функций безусловно зависит от длительности течения заболевания, но проявляется у разных больных в нарушении различных показателей, которые необходимо учитывать при установлении нетрудоспособности больных.

# СОДЕРЖАНИЕ

---

## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

<i>М.В.Батищева, Е.Ю.Кранц, А.Е.Горбачёва, А.В. Крашенина, Т.В.Швецова*, Е.А.Кияшко, Ю.В.Шоркин, Селякова М.С.</i> ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА В ЭНДОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГИПЕР- ПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ .....	18
<i>М.В. Батищева, Е.О. Кранц, М.Г. Овчинникова, Ю.А. Ефимова, А.Е. Горбачева</i> СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРИЕМЕ КОМБИНИРО- ВАННОЙ ОРАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ .....	19
<i>Е.А. Дубкова</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СПКЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ .....	21
<i>Ю.А. Ефимова, Ю.С. Тимофеева</i> ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИПОВ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ .....	22
<i>А.Е. Загурская, И.Н. Сухина</i> ВЛИЯНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ СИНДРОМАМИ .....	23
<i>Н.Л. Иванова, А.С. Савченко, С.Б. Цыденова, А.Е. Чурина</i> МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ .....	24
<i>Е.Ю. Кранц, М.В. Батищева, А.Е. Горбачева, С.З. Алиева, К.М. Харитоновна, У.Т. Ярымджанян</i> ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭНДОМЕТРИИ К ЭСТРОГЕНАМ И ПРО- ГЕСТЕРОНУ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ .....	26
<i>Е.Ю. Кранц, М.В.Батищева</i> ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И МАССУ ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ .....	27

<i>В.И. Кувшинова, О.О. Такина, К.А. Пученина</i> ИСХОДЫ РОДРАЗРЕШЕНИЙ ПРИ ИСТИННОМ ПРИРАЩЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ .....	28
<i>Е.Е.Лаврентьева</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС- СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ .....	30
<i>Е.В. Мезит, И.П. Краснова</i> МИОМА ТЕЛА МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ .....	31
<i>М.Г. Овчинникова, Ю.А. Ефимова, Е.А. Дубкова, И.Н. Сухина</i> РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ СРЕДИ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ. ВНЕДРЕНИЕ В ВУЗЫ, ШКОЛЫ И ДЕТСКИЕ ДОМА ГОРОДА НАУЧНО-ОБОСНОВАННОЙ ПРОГРАММЫ «РЕПРОДУКТИВНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ» .....	32
<i>М.Г. Овчинникова, Ю.А. Ефимова, Е.А. Дубкова, А.Ю. Сергеева, О.И. Ярошенко</i> ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА. ВОЗМОЖ- НОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ.....	33
<i>В.А. Погосян</i> АНКЕТИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ 5-ГО КУРСА ПО ВОПРОСАМ ВЛИЯНИЯ АЛКОГОЛЯ НА ПЛОД.....	34
<i>Е.А. Соболева, П.П. Штрауб, А.С. Курбанисматлова, О.Н. Рахманкулова, Р.А. Гагин</i> ОПЕРАТИВНЫЕ ВЛАГАЛИЩНЫЕ МЕТОДЫ РОДРАЗРЕШЕНИЯ .....	36
<i>Ю.С. Тимофеева, Ю.А. Ефимова</i> КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИПОВ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ, ИНФИЦИРОВАННЫХ UR. UREALITICUM, В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА .....	37
<i>П.Ю. Штуккина, Е.Г. Бодренко, Т.А. Колесникова</i> ЗАДАЧА ХХІ ВЕКА: ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ.....	38

## ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

<i>Ю.Н. Авдонина, Д.А. Масников</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	40
<i>Т.А. Акимова, В.Б.Крылова, И.Б.Яковлева</i> ВЛИЯНИЕ ГЕННОГО ПОЛИМОРФИЗМА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕС- КОГО ПЕПТИДА НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТА- ТОЧНОСТИ.....	41



<i>К.А. Астапенко, Ё.Р. Ахмедов, Т.Н.Бабаева</i> НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА В КОСТНОМ МОЗГЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ .....	42
<i>К. С. Астракова</i> РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ САРКОИДОЗА.....	44
<i>М.А. Ахмадулина</i> ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ЖЕНСКОГО ПОЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА .....	45
<i>Т.Н. Бабаева*</i> СИНДРОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЗАВИСИ- МЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ .....	47
<i>Т.И. Батлук, К.А. Астапенко</i> ОТРАВЛЕНИЯ ИНСЕКТИЦИДАМИ НА ОСНОВЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ .....	48
<i>Ю.С. Бахарева</i> СЛУЧАЙ НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	50
<i>А.С. Беляева, Л.Н. Савина, Е.С. Гричанова</i> СИНДРОМ ФЕЛТИ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С HCV – ИНФЕКЦИЕЙ .....	51
<i>Н.Е. Беляева</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФ- РОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА .....	53
<i>М. В. Васильченко, Е.С. Полторацкая</i> ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ .....	54
<i>Е.Ю.Вербицкая</i> ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САХАРНЫМ ДИА- БЕТОМ В г. НОВОСИБИРСКЕ В ВОЗРАСТЕ 45 – 69 ЛЕТ ПО МЕТОДИКЕ «FINDRISC» .....	56
<i>К.А. Вешиякова, Е.И.Кондракова, А.В. Чичвархина.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗА- БОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА .....	57
<i>Ю. О. Власова, Л. А. Терджанян</i> АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА В УСЛОВИЯХ ОСТРО- ГО ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ .....	58

<i>Ю.О.Власова, Л.А.Терджанян</i> ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИ- ФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ .....	60
<i>Ю.Ю.Войтенко, Л.А.Обликова, А.М.Беляева, В.С.Головко</i> ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ .....	61
<i>С. Ф. Гончаренко, Е.А. Дармокрик</i> ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬ- НОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА,СЕЗОНА ГОДА И СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В КРОВИ .....	63
<i>С. Ф. Гончаренко, Е.А. Дармокрик</i> НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕР- ТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОС- ТЕЙ, СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ И ГОРМОНОВ В КРОВИ.....	64
<i>В.Е. Гнатюк</i> ВЛИЯНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПА- ТИИ НА ВЕЛИЧИНУ ИНТЕРВАЛА QT.....	65
<i>Н.В. Дмитриенко</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕ- ТОМ 2 ТИПА ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ ДИАМОБИЛЯ .....	67
<i>Ю.В. Долгушина</i> КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕН- НОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЭРИТРЕМИЕЙ .....	68
<i>Ч.Г. Донгак</i> ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕР- ТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ .....	69
<i>А.Б. Дымбрылова, Т.Е. Коновалова</i> ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕН- ТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	71
<i>О.А. Загорулько, М.В. Марченко</i> РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НОЧНОЙ ГЕМОГЛОБИНУРИИ .....	72
<i>М.А.Зуева, К.П. Коршунова, О.В.Васильева</i> СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ.....	73
<i>Ю.С. Иванова, Х.Ф. Устинова, Ю.Ю. Кулябин</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА .....	75

<i>А.С. Капранов, Т.А. Колесникова, А. Г. Усенко, Т. Ю. Козырева, Н. П. Величко, О. В. Нищета, Д.Л. Колодин</i>	
СОДЕРЖАНИЕ Кортизола и Альдостерона у больных артериальной гипертензией в зависимости от темперамента, возможности и варианта антигипертензивной терапии .....	76
<i>А.С. Капранов, Т. В. Колесникова, А. Г. Усенко, Т. В. Козырева, Н. П. Величко, О. В. Нищета, Д. Л. Колодин</i>	
УРОВЕНЬ оксида азота у больных артериальной гипертензией с различным темпераментом на фоне целенаправленной терапии .....	77
<i>Л.Ю. Карпова</i>	
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНЫХ ЭКСТРАНОДАЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ .....	78
<i>А. В. Козин, М. С. Носова</i>	
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ЛАНДШАФТ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ .....	80
<i>М.А. Кондратова</i>	
МАНИФЕСТНАЯ ПОЗДНЯЯ КОЖНАЯ ПОРФИРИЯ И ПОЛИМОРФИЗМ АЛЛЕЛЕЙ C282Y и H63D ГЕНА HFE .....	81
<i>Ю.Ф.Кононенко</i>	
ФИБРОМИОМА МАТКИ у женщин с эндокринной патологией .....	82
<i>А.С. Копнина</i>	
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГАСТРОПАРЕЗА у ПАЦИЕНТОВ с САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА .....	84
<i>Д.В. Лисихина, О.С. Чернова.</i>	
СОПОСТАВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ УРСОДЕЗОКИСХОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ И КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ с ЭССЕНЦИАЛЬНЫМИ ФОСФОЛИПИДАМИ ХОЛЕСТАЗА у БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ В .....	85
<i>Ю.В. Макарова, А.В. Титенко, А.Н. Яшикина</i>	
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ в ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ по ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ .....	86
<i>Ю.В. Макарова, И.Ю. Безуглая, Н.В.Литвинова</i>	
ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ у ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЧЕРЕЗ 10 ЛЕТ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ и у НЕОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ .....	88
<i>А.С. Малышева</i>	
СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ .....	89

<i>М.В. Марченко, О.А. Загорулько</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИ- ТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ .....	90
<i>О.М.Мельникова, Е.С.Аксенова, М.А.Зуева, З.М. Ибоян, В.М.Бон</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИН- ДРОМОМ .....	92
<i>О.М.Мельникова, А.Е.Загурская, С.Л.Симакова, Ю.В. Леушкина, С.Ю. Савгачев</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ .....	93
<i>А.В. Мокроусов</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ АНАЛИЗА ФОТОГРАФИЙ ГАЗОВОГО РАЗРЯДА НА ПОВЕРХНОСТИ КОЖНОГО ПОКРОВА В ОБЛАСТИ БИОЛО- ГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИС- ТОЙ И БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	95
<i>А.О.Монгуш</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С НЕИЗМЕНЕННЫМИ КОРОНАРНЫМИ АРТЕРИЯМИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ НЕЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ .....	96
<i>Ю.Н. Обгольц</i> ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА .....	97
<i>Е. М. Парфентьева</i> СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАННИХ СТАДИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ .....	99
<i>С.В. Пешкова</i> ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ.....	100
<i>Т.М. Пилюгина</i> АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РАЙОНАХ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	102
<i>Ю.А. Плотникова</i> ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНО- ПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ .....	103
<i>О.В. Посевкина</i> ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИН- СКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ.....	104

<i>М.В. Потеряева, Я.Г. Яцкевич, Е.Ю. Малмыгина, Н.Ю. Михалева</i>	
СУСТАВНОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ .....	105
<i>Е.В.Потехина, З.А. Бальцер, И.В. Прошак, Е.В.Ленская, М.А.Зуева</i>	
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧ- НОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЕЙ.....	107
<i>Е.В.Потехина, Т.З. Варданян, М.А.Зуева, Е.В.Ленская</i>	
К ВОПРОСУ О КАРДИОРЕНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ .....	108
<i>К.А. Пученина</i>	
НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ, ИНСУЛИНОРЕЗИС- ТЕНТНОСТЬ И ПОЛИМОРФИЗМ АЛЛЕЛЕЙ C282Y, H63D ГЕНА HFE.....	109
<i>О.Б. Серегина, Т.Н. Бабаева</i>	
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕ- МОСТАЗА И СИМПТОМОВ ОПУХОЛЕВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬ- НЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ .....	111
<i>Е.А.Сокорева</i>	
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ИТОГАМ РАБОТЫ ДИАМОБИЛЯ.....	112
<i>А. В. Сударикова</i>	
НАРУШЕНИЯ КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХ- СЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ.....	114
<i>О.С. Тарасенко</i>	
СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ.....	115
<i>Р.В. Тарновский</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ MICROARRAY-ТЕХНОЛОГИИ (БИОЧИПЫ) ПРИ ИССЛЕ- ДОВАНИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ АНОМАЛИЙ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ .....	116
<i>И.А. Толмачёв, К.В. Алексанян, Е.И. Вакуленко, М.А. Черемных, Ю.И.Митрофанова, Н.В.Самсонова</i>	
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ В БЛИЖАЙШИЕ 10 ЛЕТ У НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 40-65 ЛЕТ .....	118
<i>Т.В. Швецова, О.М.Мельникова, М.А.Зуева, С.Л.Симакова</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯ- НИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БОЛЬНЫХ ГИПЕР- ТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ .....	119
<i>Н.Н. Ярышкина, Н.В. Кузнецова, Д.О. Шумкина</i>	
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧАСТОТЫ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АС- СОЦИИРОВАННОЙ С <i>HELICOBACTER PYLORI</i> , С КУРЕНИЕМ И ИЗМЕ- НЕНИЕМ ВЕСА ТЕЛА .....	121

## ВЫСШЕЕ СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

*Л.Н.Бойко*

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЛИДЕРСТВА НА ОРГАНИЗАЦИЮ И РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ ..... 123

*В.В.Зубакина*

ОРГАНИЗАЦИЯ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ  
В БУЗОО «КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ № 6» г.ОМСКА ..... 124

*Л.В. Коржова*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИ-БОЛЬНИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СОТРУДНИКОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ..... 126

*Т.Н.Лудын*

ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ДЕМЕНЦИЕЙ ..... 127

*Т.Н.Лудын*

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ДЕМЕНЦИЕЙ, В СТРУКТУРЕ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ ..... 129

*Н.В.Малошенко*

ФОРМИРОВАНИЕ РЕЗЕРВА РУКОВОДИТЕЛЕЙ СЕСТРИНСКИХ СЛУЖБ КАК ПРОЦЕСС ДАЛЬНЕЙШЕГО ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ ..... 130

*В.С. Муль*

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КОМБУСТИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ..... 131

*Д.А.Скрипкин, Г.П. Мысикова*

РОЛЬ РЕНТГЕНОЛАБОРАНТА МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПРОВЕДЕНИИ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ..... 133

*Н. В. Пащенко*

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ И КОПИНГ-МЕХАНИЗМОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ..... 134

*О.В. Пономарева*

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В ГБУЗ НСО «ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ..... 136

*О.В.Посевкина*

РОЛЬ СТАРШЕЙ МЕДСЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ МО КАК МЕНЕДЖЕРА УЧЕБНОЙ И ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИК СТУДЕНТОВ УНИВЕРСИТЕТА ..... 137

<i>О.Н.Русинова</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ ПО ФОР- МИРОВАНИЮ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	138
<i>Л.В.Суслова</i> РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТА СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	140
<i>Е.А. Удодова</i> ИССЛЕДОВАНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И КОПИНГ-МЕХАНИЗМОВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ .....	141
<i>С.А.Федотова</i> МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ КАДРАМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	143
<i>Т.М. Черникова</i> РАБОТА ОМСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ, КОЛЛЕДЖА В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ТРЕБОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ.....	144
<i>С.С.Чернягина</i> ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ И ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ДОНОРОВ НА БАЗЕ ЦЕНТРА КРОВИ ГОМСКА.....	146

## ГИГИЕНА, ЭКОЛОГИЯ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

<i>В.А. Ависов, Г.С. Саакян</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА ЗДОРОВЬЕ КУРИЛЬЩИКОВ .....	148
<i>А.И. Агиенко</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАКТЕРИОФАГА S-394 ДЛЯ ПРОФИ- ЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ ПТИЦ .....	149
<i>П.О.Алексеев, К.А. Астапенко, Т.И. Батлук, О.И. Захария, Т.С.Попова, О. В. Чеброва, Т.Р.Шевцова</i> О НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ ДЕЯТЕЛЬ- НОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА .....	151
<i>Д.А. Белова, О.Б. Жукова</i> ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕСИНХРОНОЗОВ.....	152
<i>Е.А. Блинова</i> АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ В РОССИИ .....	154



<i>О.А. Бубнова, А.Ю. Кулик, К.О. Попов</i> ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ “ФАСТ-ФУДА” НА ОРГАНИЗМ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА .....	155
<i>В.Д. Бут, М.С. Даниличев</i> ЗНАЧИМОСТЬ КОЛЕБАНИЙ ГЕОМАГНИТНОГО ПОЛЯ ЗЕМЛИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ.....	156
<i>А.В. Бушмина</i> ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В ВОДЕ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ Г. НОВОСИБИРСКА .....	157
<i>П.А. Василенко, В.Р. Рева, И.С. Учаева, Ю.С. Некрасова, О.В. Ткаченко</i> О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ПИТАНИЯ .....	159
<i>К. А. Виноградова, С. К. Шабанов</i> ОЦЕНКА ПРИЧИНЫ АВАРИИ НА САЯНО-ШУШЕНСКОЙ ГЭС.....	160
<i>П.И. Гайнутдинов, Я.А. Пырлык</i> УМСТВЕННАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТОВ .....	161
<i>Ф.Ш. Гизатулина, О.М Пальянова, Е.А. Цорн</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА С В СОКАХ РЯДА ТОРГОВЫХ МАРОК .....	162
<i>С. А. Головина, О. Ю. Старосельцева</i> ВОПРОСЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЕЩЕСТВ, ВХОДЯЩИХ В СОСТАВ КОСМЕТИКИ .....	164
<i>А.С. Голубова</i> ПОИСК НОВЫХ ПЕРСПЕКТИВНЫХ АДЬЮВАНТОВ ДЛЯ ВАКЦИН .....	165
<i>В. Е. Гончарова, М. В. Сементеева</i> НИКЕЛЬ И ЗДОРОВЬЕ .....	166
<i>В.И. Губина</i> НЕКОТОРЫЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОРБЕНТА НА ОСНОВЕ ЛИТИЯ .....	168
<i>П.С. Дубровская</i> САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОДЗЕМНОГО ВОДОИСТОЧНИКА СТ. МОШКОВО НОВОСИБИРСКОГО УЧАСТКА ЗАПАДНОСИБИРСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ .....	169
<i>О.А. Залавина</i> ЭЛЕМЕНТНЫЙ ПОРТРЕТ У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКА.....	170
<i>А.В. Звонкова, Е.В. Киметова</i> НОВЫЕ МЕТОДИКИ КИНЕЗОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	172

<i>Н.Л. Иванова, Д.М. Позднякова, А.С. Савченко</i> ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ К НАЧАЛУ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ .....	173
<i>А.И. Кириёнок, А.А. Довгаль, С.С. Гридина</i> К ВОПРОСУ О ЗДОРОВОМ ПИТАНИИ В МЕГАПОЛИСЕ.....	174
<i>Е.С. Костина</i> БИОТЕСТИРОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВОД г. НОВОСИБИРСКА С ПОМОЩЬЮ ТЕСТ – ОБЪЕКТА DAPHNIA MAGNA.....	176
<i>И.П. Краснова, А.Э. Рустамзаде, Е.С. Топоева, М.Н. Шарипова</i> ГИГИЕНА СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ .....	177
<i>В.И.Кувшинова, К.А. Пученина</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ КОСМЕТИКИ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ.....	179
<i>Е. П. Кугай, Е. А. Козлова</i> к ВОПРОСУ О ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА .....	180
<i>Н.В. Кузнецова, Д.О. Шумкина</i> ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ.....	181
<i>О.О. Кулакова, К.А. Шулепова, М.Н. Платонова</i> ВРЕД КУРЕНИЯ.....	183
<i>П.С. Кучина</i> ФИТОНЦИДНАЯ АКТИВНОСТЬ ХВОЙНЫХ РАСТЕНИЙ .....	184
<i>О.В. Луцик</i> СООТВЕТСТВИЕ ФАРМАКОПЕЙНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ЛИСТЬЕВ ПОДО- РОЖНИКА БОЛЬШОГО, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В АНТРОПОГЕННО-НАРУ- ШЕННЫХ МЕСТООБИТАНИЯХ.....	185
<i>А. А. Матвееenko, М. П. Созинова</i> К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ ПРИЕМА ВИТАМИННЫХ КОМПЛЕКСОВ НА ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ .....	187
<i>Р.А. Миннигалиев</i> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИЦЕЛЛЮЛИТНОГО МАССАЖА .....	188
<i>П.С. Мирджонова</i> ВОДА КАК ФАКТОР РИСКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	189
<i>Н.Ю. Михалёва</i> ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ Г. НОВОСИБИРСКА.....	191

<i>Э.А. Павлова</i> ОБЗОР ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЙ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ И РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ.....	193
<i>А.П. Пашова, А.Р. Хомушку, М.М. Кварцхава</i> СПОРТ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И СТУДЕНТОВ .....	194
<i>К.И. Пеккер, Н.В. Гурицкая</i> К ВОПРОСУ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАСТВОРИМОГО ПАКЕТИРОВАННОГО КОФЕ .....	195
<i>А.Е. Пристойко, Н.А. Соловьянова</i> ВЫДЕЛЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ, АКТИВНЫХ ОТНОСИТЕЛЬНО БАК- ТЕРИЙ КИШЕЧНОЙ ГРУППЫ, ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ ВОДНЫЕ ЭКОСИСТЕМЫ.....	197
<i>Н.А. Радченко, А.М. Труфанова</i> ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ В ДЕТСКИХ ДОМАХ И СЕМЬЯХ .....	198
<i>О.Л. Рогачёва</i> ПОДВИЖНОСТЬ ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ В НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ПОЛЫНИ СИВЕРСА В ЗОНЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ АВТОТРАНСПОРТА .....	199
<i>Т. О. Руденко, О. О. Такина</i> К ВОПРОСУ О ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЧАЯ.....	201
<i>А.Э. Рустамова</i> ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВАЖНЕЙШИХ КОМПОНЕНТОВ В СМЕСЯХ ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	202
<i>А.И. Синева, А.П. Исаева</i> ПСИХОГИГИЕНА СЕМЬИ .....	203
<i>К.Ю. Утюпина, Я.А. Краснер</i> РОЛЬ ЖЕЛЕЗА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ ШИЗОФРЕНИИ .....	205
<i>Е.С. Фабристова, Г.Г. Белых</i> ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ШКОЛЬНИКОВ .....	206
<i>А.С. Шевцова</i> НУКЛЕАЗЫ МИКРООРГАНИЗМОВ И ИХ РОЛЬ В ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ .....	207
<i>В.А. Янина</i> ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АНТРОПОГЕННО-НАРУШЕННЫХ МЕСТО- ОБИТАНИЙ СЕЛИТЕБНОЙ ЗОНЫ ЛЕВОБЕРЕЖНОЙ ЧАСТИ НОВОСИ- БИРСКА ШКАЛАМИ РАМЕНСКОГО.....	208

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ

<i>Е.А. Баяндина, А.С. Морозова, Т.О. Руденко</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ СРЕДИ БОЛЬНЫХ, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В НОКВД В 2012 Г .....	210
<i>В.А. Базлов, Т.З. Мамуладзе, Н.Б. Куликова</i> ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ .....	211
<i>Д.А.Белова, М.В. Корниенко, Т.М. Шогунбеков</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ (2007- 2012 гг.) .....	212
<i>А.А. Бугримова</i> НОВЫЙ МЕТОД КОМБИНИРОВАННОЙ ФОТОТЕРАПИИ ПСОРИАЗА .....	214
<i>А.С.Будуева, М.Г.Асатрян, Е.А.Тимофеева</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ .....	215
<i>В. М. Джафаров, М. Ю. Ерзунова, А. А. Михайлова, К. О. Грицкова</i> СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ .....	216
<i>М.Ю. Долгих, К.А. Орлова, Е.А. Цорн, А.Е. Чурина</i> ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ БОРОДАВКАМИ.....	218
<i>Т.А.Еремина</i> ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ ЦЕЛИАКИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ .....	220
<i>Е.Н. Новохоцько</i> РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРЕПАРАТА «ГЕНЕРОЛОН» ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ .....	221
<i>А.П.Омельянская, Д.Ю.Соколов, Г.С.Луппа</i> ТЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ВИДАМИ ИХТИОЗА .....	222
<i>А.П.Омельянская, Д.Ю.Соколов, Г.С.Луппа</i> ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	224
<i>О. М. Павлова, А. С. Павлов</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ .....	225
<i>Ю.С. Тимофеева, Т.А. Федорова</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ И ТРИХОМОНАДНОЙ ИН- ФЕКЦИЯМИ В Г. НОВОСИБИРСКЕ.....	226

## ДОВУЗОВСКАЯ ПОДГОТОВКА

<i>Д.В. Быков</i> СЕЛЕН – ЛЕКАРСТВО И ПРОТИВОЯДИЕ.....	228
<i>Е. Д. Могильная, Д. А. Микаилова</i> АВТОКОЛЕБАТЕЛЬНЫЕ ХИМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ.....	229
<i>М. М. Сычева</i> КВЕРЦЕТИН – ВИТАМИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ МНОГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	230

## ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ

<i>М.С. Азарян, А.Р. Азарян, А.С. Аракельян</i> ИСТОРИЯ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	231
<i>М.С. Азарян, А.С. Стулов, А.С. Аракельян</i> ВОЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ В РОССИИ.....	232
<i>М.С. Азарян, А.Е. Горбань, И.А. Бондарева, Е.И. Корнева, А.С. Аракельян, В.М. Филиппова</i> БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОРУЖИЕ НА ПРИМЕРЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕРРОРИЗМА.....	234
<i>А.С. Аракельян, А.С. Стулов, Н.А. Заплетина, В.М. Филиппова, Ю.С. Павлий, Е.В. Мирекина, Е.А. Егорова</i> ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ ПАРАЗИТАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЧЕЛОВЕКА В АСТРА- ХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	235
<i>А.С. Аракельян, К.Г. Гасанов, Р.К. Гасанова</i> ДИРОФИЛЯРИОЗ У СОБАК В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	237
<i>А.С. Аракельян</i> АКАДЕМИК А.Я. ЛЫСЕНКО – КОРИФЕЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПАРАЗИТОЛОГИИ.....	238
<i>А.С. Аракельян</i> ПАРАЗИТОЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ.....	239
<i>А.С. Аракельян, О.Г. Кимириллова, Р.К. Гасанова, К.Г. Гасанов</i> СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЛЯМБЛИОЗУ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	241
<i>А.С. Аракельян, Е.А. Егорова, Е.В. Мирекина, А.Ю. Кузина</i> ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПАРАЗИТАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	242

<i>А.С. Аракельян</i> ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ВРЕМЕННЫЕ ИНТЕРВАЛЫ В ДИАГНОСТИКЕ ДИРОФИЛЯРИОЗА У СЛУЖЕБНЫХ СОБАК УФСИН.....	244
<i>А.С. Аракельян, Б.Ю. Кузьмичев, И.А. Бондарева, К.Г. Гасанов, Р.К. Гасанова</i> АНТИПАРАЗИТАРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИРОФИЛЯРИОЗА У СЛУЖЕБНЫХ СОБАК В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	245
<i>А.С. Аракельян</i> ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ИНВАЗИИ У ЖИВОТНЫХ, ИНВАЗИРОВАННЫХ <i>DIROFILARIA REPENS</i> В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННЫХ ИНТЕРВАЛОВ .....	247
<i>А.С. Аракельян</i> ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ИНВАЗИИ У ЖИВОТНЫХ, ИНВАЗИРОВАННЫХ <i>DIROFILARIA REPENS</i> В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КРАТНОСТИ ЗАБОРА КРОВИ .....	248
<i>А.С. Аракельян*</i> ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОКОЛОСУТОЧНЫЕ УСЛОВИЯ ЗАБОРА КРОВИ У СОБАК, ИНВАЗИРОВАННЫХ <i>DIROFILARIA REPENS</i> .....	249
<i>А.С. Аракельян, В.М. Филиппова, Б.Ю. Кузьмичев, Е.А. Галкина, А.Р. Агаурова</i> САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	251
<i>А.С. Аракельян, Е.А. Егорова, Е.В. Мирекина, Н.А. Заплетина, К.В. Чететкина</i> СЛУЧАИ МНИМЫХ ПАРАЗИТОЗОВ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ .....	252
<i>А.С. Аракельян, И.А. Бондарева, А.С. Стулов, Н.А. Заплетина, В.М. Филиппова, М.В. Беловол, Ю.С. Павлий</i> ДИРОФИЛЯРИОЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ .....	254
<i>М.В. Беловол</i> ЭНТЕРОКОЛИТЫ У ДОШКОЛЬНИКОВ ЛИМАНСКОГО РАЙОНА АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	255
<i>А.С. Боброва, Е.А. Круглова</i> КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ У ВЗРОСЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКА В ЭПИДЕМИЧЕСКОМ СЕЗОНЕ 2012 Г. ПО ДАННЫМ ГИКБ №1 .....	256
<i>Е.Г. Бодренко, С.А.Бурдукова</i> ВСПЫШКА ПИЩЕВОЙ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ВЗРОСЛЫХ В НОВОСИБИРСКЕ.....	258

А.С.Будуева, С.В.Трейвиши	
СЛУЧАЙ ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА С РАЗВИТИЕМ МЕНИНГО-ЭНЦЕФАЛИТА У ЖИТЕЛЯ НОВОСИБИРСКА .....	259
А.А. Буткеева, А.С. Аракельян*, А.С. Стулов, К.В. Чечеткина, М.С. Азарян	
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИИ В МОМЕНТ ВЕДЕНИЯ ИМИ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН И ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ .....	261
О.А.Верейкина, Ю.И.Отажонова	
ЗАВОЗНЫЕ СЛУЧАИ ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКА В 2010-2012 гг. ....	262
Н.И.Воронова, Г.К. Мухамедьянова	
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ОПИСТОРХОЗА В НОВОСИБИРСКЕ .....	264
Е.С.Гаджиева	
ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ, ДИАГНОСТИКА АКТИВНОСТИ .....	265
Е.Е.Демидов, А.В.Лаврищева, М.А.Шишкина	
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА, ВЫЗВАННЫЙ SALMONELLA SALAMAE, У ЖИТЕЛЯ НОВОСИБИРСКА .....	267
Е.С. Жиденко, А.С. Аракельян	
СЛУЧАИ АСКАРИДОЗА ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	268
Н.А. Заплетина, А.С. Стулов, В.М. Филиппова, М.В. Беловол, А.С. Аракельян	
ПРОТОЗОЙНЫЕ БОЛЕЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ .....	270
Н.А. Заплетина, А.С. Стулов, В.М. Филиппова, А.С. Аракельян, М.С. Азарян	
СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ .....	271
К.В. Захаров, К.Р. Кропанцева, Е.Н. Руднев	
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ МОЛОДЕЖИ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	272
И.А. Захарова, А.С. Аракельян, М.В. Беловол, И.А. Бондарева	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ СРЕДИ ДОШКОЛЬНИКОВ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПАРАЗИТАРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ .....	274
О.В. Игоница	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА В СОВРЕМЕННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ .....	275
О.С. Мокрушина	
ПОДАВЛЕНИЕ РАЗМНОЖЕНИЯ ВИРУСА ГРИППА ЧЕЛОВЕКА A/AICH1/2/68 (H3N2) И ВИРУСА ГРИППА ПТИЦ A/CHICKEN/KURGAN/05/2005 (H5N1) ПОД ДЕЙСТВИЕМ МЕТАБОЛИТОВ СПОРООБРАЗУЮЩИХ БАКТЕРИЙ РОДА BACILLUS .....	277

<i>С.И. Панченко, Ш.О. Дарбишгаджиев, А.С. Аракельян</i> ДЕЗИНФЕКЦИОННАЯ СЛУЖБА АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ .....	278
<i>В.В. Скворцов, Ю.Н. Скворцова</i> ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ .....	280
<i>В.В. Скворцов, Ю.Н. Скворцова, А.С. Аракельян</i> НЕВИДИМАЯ ОПАСНОСТЬ ЩУЧЬЕЙ ИКРЫ .....	281
<i>А.С. Стулов, А.С. Аракельян, Н.А. Заплетина, В.М. Филиппова</i> СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ГЕЛЬМИНТОЗАМ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ .....	282
<i>А.С. Стулов, А.С. Аракельян, Н.А. Заплетина, В.М. Филиппова</i> СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПРОТОЗООЗАМ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ .....	284
<i>А.С. Стулов, А.С. Аракельян, В.М. Филиппова, Н.А. Заплетина</i> ИСТОРИЯ ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ .....	285
<i>В.М. Филиппова, А.С. Аракельян, М.С. Азарян, Р.К. Гасанова, И.А. Бондарева, Б.Ю. Кузьмичев, Ю.С. Павлий</i> ДИРОФИЛЯРИОЗ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ .....	286
<i>В.М. Филиппова, Н.А. Заплетина, А.С. Стулов, А.С. Аракельян</i> АКАДЕМИК ВИТАЛИЙ ДМИТРИЕВИЧ БЕЛЯКОВ .....	288
<i>Е.И. Филиппова</i> ПРОТИВОВИРУСНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ БАЗИДИАЛЬНЫХ ГРИБОВ, В ЭКСПЕРИМЕНТАХ IN VITRO И IN VIVO В ОТНОШЕНИИ ПАНДЕМИЧЕСКОГО ВИРУСА ГРИППА (H1N1) <sub>v</sub> .....	289
<i>К.В. Чечеткина, А.С. Аракельян, А.С. Стулов, Н.А. Заплетина, В.М. Филиппова</i> НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА – КАК УГРОЗА ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕРРОРИЗМА .....	291

## СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ НАУКИ

<i>А.Е. Абдикарим</i> ТРАДИЦИОННАЯ КАЗАХСКАЯ КУЛЬТУРА: ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕВАНИЯ .....	293
--	-----



<i>Л.А. Бобылев</i> СРАВНЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ВРАЧА В XIX В. И В СОВРЕ- МЕННОСТИ.....	294
<i>В.О. Ионов</i> ТРАДИЦИОННАЯ РОДИЛЬНАЯ ОБРЯДНОСТЬ ОБСКИХ УГРОВ .....	296
<i>Н. А. Лутковская</i> ПОСЛЕДНИЙ ЦАРСКИЙ ЛЕЙБ-МЕДИК ЕВГЕНИЙ СЕРГЕЕВИЧ БОТКИН.....	297
<i>А.Е. Мухин</i> СТАНОВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В НОВОСИБИРСКЕ .....	299
<i>Ю.В. Петрова</i> ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ МЫШ.ЕГО НАУЧНО-ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ .....	300
<i>Е.С. Черкасова</i> МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ В РУССКОЙ НАРОД- НОЙ МЕДИЦИНЕ.....	302
<i>А. Шавкатзода</i> СОЦИО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ. РЕСПУБ- ЛИКА ТАДЖИКИСТАН И РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ.....	303
<i>П. В. Шаянова</i> ЗНАЧЕНИЕ ЯЗЫЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕЙ РУСИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ .....	305

## ЛИНГВИСТИКА И МЕЖКУЛЬТУРНАЯ КОММУНИКАЦИЯ

<i>С.Ф. Галкина</i> УПОТРЕБЛЕНИЕ ЛАТИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬ- НОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА (НА МАТЕРИАЛЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО) .....	307
<i>Л.А. Кусова</i> МЕТАФОРА В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ .....	308
<i>Г.А. Аветян, А.А. Степанова</i> DOMINANT AMERICAN CULTURAL PATTERNS .....	309
<i>К. И. Давлетова</i> СЕМАНТИЗАЦИЯ ЛЕКСИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ В СИНОНИМИИ ТЕРМИНОВ, ОБОЗНАЧАЮЩИХ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА.....	310
<i>И.М. Дадобаев, М.Р.Сатторов</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛАГОЛЬНЫХ КОНСТРУКЦИЙ В РУССКОМ И ТАДЖИК- СКОМ ЯЗЫКАХ. 1-ЫЙ СЕРТИФИКАЦИОННЫЙ УРОВЕНЬ.....	311

<i>М. Д. Довжик</i> DISCOURSE AND LANGUAGE IN INTERNATIONAL COMMUNICATION.....	313
<i>Ю. Э. Андросова</i> ВЫЯВЛЕНИЕ ЯЗЫКОВЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ В ОРАТОРСКОЙ РЕЧИ.....	314
<i>А.Д. Левченко</i> К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ИДИОМ. ВАРИАНТЫ ПЕРЕВОДА.....	315
<i>Л. А. Морозов</i> КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	316
<i>А.С. Толкочокова</i> ЭКСПРЕССИВНО-БРАННЫЕ СЛОВА В АЛТАЙСКОМ ЯЗЫКЕ .....	318
<i>Н.Ю. Мояцкий</i> FRICTION-FREE COMMUNICATION.....	319
<i>К.А. Нарынчинова, Э.С.Халилов</i> МОТИВАЦИЯ НАИМЕНОВАНИЙ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ .....	321
<i>Е.А. Пономарева</i> HIGHER EDUCATION AND THE ENGLISH QUESTION .....	322
<i>Г.А.Савватеева, С.Н. Гусева</i> ВЛИЯНИЕ ЛАТЫНИ НА СОВРЕМЕННЫЙ РУССКИЙ ЯЗЫК .....	323

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

<i>А.В Лифанов</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СУБАКРОМИАЛЬНОГО «ИМПИДЖМЕНТ СИНДРОМА».....	325
---	-----

## МОРФОЛОГИЯ

<i>А.Ю. Александрова</i> ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПРОЦЕССОВ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ.....	327
<i>А.Ю.Алексеев, Д.Н.Трошин</i> СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЭКСТРАКТА ACONITUM SOONGARICUM.....	328
<i>О.В. Арефьева</i> СОЧЕТАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕС- КИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ .....	330

400

<i>Н.О. Артемьева, А.В. Лифанов, Д.Ю. Соколов</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ДЕНДИ - УОКЕРА (DANDY — WALKER).....	331
<i>Е.А. Быкова, Н.С. Апраксина, О. С. Белавина</i> ВЛИЯНИЕ ВИБРАЦИИ НА РАЗВИТИЕ ЗУБНЫХ ЗАЧАТКОВ .....	332
<i>А.А. Волошина, Ю.К. Воронина, Н.А. Юдина</i> ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА .....	333
<i>М.Ю. Гацков</i> ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ И ВОДНЫЙ ГОМЕОСТАЗ .....	334
<i>М.А.Гацков, Д.А. Мамоян, Е.А. Власов</i> ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВОЛЮЦИИ ПОЛА .....	335
<i>О.В. Ионкина, Л.А. Черникова</i> ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ НА ЭЛЕМЕНТЫ СИСТЕМЫ «МАТЬ – ВНЕЗАРОДЫШЕВЫЕ ОРГАНЫ – ПЛОД» .....	336
<i>Н.А.Короткая, Е.В. Горбунова</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПИГМЕНТНЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ ПО ДАННЫМ МУЗ ГКБ № 1 ЗА 2010-2012 ГГ. ....	338
<i>Г.С. Луппа</i> СТРУКТУРА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В МБУЗ ГКБ№ 1 Г. НОВОСИБИРСКА.....	339
<i>А.М. Ляшенко, Д.Н. Меркин, Е.А. Оленев</i> ОСОБЕННОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ТКАНЕВОЕ ЗВЕНО ЛИМФАТИЧЕСКОГО РЕГИОНА .....	340
<i>Е.А. Оленев</i> ХРОНИЧЕСКАЯ ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ВОСПАЛИ- ТЕЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОСЛЕДА ЗА 2010-2012 Г.Г. В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ МБУЗ ГКБ№1 Г. НОВОСИБИРСКА .....	341
<i>А.Е. Опре, Е.С. Шатохина, А.И. Глебашев</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАНТОВ ПРОТОКОВОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ МАСТОПАТИИ .....	343
<i>Д.М. Первойкин</i> ПРЕОБРАЗОВАНИЯ СТЕНКИ ТОНКОЙ КИШКИ И РЕГИОНАЛЬНОГО ЛИМФОУЗЛА ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАДОНСОДЕРЖАЩЕЙ ВОДЫ .....	344
<i>Ю.В. Пузь, Р.А. Юрлов</i> ФОНОВЫЕ И ПРЕДРАКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ.....	346

<i>М.С. Селякова</i> СТРУКТУРА ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ШЕЙКЕ МАТКИ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП .....	347
<i>Д.Ю. Соколов, А.П.Омельянская</i> ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ЦИТОТОКСИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНЫХ БЕТУЛИНОВОЙ КИСЛОТЫ IN VITRO .....	349
<i>К.Ю. Сотникова, А.П.Омельянская</i> ХРОМОСОМНАЯ ПАТОЛОГИЯ СУПРУЖЕСКИХ ПАР .....	350
<i>А.А Толмачева, О.В Скорик</i> НЕОНАТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗНЫЙ СЕПСИС НОВОРОЖДЕННОГО .....	351
<i>М.Э. Филь, И.Ю. Храпова, П.К. Черданцев</i> ПРИЗНАКИ ПИЩЕВОГО И МЕХАНИЧЕСКОГО СТРЕССА НА КОСТЯХ СКЕЛЕТА ДРЕВНЕГО НАСЕЛЕНИЯ БАРАБИНСКИХ СТЕПЕЙ .....	352
<i>М. Э. Филь</i> УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МИОКАРДЕ МАТЕРИ ПРИ ВОЗ- ДЕЙСТВИИ ВИБРАЦИИ .....	354
<i>Е.В. Чечкина, Е.Е. Покатова</i> ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРОМЫШЛЕННОЙ ВИБРАЦИИ НА МЫШЕЧНЫЕ ОРГАНЫ МАТЕРИ И ПЛОДА .....	355

## НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

<i>К. А. Астапенко, Т.И. Батлук, Л.А., Терджанян, Е. А. Пичикова</i> ЗАВИСИМОСТЬ СКОРОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬ- НЫХ ОТ ПРОФИЛЯ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ .....	357
<i>А.С. Антипьева, Е.В. Киметова</i> критерии НЕБЛАГОПРИЯТНОГО исхода ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯ- НИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА .....	358
<i>Д.Ю. Бакланова, В.В.Ложкин, С.Т.Киреева</i> РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОДЕСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА .....	360
<i>К.С. Доронина</i> ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ЗАПЕРТОГО ЧЕЛОВЕКА .....	361
<i>Е.А.Ефремова</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ .....	362
<i>Н.В. Гурицкая, Т.Р. Шевцова</i> ПРИМЕР КОМПЛЕКСА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРКИНСОНИЗМОМ .....	363
402	

<i>О. Б. Жукова, А. А. Матвеевко</i> СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТАЛАМУСА И ВИСОЧНОЙ ДОЛИ .....	364
<i>А.В. Затынко</i> ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА .....	365
<i>О.И. Захария, Т.М. Шогунбеков</i> ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДОРСОПАТИЯХ .....	367
<i>Е.Ю. Захарова, Н.А. Вермеличева</i> ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ И ИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ .....	368
<i>Е.В. Киметова, А.В. Звонкова</i> КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕН- НОГО ПЕРИОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ .....	369
<i>Е.П.Кугай, Г.Г.Белых</i> ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ СЕНСОМОТОРНАЯ НЕЙРОПАТИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ I И II ТИПОВ .....	371
<i>А. С. Павлов, О. М. Павлова</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ .....	372
<i>Ю.А. Прус, О.А. Гилева, Е.И. Якушева, Н.В. Прозорова, М.В. Миллер, Н.Ю. Розе</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ .....	373
<i>Т. О. Руденко, А.Е. Чурина</i> ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ КРОВОИЗЛИЯНИЯ В МОЗЖЕЧОК .....	374
<i>А.Г. Тасенко</i> ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КЛЕТОК ГЛИОБЛАСТОМЫ НА ВОЗ- ДЕЙСТВИЕ БЫСТРЫХ И МЕДЛЕННЫХ ПУЧКОВ НЕЙТРОНОВ С ИСПОЛЬ- ЗОВАНИЕМ БОРФЕНИЛАЛАНИНА .....	375
<i>А.С. Умаров</i> БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА .....	377
<i>К.А. Фризен</i> ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ИНСУЛЬТА .....	378
<i>О.В. Чеброва, А.В. Дорош</i> НАСЛЕДСТВЕННАЯ МИОДИСТРОФИЯ - БОЛЕЗНЬ ДЮШЕНА .....	379
<i>С. К. Шабанов, К. А. Виноградова</i> ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕ- РОЗОМ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЗНИ .....	380

МАТЕРИАЛЫ  
IV Российской (итоговой)  
научно-практической конкурс-конференции  
студентов и молодых ученых  
«АВИЦЕННА-2013»  
18 апреля 2013 года

ТОМ I

АВТОРСКАЯ РЕДАКЦИЯ

Компьютерная верстка: *И. А. Тимошенко*  
Дизайн обложки: *Ю. В. Студеникина*

Санитарно-эпидемиологическое заключение  
№ 54. НК.05.953. П.000153.10.03 от 30.10.2003 г.

Подписано в печать 05.04.2013. Формат 60×84/16  
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Ризография  
Усл. печ. л. 24,24. Тираж 100 экз. Изд. № 75с.

Оригинал-макет изготовлен издательством «Сибмедиздат» НГМУ  
Новосибирск, Залесского, 4  
E-mail: sibmedizdat@yandex.ru  
Тел.: (383) 225-24-29.

Отпечатано в типографии НГМУ  
Новосибирск, Залесского, 4  
Тел.: (383) 225-24-29