

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



МАТЕРИАЛЫ
III Российской (итоговой) конкурс-конференции
студентов и молодых ученых
«АВИЦЕННА—2012»,
посвященной 110-ти летию со дня рождения
профессора Г. Д. Залесского

12 апреля 2012 года

НОВОСИБИРСК
2012

УДК 61:378(063)
ББК 51.1(2)2я5
А20

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** ежегодной конкурс-конференции студентов и молодых ученых «Авиценна–2012». — Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2012. — 746 с.

Настоящий сборник включает тезисы докладов итоговой конференции студентов и молодых ученых ГОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития РФ, ГУ НЦ и ГУ НИИ СО РАМН и СО РАН г. Новосибирска, вузов г. Новосибирска, Красноярска, Бурятии, Киргизии, Томска, Барнаула, Ростова, Кемерово и Иваново. 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 61:378(063)
ББК 51.1(2)2я5



**ГРИГОРИЙ ДЕНИСОВИЧ
ЗАЛЕССКИЙ
(1902–1966)**

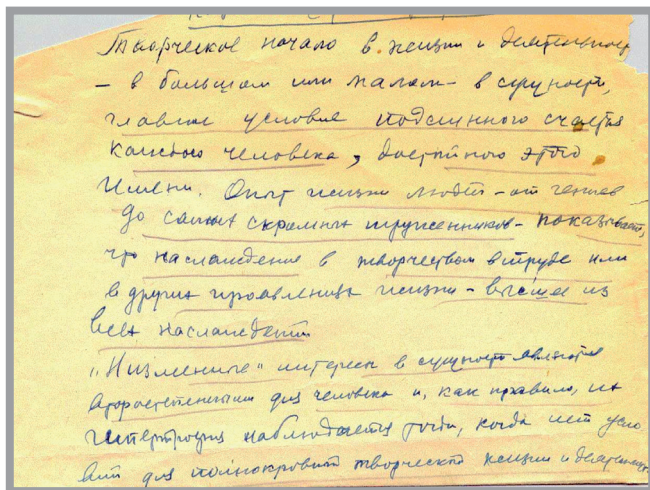
Григорий Денисович Залесский родился 13 января 1902 года в бедной крестьянской семье. В 1920 году поступил учиться на медицинский факультет Томского университета, где активно участвовал в работе студенческого научного общества и органах студенческого управления. В последующем был оставлен в университете, в клинике крупнейшей сибирской терапевтической школы М. Г. Курлова, последователя научно-клинического мировоззрения С. П. Боткина.

В 1934 году вышло в свет исследование Г. Д. Залесского о проницаемости кровеносных капилляров, в частности, у больных ревматизмом. Эта тема легла в основу докторской диссертации, которая выполнялась при научном консультировании крупнейших клиницистов того времени — профессоров В. Т. Талалаева и Б. Н. Могильницкого. Данные докторской диссертации легли в основу монографии «Ревматизм и проницаемость капилляров» (1949). В частности он показал, что ...«патологически повышенная проницаемость капилляров может играть в некоторых случаях роль первичного ведущего фактора в механизме возникновения и развития болезненного процесса, а иногда она из следствия становится причиной дальнейшего прогрессирования болезни» (Г. Д. Залесский, 1949).

С 1947 года — ректор Новосибирского медицинского института (по 1964 год) и одновременно заведующий кафедрой факультетской терапии (по 1966 год). Основное научное направление — изучение этиологии и патогенеза ревматизма. Григорий Денисович сумел объединить двенадцать кафедр для фундаментальных и прикладных исследований по проблеме ревматизма. Он создал вирусологическую и иммунологическую лаборатории, виварий. Особое место в этом сотрудничестве занимали работы совместно с кафедрой микробиологии, возглавляемой профессором Нелей Николаевной Воробьевой и продолженные в дальнейшем профессором Валентиной Евгеньевной Яворовской. Г. Д. Залесский — автор вирусной концепции этиологии ревматизма (1956) и соавтор монографии «О вирусной природе ревматизма» (1966). Он утверждал, что ...«аллергическая теория... не вскрывает многих важнейших сторон патофизиологического

процесса при ревматизме... Данная теория недооценивает роли в этом процессе возбудителя болезни, считая его таким же аллергеном, как вводимый парентерально чужеродный белок». Г. Д.Залесский не сводил этиологию ревматизма к механистическому детерминизму (монокаузализму), но выдвигал концепцию вирусно-стрептококковой ассоциации. Анализируются возможные варианты «синергетического патогенного действия» ассоциированной вирусной и стрептококковой инфекции. При этом подчеркивается, что «несомненное патогенетическое значение имеет бета-гемолитический стрептококк группы А, но главная и решающая роль в происхождении и развитии ревматизма принадлежит вирусу. Стрептококк не может сам вызывать заболевание ревматизмом. Без вирусной инфекции нет ревматизма».

Помимо главной причины Григорий Денисович большое значение придавал и условиям реализации ее, взаимоотношениям микро- и макроорганизма в их единой детерминации. «...для возникновения многих инфекционных заболеваний имеет значение не только возбудитель, но и предрасположение организма к болезнетворному его действию... Этот момент особенно хорошо выражен при мало агрессивных вирусных инфекциях». Отсюда «... для понимания сущности болезни недостаточно только знания возбудителя болезни. Это в полной мере относится и к ревматизму».



Григорий Денисович — один из основоположников биотерапии: впервые в мире (совместно с З. А. Субботиной) предложил лечение ревматоидного артрита плацентарной кровью (1956). Совместно с В. П. Казначеевым предложил метод лечения ревматизма гепарином (1953).

«Жизненные процессы в организме связаны с функциями ферментных систем. Это очень перспективное направление в отношении открытия, синтезирования новых лечебных препаратов. Зная интимные обменные процессы, механизм их, значение отдельных метаболитов в жизни клеточных

элементов или микробных клеток, а также вирусов, можно путем добавления тех или иных компонентов усиливать или подавлять жизнедеятельность клетки»

Г. Д. Залесский — основатель научной клинической школы, из которой вышли академики АМН СССР В.П. Казначеев, В. П. Лозовой, В. А. Козлов, В. И. Коненков, В. П. Пузырев, член-корр. АМН СССР Л. А. Трунова и А. А. Дзизинский, члены РАЕН А.Д.Куимов, В.Ю.Куликов, Ю. О. Ким, а также многие профессора (Г. Ф. Белов, Э. Ф. Канаева, В.С. Ширинский, А. П. Колесников, М. С. Набиулин, Л. Л. Соловенчук, Я. В. Поляков, Ю. П. Гичев, Б. А. Намаканов и другие).

В основе этой школы лежал общепатологический подход к проблемам клинической медицины, изучение биологических закономерностей этиологии, патогенеза и саногенеза болезней. Не случайно именно в недрах этой школы родилось Сибирское отделение РАМН, вдохновителем и организатором которого явился ближайший ученик Г. Д. Залесского Влаиль Петрович Казначеев.

Последователей и учеников школы Г. Д. Залесского — В. П. Казначеева — В. П. Лозового можно встретить во главе многих научных институтов и подразделений Сибирско – Дальневосточного региона: Института клинической иммунологии (В.А. Козлов), Института лимфологии (В.И. Коненков), Института медицинской генетики (В.П. Пузырев), Иркутского ГИДУВа (А.А. Дзизинский) и т.д.

Будучи студентом 4 курса, я пришел в кружок СНО при кафедре факультетской терапии и Григорий Денисович сразу же дал тему для самостоятельной работы: изучение влияния вируса Р и стрептококка на изолированное сердце кролика. Пришлось самостоятельно осваивать в ЦНИЛе методику изолированного сердца и три года, под непосредственным руководством доцента В.П. Лозового (впоследствии академика), проводить эту работу. Григорий Денисович живо интересовался ходом работы и делал «поблажки» студенту в виде разрешения свободного посещения лекций и свободного расписания сдачи экзаменов.

Если сконцентрировать воспоминания глазами студента на главных чертах личности Г. Д. Залесского, то я бы выделил две: мудрость и интеллигентность в общении. Отсюда — достоинство в сочетании со скромностью, простота, но без фамильярности, полное доверие в работе без каких-либо формальных отчетов, искренняя радость за результаты и достижения своих учеников

Г. Д. Залесский награжден орденами Ленина, Знак Почета. Заслуженный деятель науки РФ. Именем Г. Д. Залесского названа клиника, где он работал (кафедра факультетской терапии НГМУ) и улица, на которой расположена 1-я городская клиническая больница г. Новосибирска.

*Зав. кафедрой факультетской терапии им. Г. Д. Залесского НГМУ,
Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ,
д.м.н., профессор А. Д. Куимов*

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

М.Е. Акопян, К.Ю. Азарова, Е.А. Баяндина
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ
ШЕЙКИ МАТКИ НА БАЗЕ НГПЦ**

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

Актуальность. В настоящее время увеличивается частота беременности и родов у женщин, требующей досрочного родоразрешения. Индукция родов является наиболее часто применяемым вмешательством в акушерстве. Выбор метода и его эффективность зависит от состояния шейки матки, срока гестации, состояния плода и других факторов.

Цели. Оценить преимущества и недостатки медикаментозных методов подготовки шейки матки.

Задачи:

- изучить показания, по которым были использованы эти методы;
- охарактеризовать каждый метод;
- проанализировать исходы родов и осложнения;
- сделать выводы по каждому методу.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни НГПЦ за период с сентября 2010 года по сентябрь 2011 года, статистическая обработка полученных данных.

Выводы. По ходу обработки данных историй родов мы определили, что показанием к применению было отсутствие готовности шейки матки к родам при доношенной физиологической беременности или тенденции к перенашиванию, а также при необходимости досрочного родоразрешения в интересах матери и/или плода при патологически протекающей беременности. Осложнения, которые стали показанием для смены тактики ведения родов в пользу операции кесарево сечения, следующие: первичная

слабость родовой деятельности, острая внутриутробная гипоксия плода, клинически узкий таз 2 степени, тяжёлый гестоз, синдром задержки развития плода 2 степени, длительный безводный промежуток. Эффективность зависела от исходного состояния шейки матки и адекватного выбора метода подготовки шейки матки к программированным родам. Было проанализировано 200 историй. Процент операции кесарева сечения при применении Мифепристона выше, чем при применении Препидил-геля, 41% и 26%. При применении Мифепристона процент самопроизвольных родов составил 56%, из которых в половине случаев были прибегнуты к другим методам родостимуляции, при применении Препидил-геля — 73 %, из которых лишь в 17 % были применимы дополнительные методы. Таким образом, проведённые исследования показывают, что подготовка шейки матки к родам Препидил-гелем предпочтительнее и эффективнее.

М. В. Батищева
**НАРУШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ
ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент С.В. Вишнякова*

Актуальность исследования. Репродуктивная система женщины представляет собой совокупность взаимосвязанных структурных элементов: гипоталамуса, гипофиза, яичников, органов-мишеней и других эндокринных желез, обеспечивающих реализацию генеративной функции. Щитовидная железа – важнейшее звено нейроэндокринной системы, оказывающее существенное влияние на репродуктивную функцию. В настоящее время хорошо известны факторы, определяющие взаимосвязь репродуктивной и тиреоидной систем. К ним относятся, прежде всего, единые центральные механизмы регуляции систем гипоталамус — гипофиз — яичники и гипоталамус — гипофиз — щитовидная железа. Еще одним фактором является структурная гомология ЛГ, ФСГ и ТТГ. Обнаруженное сходство позволило сделать заключение о возможности воздействия изменений содержания одних гормонов на другие.

Распространенность нарушений функции щитовидной железы, выявленных при обследовании женщин, обращавшихся в клиники диагностики и лечения бесплодия, колеблется от 2,48 до 38,3%. Тиреоидная патология может быть причиной нарушений менструального цикла, преждевременного или позднего полового созревания, бесплодия, галактореи, невынашивания беременности.

Цель исследования. Выявить наиболее распространённые виды репродуктивной дисфункции на фоне тиреоидной патологии.

Задачи исследования:

- Определить виды нарушений репродуктивной функции у женщин с патологией щитовидной железы и дать им количественную оценку
- Определить виды нарушений репродуктивной функции у женщин с отсутствием тиреоидной патологии (контрольная группа), дать им количественную оценку

Материалы и методы исследования. Проведен клинико-статистический анализ 30 историй болезни женщин с патологией щитовидной железы в возрасте от 17 до 45 лет. Контрольную группу составили 30 больных без тиреоидной дисфункции.

Результаты исследования. Расстройства репродуктивной функции на фоне патологий щитовидной железы у пациенток в возрасте от 17 до 45 лет имеют свои клинические особенности. Так, при гипотиреозе в 62% случаев развивается гипоменструальный синдром и в 32% — гиперполименорея; при гипертиреозе у 38% больных возникает гипоменструальный синдром и у 57% — гиперполименорея. При эутиреоидном состоянии у 70% пациенток развивается гипоменструальный синдром и у 30% — гиперполименорея. При этом при гипертиреозе в 38% случаев наблюдается развитие эндометриоза I-II степени, а в 33% случаев гипотиреоза — ретенционные кисты яичников. При тиреоидной дисфункции у пациенток основной группы бесплодие составляет 37%, роды — 54%, выкидыши — 7%. В контрольной группе эти показатели равны 12%, 78% и 2% соответственно. Частота репродуктивной дисфункции на фоне тиреоидной патологии составила 93%, в контрольной группе — 64%.

Выводы. Наиболее частая патология репродуктивной системы при гипотиреозе — нарушение менструального цикла по типу олигоменореи, при гипертиреозе — нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи. Выявлена взаимосвязь между наличием эндометриоза I-II степени на фоне гиперфункции щитовидной железы, а также развитием ретенционной кисты яичника при её гипофункции. Полученные данные свидетельствуют о важности исследования функции щитовидной железы и ее коррекции при наличии нарушений в репродуктивной системе.

А. А. Воевода, А. В. Гридина

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра акушерства и гинекологии

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Г. А. Авдюков

Актуальность. Метаболический синдром (ВОЗ) — это сочетание абдоминального ожирения и, по крайней мере, двух из следующих критериев:

повышение уровня триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л; снижение уровня липопротеидов высокой плотности $< 1,03$ ммоль/л или нормальный их уровень на фоне липидснижающей терапии; артериальная гипертензия (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст. или нормальное его значение на фоне адекватной гипотензивной терапии); повышение уровня глюкозы плазмы $\geq 5,6$ ммоль/л или наличие ранее диагностированного сахарного диабета. Частота встречаемости изучаемого синдрома у молодых женщин репродуктивного возраста за последние двадцать лет неуклонно растет. Метаболический синдром рассматривается как одна из важнейших патологических основ состояний, осложняющих течение беременности, родов, послеродового периода, а также оказывающих влияние на соматическое и репродуктивное здоровье женщины. Метаболический синдром является причиной развития таких осложнений беременности, как гестоз, преждевременная отслойка плаценты, аномалии родовой деятельности, послеродовые кровотечения.

Цель исследования: изучить течение и исходы беременностей и родов у женщин с метаболическим синдромом.

Дизайн исследования. Был проведен сравнительный ретроспективный анализ историй родов и обменных карт беременных женщин МБУЗ НГПЦ с января по декабрь 2011 года.

В ходе исследования были отобраны 100 родильниц, у 50 из которых был выявлен метаболический синдром во время беременности, а 50 были соматически здоровыми и учитывались как контрольная группа. В исследуемой группе 18 % женщин имели избыточную массу тела, 56 % — ожирение I степени, 16 % — ожирение II степени, 10 % — ожирение III степени. В группе женщин с метаболическим синдромом 18 % имели гестоз легкой степени тяжести, 72 % — длительно текущий средней степени тяжести, 6 % — тяжелой степени тяжести (из них у 2 % — преэклампсия). В контрольной группе встречался только гестоз легкой степени тяжести — в 22 % случаев. Нарушение углеводного обмена было обнаружено у 22 % женщин с метаболическим синдромом, из них у 14 % был гестационный сахарный диабет. Нарушения липидного обмена были у 64 % женщин с метаболическим синдромом. У женщин исследуемой группы была выявлена артериальная гипертензия в 44 % случаев (22 % — I степени риск 2, 12 % — II степень риск 2, 10 % — II степень риск 3). Фетоплацентарная недостаточность развивалась у 56 % женщин из исследуемой группы. У женщин контрольной группы фетоплацентарная недостаточность была выявлена в 32 % случаев. У женщин исследуемой группы роды путем операции кесарева сечения встречались в 56 % случаев, что в 5,5 раз выше, чем в контрольной группе (8 % случаев). У женщин контрольной группы произошли самопроизвольные роды в 92 % случаев, что в 1,65 раза выше, чем в исследуемой группе (56 % случаев соответственно). У женщин исследуемой группы с ИМТ > 30 было выявлено 6 крупных плодов и 1 гигантский плод. У женщин с ИМТ > 40 был обнаружен СЗРП I и II степеней в 10 % случаев.

Результаты исследования показали, что для женщин с метаболическим синдромом характерен более высокий процент возникновения осложнений течения беременности и родов. Следовательно, необходимо более тщательное наблюдение таких женщин во время беременности на догоспитальном этапе (контроль веса, своевременный скрининг биохимических показателей) и госпитализация их в стационар в критические сроки для уменьшения риска осложнений.

А. Е. Горбачева, Ю. А. Ефимова, Е. Н. Фаге, А.В. Усова*
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТАЗОВОЙ БОЛИ

*Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического
факультета, Новосибирский государственный
медицинский университет*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. М. Соколова

Актуальность. Хроническая тазовая боль (ХТБ) — это боль, которая локализуется в области таза, беспокоит пациента на протяжении не менее, чем шести месяцев, не обусловлена злокачественными новообразованиями и беременностью, вызывает нарушения привычной жизнедеятельности и требует лечения. ХТБ относится к разделу междисциплинарных проблем, которые являются трудноразрешимыми. Так как, во-первых, объективные признаки заболевания часто выражены минимально, во-вторых, длительное функционирование ноцицептивного механизма замыкает порочный круг, усиливая боль, в-третьих, необходимо длительное лечение для положительного результата.

Цель исследования: рассмотреть психоэмоциональное состояние пациентов, имеющих хронические заболевания органов малого таза на протяжении длительного времени.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе женской консультации № 4 НГПЦ. На первом этапе исследования был проведен сбор гинекологического анамнеза женщин с осмотром (n=11), предъявлявших жалобы на боли в области таза в течение нескольких месяцев. У 10 женщин в анамнезе выявлены: хронический сальпингоофорит (n=9), кольпит (n=3), миома тела матки (n=2), эндометрит (n=1), преждевременная менопауза (n=2). После обследования и получения информированного согласия пациенткам было предложено пройти тестирование (по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, опроснику по боли, субъективной шкале оценки астении (MFI — 20), шкале депрессии Гамильтона (HAM-D-17)), для определения их психоэмоционального состояния.

Результаты исследования. 1) Общие результаты тестирования: «Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS»: тревога клинически выражена у 4 (40%) женщин; депрессия субклинически выражена у 5 (50%) женщин;

тревога и депрессия у 3 (30%) женщин. Субъективной шкалы оценки астении (MFI — 20): общая астения у 6-ти (60%) женщин; снижение активности у 4-х (40%) женщин; снижение мотивации у 4-х (40%) женщин; физическая астения 6-ти (60%) женщин; психологическая астения у 4-х (40%) женщин. Кроме того, у 3-х (30%) женщин было проявление всех перечисленных симптомов.

Шкалы депрессии Гамильтона (HAMD-17): легкая депрессия у 1-ой (10%) женщин; депрессия средней степени тяжести у 4-х (40%) женщин; депрессия крайне тяжелой степени у 2-х (20%) женщин. 2) Соотношение между ответами пациентов: 2 женщины имели нормальные результаты по всем предложенным тестам. У 4-х женщин (40%) клинически и субклинически выражена тревога и депрессия соответственно; общая, физическая, психическая астения, снижение мотивации и активности; депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона. У 2-х женщин тревога отсутствует, но субклинически выражена депрессия; симптомы астении отсутствуют; по шкале Гамильтона легкое депрессивное расстройство у одной из данных пациенток. У 1-ой женщины отсутствует тревога и депрессия по тесту «Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS», общая астения на границе нормы, однако по шкале Гамильтона крайне тяжелая степень депрессии. Еще одна пациентка имеет отсутствие тревоги и депрессии в первом тесте и наличие депрессии в крайне тяжелом состоянии в третьем, но при этом общую, физическую и психическую астению, снижение мотивации и активности.

Выводы. Изменение психоэмоционального состояния наблюдается у 8-ти (80%) женщин, а значит дополнительно к органическим изменениям в органах малого таза, вызывающих висцеральную боль, добавляется психогенная боль, усиливающая проявления и добавляющая эмоциональную окраску уже имеющейся боли. И лишь 20% женщин имеет нормальный психоэмоциональный статус.

М. Г. Гудкова, О. И. Ярошенко, А. В. Усова*
**ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ
ИНФАНТИЛИЗМОМ НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ
ГОРМОНАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

*Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического
факультета, Новосибирский государственный медицинский
университет*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. М. Соколова

Актуальность. В последнее время все больше внимания приковано к изучению разнопланового взаимодействия нервной, эндокринной и иммун-

ной систем — к появлению нового научно-практического направления в медицине — нейроиммуноэндокринологии. На 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 эстрогенов на иммунную систему?

Цель научного исследования: выяснить особенности цитокинового профиля женщин репродуктивного возраста с генитальным инфантилизмом после коррекции гормональными препаратами.

Задачи исследования: 1. Выяснить особенности цитокинового профиля (ИЛ1 β , ИЛ6, ИЛ8, рецепторный антагонист ИЛ1 β) лимфоцитов периферической крови женщин репродуктивного возраста с генитальным инфантилизмом. 2. Сравнить влияния гормональных препаратов с эстрогензаместительным действием на цитокиновый профиль лимфоцитов периферической крови женщин репродуктивного возраста с гипоплазией матки.

Материалы и методы исследования: клиническое исследование проводилось на базе НГПЦ с октября 2011г. по февраль 2012г. Под нашим наблюдением находились женщины раннего репродуктивного возраста (20,1 \pm 2,4 года), обратившиеся в клинику с жалобами на нарушение овариально-менструального цикла, бесплодие. Критерии включения: генитальный инфантилизм (гипоплазия матки 1 степени), бесплодие, НМЦ. Критерии исключения: врожденные пороки матки, вторичное бесплодие, ИПП (ВПЧ 16 и 18, ВПГ 2, хламидиоз, трихомониаз), хронические заболевания в стадии обострения.

Результаты исследования. По результатам первичного исследования плазмы крови не было обнаружено достоверных различий: ИЛ1 β 4,2 \pm 1 пг/мл, ИЛ6 6,4 \pm 1,2 пг/мл, ИЛ8 4,8 \pm 1 пг/мл, рецепторный антагонист ИЛ1 β 88 \pm 0,1 пг/мл). После информированного согласия, обследуемым женщинам был предложен адекватный вид гормонзаместительной терапии. Женщины были поделены на 4 группы: 1 группа (n=2) прием Клайры, 2 группа (n=2) - Новаринг, 3 группа (n=2) — ЗГТ (Эстрожель+ Утрожестан), 4 группа (n=2) — Три-мерси, группа контроля —(n=2). После коррекции в течение 3 месяцев гипоестрогенного состояния, нами были проведены повторные исследования гормонального профиля женщин, где во всех случаях наблюдалась нормализация эстрадиола (120 \pm 12,3 пмоль/л). По результатам контрольного исследования плазмы крови были обнаружены достоверные различия в следующих показателях цитокинового профиля: ИЛ8 45,7 \pm 58,4 пг/мл (повышение), рецепторный антагонист ИЛ1 β 48,8 \pm 8,6 пг/мл (снижение). Достоверных различий в показателях ИЛ1 β 3,33 \pm 0,2 пг/мл и ИЛ6 6,7 \pm 0,9 пг/мл не обнаружено. Распределение показателей по группам наблюдения не будет учитываться как статистически значимое, поскольку небольшая выборка.

Выводы. Низкие дозы экзогенных эстрогенов обеспечивают иммуномодулирующее действие, способствуя нормализации дисиммунных нарушений, развивающихся на фоне дефицита эстрогенов.

М. Г. Гудкова, А. Ю. Рябикина, Ю. А. Ефимова, И. Н. Сухина
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК НГМУ

Кафедра акушерства и гинекологии

стоматологического факультета,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н. А. В. Усова

Студентами – членами СНО по поликлиническому акушерству и гинекологии была разработана анкета опроса «Репродуктивное здоровье молодежи». Анонимный опрос студенток НГМУ выявил возрастной контингент, включающий возраст от 19 до 23 лет. Анкетирование было направлено на выявление основных репродуктивных вопросов, касаемых мотива вступления в половые отношения, начала вступления в половые отношения, количества половых партнеров. Начало половой жизни у многих студенток было не планируемым, и редко связывалось с брачными намерениями. Средний возраст вступления в половую жизнь составил $17,3 \pm 2$ года. Исследованием было установлено, что в изучаемой совокупности достаточно распространены установки на раннее начало половой жизни (до 16 лет). Большинство опрошенных одобряют, такие формы сексуальных отношений как гражданский брак, добрачные и внебрачные сексуальные связи, случайный секс. Среди девушек, начавших половую жизнь после совершеннолетия, ведущими мотивами являются удовлетворение собственных желаний, любопытство, моральное принуждение со стороны противоположного пола. Студентки впервые серьезно обсуждали вопросы сексуальной культуры, как правило, с родителями (26%), с друзьями в компании (33%) и сексуальным партнером (17%). Однако треть респондентов ни с кем не обсуждала данный вопрос. Подавляющее большинство студенток эпизодически проходит медосмотр / посещает гинеколога (84%). 74% опрошенных испытывают тревогу при посещении гинеколога. По мнению большей части студенток (76,3%), начало сексуальных отношений допустимо с достижением определенного возраста, т.е. прямая традиционная корреляция с заключением брака практически отсутствует. Среди опрошенных 56% перенесли ИППП (21%) хламидиоз, 11% трихомониаз, ВПЧ 16 или 18 носительство у 28%. Венерические заболевания у 2%. В случае незапланированной беременности более половины опрошенных студенток готовы пойти на аборт (54%). Почти половина из опрошенных студенток считают, что брак и детей нужно отложить до окончания вуза (46%). Практически всем студенткам не хватает информации о сексуальном поведении и большинство из них считает, что в системе высшего образования должна проводиться информационно-просветительская работа в сфере репродуктивного здоровья (лекция (14%), тренинг (48%), видеоролик (18%). Среди часто используемых методов контрацепции превалирует барьерный метод 63%, подавляющее большинство опрошенных считает, что защититься от болезней, передаваемых половым путем можно с помощью использования средств предохранения, прежде всего — презер-

ватива, а также избегая случайных половых связей. 21 % опрошенных использует комбинированные оральные контрацептивы. Полученные данные позволяют сформировать определенный взгляд на условия возникновения, причины и проявления поведенческих рисков репродуктивного здоровья молодых женщин и создать научно-обоснованную программу формирования здорового жизненного стиля у студенток в сфере репродуктивного здоровья. Практика ведения студентами-участниками СНО практических семинаров, тренингов со студентами медицинского ВУЗа поднимет авторитет не только специальности врача, но разовьет ораторские и коммуникативные качества, которые крайне необходимы в практической работе.

Д. В. Дондоков, С. С. Покацкая, О. Д. Дубданова
ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом педиатрии,
медицинский факультет Бурятского государственного
университета, г. Удан-Удэ*

*Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель
Л. Л. Алексеева*

Актуальность. Холестатический гепатоз беременных (ХГБ) (внутрипеченочный холестаз беременных, идиопатическая желтуха беременных) — дистрофическое поражение печени, обусловленное повышенной чувствительностью гепатоцитов к половым гормонам и генетически детерминированными энзимопатиями, развивающееся чаще во II-III триместре гестации, характеризующееся нарушением процессов желчеобразования и оттока желчи. Некоторые авторы считают его особой формой гестоза (Б.М. Венцовский, В.Н. Запорожан). Несмотря на то, что прогноз для матери при ХГБ относительно благоприятный, отмечена его связь с повышенной частотой преждевременных родов и перинатальной патологией.

Цель: выявление факторов риска, изучение особенностей течения холестатического гепатоза беременных.

Задачи: 1. Изучить особенности течения ХГБ в РБ. 2. Выявить факторы риска в развитии данной патологии.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ 22 историй родов за 2007–2011 гг. по данным ГУЗ РПЦ.

Результаты исследования. Мы выяснили, что холестатический гепатоз беременных чаще встречается в III триместре беременности (91% случаев). В ходе проведенной работы было выявлено, что среди беременных, у которых развился ХГБ, преобладают женщины в возрасте старше 30 лет (54,5%), II место занимают женщины от 26 до 30 лет (27,5%). Первородящие составили 45,5%, из них с первой беременностью — 60%. Среди основных симптомов заболевания чаще встречались кожный зуд, изжога, диспептические

явления. Изменения лабораторных показателей: у 82% женщин — повышение уровня трансаминаз, гипербилирубинемия — в 32% случаев, уровень ЩФ повышен в 59% случаев. Более чем у половины женщин беременность протекала на фоне гестоза легкой (45,5%) и средней (9%) степени тяжести. У большинства пациентов отмечается наличие экстрагенитальной патологии (86%), патология ЖКТ встречается наиболее часто — в 41% случаев (из них заболевания гепатобилиарной системы — 78%). Среди осложнений со стороны плода чаще встречались ХВГП, многоводие, СЗРП. Количество преждевременных родов — 22,5%. Через естественные родовые пути роды завершились у 64% женщин, остальным была проведена операция кесарево сечение. У большинства женщин (72,5%) роды прошли без осложнений.

Выводы. К факторам риска развития ХГБ можно отнести возраст женщины (старше 30 лет), первую беременность и первые роды после 30 лет, заболевания печени и желчного пузыря, перенесённые ранее или во время беременности ЗППП. Во всех рассмотренных случаях наблюдалось легкое и средней степени тяжести течение ХГБ. У большинства женщин исследуемой группы отмечаются изменения биохимических показателей крови, реже — кожный зуд, диспептические явления; появления желтухи не выявлено ни в одном случае.

Н.С. Дорофеева, А.В. Усова*
**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО
ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН НОВОСИБИРСКА
НА ИХ СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ**

*Кафедра акушерства и гинекологии стоматологического
факультета*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель д.м.н., профессор Т.М. Соколова*

Актуальность. Что делать, если возникают вопросы или проблемы в сексуальной сфере у женщин? Пока это возможно осуществить на личном, дорогостоящем приеме у сексопатолога. Причем, редко кто скажет, даже своим подругам, что был у такого врача. Почему бы не заговорить об этом открыто и не сделать доступней информацию о проблемах сексуального плана и их решение на этапе женской консультации. Куда, как не сюда, мы приходим, если у нас возникают проблемы с женским здоровьем, ведь наша сексуальная жизнь — тоже здоровье.

Цель исследования — выявить факторы, влияющие на сексуальное здоровье современных женщин г. Новосибирска и проанализировать воздействие этих факторов на семейные отношения.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование проводилось на базе женской консультации №4 НГПЦ у женщин, живущих по-

ловой жизнью и имеющих постоянного полового партнера. С помощью анонимной карты, разработанной специально для исследования, было проанализировано 36 анкет женщин, живущих половой жизнью и имеющих постоянного полового партнера. Средний возраст обследуемых составил $25 \pm 2,1$ (61%). Все женщины были разделены на 2 группы. I группу составило 15 женщин (42%), удовлетворенных своей половой жизнью. II — 21 женщина (58%) — дисфункция сексуальной жизни.

Результаты исследования. Женщины, не удовлетворенные половой жизнью, имели различную длительность полового расстройства начиная от начала половой жизни. Причем, наибольший процент составляли женщины, у которых проблемы в сексуальной жизни возникли с начала половой жизни (33%) и те, у которых длительностью полового расстройства более 6 месяцев (29%). У остальных же респондентов его вообще никогда не было 11% или был только в половине всех случаев 47%. Сравнив 2 группы исследуемых женщин в вопросе имитации оргазма, 22 женщины из 36 признались, что им в жизни приходилось это делать. Какой-либо четкой взаимосвязи между удовлетворенными и неудовлетворенными в сексуальном плане женщин мы не выявили. Немаловажным этапом улучшения сексуальных отношений между партнерами является общение друг с другом на тему секса. Из результатов исследования мы выявили, что не разговаривают о проблемах в сексуальной жизни 42% опрошенных. 95% женщин согласились бы пойти на прием к сексопатологу со своей второй половиной.

Выводы: в результате нашего исследования мы выявили, что: 58% опрошенных женщин не удовлетворены в сексуальном плане; 42% опрошенных женщин не разговаривают со своим половым партнером на тему секса; У 71% опрошенных, характер половой жизни, по прошествии нескольких лет в браке, изменяется в худшую сторону; 86% женщин имеют какие-либо проблемы с наступлением оргазма; 95% женщин согласились бы посетить сексопатолога для решения сексуальных проблем и налаживания семейных отношений; 86% женщин считают необходимым открытие кабинета сексопатолога на базе женской консультации.

Е.А. Дубкова, Д.В. Осипенко, А.В. Усова*
**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ФОРМЫ
ПЕРВИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С
МИКРОАДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА**

*Кафедра акушерства и гинекологии
стоматологического факультета,*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т.М. Соколова*

Актуальность. Наиболее частой причиной гиперандрогении надпочечникового генеза является врожденная дисфункция коры надпочечников

(ВДКН) — группа заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, в основе которых лежат различные ферментативные дефекты биосинтеза стероидных гормонов надпочечников, а именно дефект фермента 21-гидроксилазы. В современной литературе лишь незначительное количество работ посвящено влиянию надпочечниковых стероидов на высшие регуляторные отделы эндокринной системы человека - гипоталамус и гипофиз (Некрасова М.Ф, 2004).

Цель исследования: 1. Исследовать роль надпочечниковых стероидов (17 ОП, ДЭАС) у женщин при неклассических формах ВДКН в патогенезе гипоталамо-гипофизарной дисфункции и нарушений фертильности; 2. Выявить изменения в аденогипофизе при различных вариантах терапии.

Материал и методы исследования: женщины в возрасте $23 \pm 2,4$ года с диагнозом первичное бесплодие в течение 1-3 лет, гиперпролактинемия. После анализа представленных диагностических показателей (уровень гормонов: пролактин, ЛГ, ФСГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон), согласно которым подтверждался лабораторный критерий гиперпролактинемии ($879,6 \pm 24$ мЕд/л), женщинам было предложено провести дополнительно гормональное исследование (ДЭАС, 17 ОП) для исключения неклассической формы ВДКН, после которого были обнаружены их повышенные значения (ДЭАС $15,9 \pm 2,3$ мкмоль/л, 17ОП $3,14 \pm 2,0$ нг/мл) и женщины были выделены в группу исследования ($n=14$).

Результаты исследования. На I этапе для коррекции гиперандрогении надпочечникового генеза нами использовался комбинированный препарат, содержащий этинилэстрадиол (0,035 мг) и ципротерон ацетат (2 мг) в течение 3 месяцев. После чего, были проанализированы данные гормонов (достоверное снижение 17ОП и ДЭАС (до нормативных значений), что подтверждает неклассический вариант ВДКН. На II этапе женщины после информированного согласия все женщины были поделены на 2 группы: 1-я — терапия каберголином ($n=7$), 2-я — терапия бромокриптином ($n=7$). Уровень пролактина измерялся дважды в течение наблюдения за пациентами. По окончании наблюдения (10 недель), проводилось контрольное МРТ исследование гипофиза. В 1-й группе обращает внимание в 5 случаях наблюдения отсутствие данных за микроаденому гипофиза, у 2-ух пациентов уменьшение размеров микроаденомы от изначальных показателей. Во 2-й группе наблюдения только в одном случае отмечено отсутствие данных за микроаденому гипофиза. На этом основании, можно предположить, что происхождение микроаденом в 6 случаях наблюдения могло быть связано с избытком надпочечниковых стероидов.

Результаты. Отмечается положительная динамика в аденогипофизе при неклассических формах ВДКН по данным МРТ на фоне терапии каберголином. Можно предположить, что изменения, вызываемые избытком надпочечниковых стероидов прогестинового и андрогенного ряда, столь значительны, что ведут к формированию псевдоаденом гипофиза, отра-

жающих гормонально обусловленную декомпенсацию систем тормозного контроля за функцией аденогипофиза.

К. В. Кавалян, У. С. Гюльмалиева, У. Ю. Мамедова
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ЦИТОФЛАВИН»
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЛОДА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ИЛИ ПОЗДНИХ
ВЫКИДЫШАХ**

*Кафедра перинатологии, акушерства
и гинекологии лечебного факультета
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Научный руководитель: к.м.н. М. Я. Домрачева*

Актуальность. Преждевременные роды остаются одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности. Механизмы возникновения и развития преждевременных родов остаются недостаточно изученными.

Цель: изучение эффективности применения препарата «Цитофлавин» для профилактики гипоксии плода при угрожающих преждевременных родах или поздних выкидышах.

Метод и материалы. Ретроспективный анализ историй болезней 63 женщин с угрозой преждевременных родов, из которых 33 женщинам была проведена комплексная сохраняющая терапия в сочетании с цитофлавином, а остальным (30 женщин) при данной патологии терапия проводилась только по стандартной схеме.

Результаты. I. Среди женщин, которым проводили сохраняющую терапию в сочетании с цитофлавином, были выделены 3 группы в зависимости от срока беременности: 1 группа – 21–26 нед. беременности (7 жен.); 2 группа — 28–34 нед. беременности (16 жен.); 3 группа — 35–38 нед. беременности (10 жен.). В первой группе — у 5 (71.4 %) жен. роды протекали через естественные родовые пути (ЕРП), 2 (28.6 %) жен. были родоразрешены путем операции кесарева сечения (к/с) по поводу острой гипоксии плода. Во второй группе 11 (68.7 %) жен. родили через ЕРП и 5 (31.3 %) женщин были родоразрешены операцией к/с по поводу упорной слабости родовой деятельности и острой гипоксии плода. В третьей группе у 7 (70 %) жен. роды протекали через ЕРП, 3 (30 %) жен. были родоразрешены путем операции к/с. В первой группе все дети были рождены в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 7–9 баллов. Во второй группе: у одного новорожденного (6.25 %) выявлена морфофункциональная незрелость,

18

но состояние при выписке было удовлетворительным, у одного (6.25 %) — церебральная ишемия 2 степени, у третьего (6.25 %) — врожденная гипотрофия, у четвертого (6.25 %) церебральное возбуждение, у 12 (75 %) новорожденных — период новорожденности протекал удовлетворительно. В третьей группе: новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов, период новорожденности у них протекал без особенностей.

II. Среди женщин, кому терапия проводилась по стандартной схеме, выделены такие же группы в зависимости от срока беременности. В этих группах количество к/с и осложнений новорожденных было значительно выше, чем в группах, где сохраняющая терапия проводилась в сочетании с Цитофлавином.

Выводы. На фоне приема цитофлавина удалось снизить риск развития гипоксии плода, которая возникает при угрожающих преждевременных родах или поздних выкидышах. Также, при включении в стандартную схему лечения препарат Цитофлавин, улучшается прогноз жизни и дальнейшего развития новорожденных. Целесообразно применение данного препарата в комплексной терапии угроз преждевременных родов у беременных во II–III триместре беременности.

Ю.С.Ковалева, М.В.Соловьев
**СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ
МАЛОГО ТАЗА, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ И
ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА**

*Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного
факультета, Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

*Научные руководители: к.м.н., доц. И.О. Ульянова,
к.м.н., доц. Т.А. Макаренко, асс. М.Р. Ратова, асс. Н. М. Ковтун*

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) и доброкачественные гиперпластические заболевания матки (ГЗМ) — занимают ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости. Другой не менее важной проблемой современной гинекологии являются заболевания шейки матки (ШМ).

Ключевой концепцией в этиологии и патогенезе дисплазий и рака шейки матки является инфицирование ВПЧ. Не смотря на наружную локализацию рак шейки матки занимает 2 место среди всех злокачествен-

ных заболеваний репродуктивных органов у женщин в России. Разработав 3D-тренажер по технике кольпоскопии, мы не только научимся профилактировать, но и лечить рак шейки матки.

Задачи:

1. Оценить состояние эпителиального покрова и особенности кольпоскопической и цитологической картины ШМ у женщин ГЗМ, ВЗОМТ и ВПЧ.

2. Разработать рекомендации по ранней диагностике патологии ШМ

3. Разработать обучающий 3D-тренажер для студентов по технике кольпоскопии.

Объект и методы исследования. Проведено обследование 45 женщин, находящихся на лечении в гинекологическом отделении МУЗ ГКБ №6 и в клинике “Здоровая семья”. Пациентки были разделены на 3 группы: группа I — 15 женщин, получавших лечение по поводу ВЗОМТ; и группа II — 15 женщин с ГЗМ и III- 15 женщин с ВПЧ высокого онкогенного риска. Всем больным было проведено: простая и расширенная кольпоскопия, ПАП-тест.

Результаты собственного исследования. При изучении цитологической картины мазков с ШМ у женщин с ВЗОМТ выявлено: лейкоплакия 1(7%), цервицит 7(47%). С ГЗМ: дисплазия 1(7%), лейкоплакия 1(7%), цервицит 7(47%). С ВПЧ: дисплазия I 1(7%), лейкоплакия 2(13%), цервицит в 9(60%) случаях.

При проведении расширенной кольпоскопии у женщин было выявлено, что у группы с ВЗОМТ чаще наблюдались грубые кольпоскопические картины, как грубая мозаика, плотный АЦБ, грубая пунктуация. У женщин с ГЗМ чаще наблюдались атипические сосуды. Среди пациенток с ВПЧ патологические картины, за исключением грубой мозаики, встречались значительно реже.

Выводы.

1. У большинства пациенток с ВЗОМТ и ГЗМ выявлены грубые кольпоскопические признаки, при этом в обеих группах отмечается частая встречаемость грубых картин по сравнению с группой с ВПЧ.

2. Программа мониторинга больных с ВЗОМТ и ГЗМ должна обязательно включать обследование состояния ШМ цитологическим, кольпоскопическим, молекулярно-биологическим методами.

Е.Ю. Кранц, А.О. Степанова
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПРИ ЭКТОПИИ
ШЕЙКИ МАТКИ**

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

Актуальность исследования. Распространенность эктопии у женщин очень высока. Она встречается у 38% женщин, в том числе у 49,2% гинекологических больных. Наиболее часто выявляется у нерожавших женщин в возрасте до 25 лет (от 54,2 до 90% случаев). В настоящее время выделяют 3 вида эктопии: врожденную — встречается в 11,3% случаев, приобретенную и рецидивирующую, встречающиеся в 65,6 и 23,1% случаев соответственно, а также 2 клинические формы: осложненную и неосложненную. Неосложненная форма эктопии встречается в 17,7% случаев и согласно МКБ-10 не относится к болезням и проблемам, связанным со здоровьем, а потому лечения не требует, необходимо только наблюдение. К осложненным формам эктопии, встречающимся в 82,6% случаев, относятся сочетание ее с нарушением эпителиально-стромальных взаимоотношений (эктропион), с воспалительным процессом шейки матки и влагалища, с другими фоновыми, а также предраковыми процессами, что, несомненно, требует обследования и лечения.

Цель. Выявить возможные осложнения в течение родов у пациентов с эктопией шейки матки, с целью определения необходимости лечения, а также профилактики этого заболевания.

Задачи:

- определить возможные осложнения в течение родов у пациентов с эктопией шейки матки
- определить необходимость лечения эктопии шейки матки
- охарактеризовать доступные и современные способы лечения
- определить все возможные меры профилактики данной патологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезни НГПЦ (г. Новосибирск), статистическая обработка полученных данных.

Результаты. В ходе проведенного анализа в исследуемой группе (30 пациентов) было выявлено, что эктопия шейки матки не влияет на длительность первого, второго и третьего периода родов. У 6 пациенток возникли осложнения в виде преждевременного излития околоплодных вод. У 1 пациентки возникли разрывы шейки матки 1 степени. У 1 пациентки — позднее послеродовое кровотечение. У 7 пациенток возникло послеродовое осложнение в виде анемии легкой степени тяжести. В контрольной группе (15 пациентов) длительность первого, второго и третьего периода родов также не изменена. У 2 пациенток наблюдались осложнения в виде

преждевременного излития околоплодных вод. У 1 пациентки возникли разрывы шейки матки 1 степени. У 3 пациенток возникло послеродовое осложнение в виде анемии легкой степени тяжести.

Выводы. По нашим данным, чаще всего встречается приобретенная эктопия, которая определяется практически у 49,2% гинекологических больных; в структуре эктопии ее удельный вес составляет 65,6%. В результате проведенного исследования было установлено отсутствие влияния эктопии шейки матки на течение и ведение родов. Эктопия не является заболеванием, а представляет собой тканевую и функциональную особенность шейки матки. Данное состояние не во всех случаях требует проведения каких-либо лечебных мероприятий. Тактика ведения пациенток с эктопией должна быть индивидуальной, при неосложненной псевдозерозии возможно наблюдение с регулярным кольпоскопическим и цитологическим контролем. При лечении эктопии применяют криодеструкцию, лазерокоагуляцию, радиохирургическое воздействие, диатермоэлектрокоагуляцию. Ограниченно применима химическая коагуляция.

М. Ю. Романова*

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ПОСЛЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Андрушина*

Актуальность проблемы. В настоящее время бесплодие является серьезной проблемой современного общества. На данный момент, вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) являются методом решения этой сложной задачи. Следует помнить, что безопасность, эффективность и контроль результатов данных технологий, как для женщины, так и для ее будущего ребенка, не достаточно изучены и требуют продолжения клинических исследований.

Цель. Выявление особенностей перинатальных исходов беременностей после ВРТ.

Материал и методы исследования: ретроспективный анализ 131 истории родов женщин, воспользовавшихся ВРТ и 171 истории болезни новорожденных, рожденных с помощью ВРТ, в МБУЗ НГПЦ с 2009 по 2011гг., родильном доме ГНОКБ с 2010 по 2011гг.

Результаты. Возрастная группа, в которой женщины наиболее часто прибегали к ВРТ — 28–38 лет — 100 случаев (77%). Паритет беременности у 65(50%) был I, II — у 53(41%). Паритет родов был I у

114(88%), II — у 14(10,8%). Отягощенный соматический анамнез выявлен у 115(87,7%), наиболее распространенными патологическими состояниями оказались: тромбофилия — 38(33%), хронические заболевания ЛОР-органов — 35(30%). Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 111(84,7%), наиболее частой проблемой было инфицирование и носительство микроорганизмов TORCH-группы — 64(57,6%), мед. аборт — 38(34%), острые и хронические воспалительные заболевания половых органов — 31(27,9%). Процедура ЭКО была проведена 112(85%) женщинам, ЭКО+ИКСИ у 19(14,5%), донорство ооцита имели 3(2%). Патология течения данной беременности и родов наблюдалась у 124(94,6%), чаще встречалась ФПН — 89(71,7%), гестоз — 72(58%), УСВ — 62(50%), ВМИ — 53(42,7%). Способом родоразрешения в 59(45%) случаев стала плановая операция кесарева сечения, экстренное кесарево сечение — у 53 (40%), самопроизвольные роды — 18(13,7%). Из 131 родоразрешений 2(1,5%) закончились антенатальной гибелью плода. Одноплодных беременностей — 92(70%), многоплодных — 39(29,7%). Доношенными родились — 105(61%) детей, недоношенными — 66(38,5%), ЗВУР отмечалась у 48(28%) детей. Масса детей при доношенном сроке варьирует от 2500 г до 4200г — у 97(92%), НМТ имели 8(7,5%) детей. Среди недоношенных детей с НМТ — 41(66%), с ОНМТ-5(8%), с ЭНМТ — 6(9,9%). Тяжелая асфиксия отмечалась у 5(2,9%). Желтухи различного генеза встречались у 110 (66%). СДР развился у 53 (31%), из них его причинами были РДС у 36(67,9%) детей, врожденные пневмонии — 19(11%), БЛД — у 2(1%). Функционирование фетальных коммуникаций отмечалось у 15(8,9%), из них ГЗФАП у 12 (80%). Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС зарегистрировано у 88(52 %) детей, ВЖК у 10(5,9%), менингоэнцефалиты у 6(3,5%), фетальный гепатит — 2(1%) детей, НЭК развился в 6(3,5%) случаях, СПОН — у 12(7,1%), шок зарегистрирован у 3(1,7%) новорожденных. ВПР составили 12 (7%) случаев, из них ВПС — 5(41%), МПС — 3(25%), ЖКТ — 3(16,6%), ОДА и ЦНС по 1 (по 8,3%), синдром Дауна-1(0,5%). В ОРИТН и ОПН находились — 56(33,7%) детей. Летальных исходов — 7. Показатель летальности — 4,1%.

Выводы. Дети, родившиеся после ВРТ в условиях перинатальных центров, имеют высокий уровень заболеваемости — 33,7% из них — пациенты ОРИТН и ОПН, а также имеют патологические состояния неонатального периода, в том числе в виде ЗВУР, морфофункциональной, одна треть из них рождаются недоношенными. Высоок также и показатель летальности. В этой связи дети, рожденные с помощью ВРТ, заслуживают особого внимания на всех этапах их развития, имеют высокий риск рождения в тяжелом состоянии и развития в последующем «измененных» характеристик их здоровья.

А. Ю. Рябикина, И. Н. Сухина
**ЗАКОНОМЕРНОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ
МЕНОПАУЗЫ ОТ МЕНАРХЕ**

*Кафедра акушерства
и гинекологии стоматологического факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. М. Соколова*

Актуальность. Продолжительность репродуктивного периода женщин до сих пор остается нерешенным научным ребусом, решение которого включает в себя целый комплекс факторов — от индивидуальных генетических особенностей организма, до экологических условий, образа жизни и других. В этой связи время наступления менархе и преждевременной менопаузы (ПМ) у женщин являются важными параметрами, которые в том числе позволяют делать выводы и о вероятности развития возрастных заболеваний, таких как остеопороз или рак груди.

Цель исследования. Определить закономерности наступления преждевременной менопаузы от менархе у женщин г. Новосибирска и разработать ранние прогностические критерии формирования заболевания.

Задачи исследования: ретроспективно рассмотреть акушерско-гинекологический анамнез женщин с преждевременной менопаузой и выявить определенные закономерности.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленной целью и задачами исследования в ходе выполнения работы проанализированы 50 историй болезней пациенток, проходивших лечение в женской консультации №4 НГПЦ с 2000 по 2010 г., в возрасте от 35 до 60 лет (средний возраст $47,4 \pm 1,3$ года) с диагнозом преждевременной менопаузы. Критерии включения: возраст женщин от 35 до 60 лет, отсутствие самостоятельных менструаций 6 и более месяцев. Критерии исключения: первичная гипергонадотропная аменорея, ятрогенные причины гипергонадотропной аменореи (операции на яичниках).

Полученные результаты: при анализе особенностей клинического течения заболевания и антропометрических показателей у пациенток нами не было найдено статистически значимых различий. При анализе характера менструальной функции у пациенток с ПМ было установлено, что возраст менархе в целом по группе составил $13,1 \pm 1,2$ года, при этом у 83,3% больных менструации были регулярными. У большинства больных в начале заболевания прогрессировали задержки менструаций. При изучении преморбидного фона у 52,8% больных с ПМ обращал на себя внимание высокий инфекционный индекс (более 3 инфекций в детском возрасте). При изучении семейного анамнеза у 23 пациенток отмечено несвоевременное выключение функции яичников. При анализе характера репродук-

тивной функции было установлено, что у 28 из 50 пациенток с ПМ имели в анамнезе роды, аборт и самопроизвольные выкидыши. Среди нерожавших пациенток аборт встречались у 9/50.

Выводы: из 50 обследованных женщин с ПМ не было обнаружено статистически значимых корреляционных связей между менархе и ПМ. Обращает внимание отягощенный анамнез по заболеванию, поэтому при сборе семейного анамнеза у пациенток с подозрением на формирование ПМ необходимо уделять особое внимание возрасту выключения функции яичников у представительниц 1 и 2-й степени родства.

А. Ю. Рябикина, М. В. Волков, Е. Г. Бодренко,
С. А. Бурдукова, Т. А. Колесникова
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ВЕРТИКАЛЬНЫХ
РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА**

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: д.м.н., проф. О. Г. Пекарев,
к.м.н. асс. Г. А. Авдюк*

Актуальность. В акушерской практике основной, «традиционной» по-
зой для рождения ребенка считается горизонтальное положение женщины —
лежа на спине. Однако, известно, что горизонтальное положение тела во
время родов не совсем соответствует физиологическому строению жен-
ского организма. Роды, сидя или стоя, более естественны и удобны как для
женщины, так и для плода. Поэтому сейчас все больше женщин предпочи-
тают вертикальные роды. Почему же вертикальные роды наиболее удобны
для беременных и в чем заключаются преимущества вертикального поло-
жения тела при родах?

Цель исследования: оценить преимущества данного способа ведения
родов по сравнению с традиционным методом, как для матери, так и для
новорожденного.

Материалы и методы: проведен ретроспективный сравнительный
анализ 120 историй родов и 120 историй новорожденных МБУЗ НГПЦ
за 2009-2011гг. соответственно, из которых выделены две группы: 1 —
основная группа — 60 вертикальных родов, 2-контроля — 60 традици-
онных родов. Критерии включения в исследование — самопроизвольное
родоразрешение. Оценивались показатели: анамнез матери, время I, II, III
периодов родов, околоплодные воды, методы обезболивания, особенности
течения родов, родовой травматизм, объем кровопотери, исход, осложне-
ния; из истории новорожденного — вес/рост, оценка по шкале Апгар, пато-

логические отклонения, гипоксия. Сроки исследования: январь — апрель 2012 года.

Результаты. В 1 группе: первородящих—15, повторнородящих — 45, из них ОАГА имели 70%. Возраст колебался от 18 до 40 лет. Явления угрозы прерывания беременности были у 13%, гестоза — 25%, экстрагенитальной патологии — 60%. Вертикальные роды сопровождались ранним излитием околоплодных вод —10%, слабостью родовой деятельности у 30% женщин. Общая продолжительность родов у первородящих — от 7 до 9 ч, у повторнородящих — от 5 до 7 ч. Во 2 группе общая продолжительность родов, как у первородящих, так и у повторнородящих, оказалась достоверно больше. Укорочение общей продолжительности родов в 1 группе происходит за счет сокращения первого периода родов в среднем на 1,5–2 часа. При вертикальных родах среди травм родовых путей встречались мелкие разрывы — 20%, лишь у троих пациенток отмечены разрывы шейки матки I степени, в контрольной группе разрывы шейки матки I-II степени встречались в 8 раз чаще — 40%. Разрывы промежности при традиционных родах—в 3 раза чаще. Эпизиотомия в случае вертикального родоразрешения не проводилась, при дорзальном положении роженицы — 20%. Операция ручного обследования послеродовой матки в основной группе не выполнялась, в контрольной группем — 15%. Кровопотеря в родах при вертикальной позиции не превышала 200 мл, у пациенток контрольной группы в 10% отмечалась патологическая кровопотеря. Обезболивание не проводилось — 20% в основной группе, в остальных случаях—спазмолитики, седативные, лишь в 10% анестезия осуществлялась наркотическими анальгетиками, в контрольной группе у всехприменялись спазмолитики, наркотические анальгетики, эпидуральная анестезия — 15%. Новорожденные: от 2300 кг до 3900 кг и от 46 см до 55 см. Дети с крупной массой тела при вертикальных родах встречались в 2 раза чаще, чем при традиционных. Оценка по шкале Апгар 8/8 в 90% случаев в основной группе, что в 3 раза больше контрольной с такой же оценкой.

Выводы: анализируя особенности течения и исхода родов, проведенных в вертикальной позиции необходимо признать целесообразность широкого внедрения данного метода в практику современных родовспомогательных учреждений.

М. В. Серякова, Ю. В. Шоркин.
**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ХОРИОНИЧЕСКОГО
ГОНАДОТРОПИНА ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ
ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ**

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. В. Киселева*

Актуальность. В течение последних трёх десятилетий во всех развитых странах отмечен неуклонный рост заболеваемости раком эндометрия. В нашей стране это заболевание вышло на второе место в онкогинекологии, уступая лишь раку молочной железы. Наблюдается увеличение удельного веса женщин молодого возраста среди заболевших раком эндометрия (за 10 лет на 50%). Поэтому вопросы, связанные с ранней диагностикой и прогнозированием течения фоновых заболеваний эндометрия своевременны и актуальны.

Цель. Доказать, что концентрацию ХГЧ в сыворотке и в эндометрии можно использовать в качестве диагностического критерия перехода от доброкачественной к злокачественной форме гиперплазии эндометрия.

Методология: анализ историй болезней, результатов гистологического анализа ткани эндометрия и биологического материала методом ИФА с помощью тест-системы бета-ХГЧ-свободная — ИФА-БЕСТ.

Материалы исследования: 1) ткань эндометрия, полученная при раздельном лечебно-диагностическом выскабливании слизистой оболочки полости матки и при операции удаления матки; 2) сыворотка крови; 3) истории болезней.

Результаты. Были проанализированы 120 историй болезней, сыворотка крови и слизистая оболочка из полости матки у женщин с гиперпластическими процессами эндометрия. Первую группу составили 60 женщин с доброкачественными гиперпластическими процессами эндометрия (железисто-кистозная гиперплазия, полипы эндометрия), во вторую группу вошли 40 пациенток, у которых наряду с доброкачественной гиперплазией эндометрия наблюдался хронический эндометрит и третью группу составили 20 женщин с умеренно-дифференцированной аденокарциномой. Женщины 1 и 2 группы получали лечение в МУЗ НГБ №2, а пациентки 3 группы — в ОГУЗ НООД. Все диагнозы были подтверждены гистологическим исследованием. Концентрация ХГЧ в сыворотке крови у пациенток различных групп не имела достоверных отличий. Концентрации ХГЧ в ткани эндометрия достоверно не отличалась при различных видах доброкачественной гиперплазии и составляла $23,6 \pm 1,8$ Ед./мл. Во второй группе концентрация ХГЧ повышалась в 3 раза и составляла $73,1 \pm 3,6$ Ед./мл. В 3 группе концентрация ХГЧ в эндометрии составляла $110,5 \pm 5,6$ Ед./мл, что в 4,6 раза выше, чем у пациенток 1 группы и в 1,5 раза выше, чем у пациенток 2 группы.

Выводы. Концентрация ХГЧ в эндометрии при гиперпластических процессах возрастает в 3 раза при наличии хронического эндометрита и в 4,6 раза — при умеренно-дифференцированной аденокарциноме, следовательно, количественное определение ХГЧ в эндометрии можно использовать в качестве раннего диагностического критерия перехода доброкачественной формы гиперплазии в злокачественную.

А. А.Складан

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра акушерства и гинекологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Г. А. Авдиюк

Актуальность исследования. Частота дисфункциональных маточных кровотечений очень велика — 15–20% от всех гинекологических заболеваний. Следует отметить, что в литературе имеются противоречивые данные о том, в каком возрастном периоде (детородном или перименопаузальном) ДМК встречаются чаще. Можно согласиться с мнением, что более часто (70–80%) наблюдается ДМК в те периоды, когда нейроэндокринная система регуляции репродуктивной функции наиболее подвержена воздействию вредных факторов. В частности это имеет место в перименопаузальном возрасте, когда система регуляции репродуктивной функции претерпевает возрастную перестройку, а также в ювенильном, когда нейроэндокринная система регуляции репродуктивной функции (в том числе и менструальной) находится в стадии становления. В детородном возрасте ДМК встречаются реже.

Данную проблему считаю актуальной, так как женщин, страдающих данной патологией, много. Огромное значение имеет социокультурная среда, в которой находятся женщины. Темп и условия жизни, качество жизни на современном этапе развития общества в нашей стране способствуют нарушению регуляторных механизмов овариально-менструального цикла, приводящего к ДМК. Нетрудно понять, что данная проблема стоит остро, и начинать профилактику ДМК нужно с периода внутриутробной жизни девочки.

Цель: изучить особенности этиопатогенеза дисфункциональных маточных кровотечений в предклимактерический период, выявить роль основных и дополнительных факторов риска развития данной нозологии, с целью определения дальнейшей тактики лечения, а также профилактики этого заболевания.

Задачи:

1. Изучить этиопатогенетические особенности ДМК в предклимактерический период
 2. Определить основные и дополнительные факторы риска ДМК
 3. Охарактеризовать доступные и современные способы лечения
 4. Проанализировать исходы заболевания
 5. Установить связь ДМК с гинекологическим анамнезом женщины
 6. Определить все возможные меры профилактики данной патологии
- Дизайн клинического исследования: ретроспективный анализ 167 историй болезни (июль — декабрь 2010 г.) МБУЗ НГБ № 2 хирургического отделения, статистическая обработка полученных данных.

Выводы. Дисфункциональное маточное кровотечение-это кровотечение вследствие нарушений баланса половых гормонов, которое может сопровождаться развитием железисто-кистозной гиперплазией эндометрия. Чем более отягощен акушерско-гинекологический анамнез женщины (НОМЦ, миома тела матки, псевдоэрозия шейки матки, хронический метрит, аномалии развития матки), тем более тяжелое течение имеет данная нозология и тем труднее поддается коррекции. Основной причиной повторных ДМК, возникающих чаще через 3,6,12 месяцев явилось несоблюдение рекомендованного лечения.

М. Н. Сырнева, Ю. С. Бакланова, И. С. Дмитриева,
Г. И. Искандерова, С. И. Керимова, С. Г. Ткабладзе

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО СРОКА И ТАКТИКИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

*Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор, О. Г. Пекарев*

Актуальность исследования. Предлежание плаценты является частой причиной кровотечений второй половины беременности.

В свою очередь, кровотечения при беременности и во время родов занимают одно из ведущих мест в акушерской патологии, способствуя развитию различных заболеваний у женщин. Часто они становятся причиной последующей стойкой инвалидизации, развития астеновегетативных, нейроэндокринных синдромов, миокардитического кардиосклероза и других заболеваний. Материнская смертность от кровотечения достигает 25 %.

Цель исследования. Определить оптимальный срок родоразрешения и правильно организовать работу с беременными, у которых наблюдается предлежание плаценты

Дизайн клинического исследования. Ретроспективный анализ историй болезни НГПЦ за 2010 и 2011 годы, статистическая обработка полученных данных.

Результаты исследования. В ходе работы нами были проанализированы истории родов МБУЗ НГПЦ за 2010 и 2011 годы и отобрано 32 истории с диагнозом предлежание плаценты.

В результате проведенного исследования мы выяснили, что экстренное кесарево сечение было проведено в 19 случаях из 32, что составило 60%.

Так, у 1/5 беременных, которым было проведено экстренное кесарево сечение, кровотечение возникло в выходной день, у 1/2 пациенток операции были выполнены в ночное время суток. Кроме того, в ходе проведенной работы было выявлено, что кровотечение возникало на разных гестационных сроках, в основном с 30 по 37 неделю беременности, а средний срок гестации составил 35 недель. Так же было отмечено, что объем общей кровопотери составлял в среднем 500–900 мл. Важно подчеркнуть, что две операции осложнились массивным кровотечением и завершились экстирпацией матки, объем кровопотери в данных ситуациях составил 3500мл. Средний срок проведения плановой операции кесарево сечение при предлежании плаценты составил 37 недель.

Выводы. На основании проведенной нами работы можно сделать следующие выводы, что плановое родоразрешение при предлежании плаценты чаще всего проводилось на 37–38 неделе беременности, в то время как средний срок гестации на котором возникало кровотечение, приведшее к экстренной операции составил 35 недель. Из этого следует, что плановые операции проводились на сроке гестации не позволяющем избежать возникновения кровотечений и связанных с этим осложнений.

Кроме того, было выявлено, что около половины экстренных операций (47%) проводилась в ночное время суток, что привело к наибольшему проценту осложнений, так например, 2 операции проведенные в ночное время осложнились массивным кровотечением, что потребовало расширения объема операции до гистерэктомии.

Таким образом, если проводить плановое родоразрешение в срок до 36 недель это позволит минимизировать грозные осложнения и позволит организовать в плановом порядке и привлечь смежных специалистов (сосудистого хирурга и трансфузиолога).

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Т. Н. Бабаева

СИНДРОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. И. Пospelова,
к.м.н., асс. Л. Н. Грицай*

Актуальность исследования: вторичная перегрузка железом – состояние, возникающее чаще всего после неоднократных трансфузий донорских эритроцитов. К числу заболеваний, при которых пациенты находятся в стойкой зависимости от постоянных трансфузий компонентов крови, можно отнести талассемии и другие гемоглобинопатии, врожденные и вторичные апластические анемии и миелодиспластические синдромы (МДС).

Учитывая, что при регулярной трансфузионной терапии суточный избыток железа составляет до 0,5 мг/кг, перегрузка железом может возникнуть уже после 10–20 трансфузий. Происходит накопление железа в тканях организма и токсическое их повреждение с последующим нарушением функций. Кроме того, реализует токсический эффект лабильное железо плазмы, катализируя образование активных форм кислорода в тканях, в частности, в миокарде. Перегрузка железом относится к заболеваниям так называемого «второго порядка», которые сопутствуют лечению, и в большой степени определяют его прогноз, оказывая влияние на сроки инвалидизации и смертности пациентов. Наиболее доступным и надежным методом диагностики синдрома перегрузки железом является исследование уровня ферритина в сыворотке крови.

Цели исследования: на основании уровня ферритина (данные Городского гематологического центра) выявить синдром перегрузки железом у пациентов с отягощенным трансфузионным анамнезом

Материалы и методы: проведен анализ лабораторных показателей уровня ферритина у трансфузионнозависимых пациентов с миелодиспла-

стическим синдромом (МДС), талассемией, апластической анемией (АА). Обследовано 40 пациентов: 29 больных с МДС, 6 пациентов с талассемией и 5 человек с апластическими анемиями (1 — с врожденной анемией Блекфана-Даймонда и 4 с приобретенной АА) в возрасте от 2 до 73 лет. Среднее количество гемотрансфузий в год — 37 доз.

Результаты исследования: при исследовании уровня ферритина в сыворотке крови в группе трансфузионнозависимых пациентов синдром перегрузки железом выявлен у 50% обследованных: в группе пациентов с талассемией у 100% больных, у 80% в группе пациентов АА и у 34,5% в группе обследованных с МДС. Наиболее высокий уровень ферритина зарегистрирован у пациентов с талассемией — от 2678 до 6840 мкг/л. Необходимо отметить, что средний возраст в данной группе составлял $13,5 \pm 2,1$ лет. В группе больных апластическими состояниями кроветворения уровень ферритина составлял от 625 до 1800 мкг/л, а в группе пациентов с МДС от 589 до 2000 мкг/л. Перегрузка железом легкой степени (уровень ферритина 500–2000 мкг/л) была выявлена в 9 случаях (45%), в 9 случаях (45%) средней степени тяжести (уровень ферритина 2000–4000 мкг/л) и в 2 случаях (10%) регистрировалась перегрузка железом тяжелой степени (уровень ферритина 4000–6000 мкг/л).

Выводы: в результате проведенного исследования было выявлено наличие посттрансфузионной перегрузки железом у 50% пациентов, регулярно получающих трансфузии донорских эритроцитов. В 100% случаях перегрузка железом регистрировалась у пациентов с талассемией, при данной патологии из-за усиленного и неэффективного эритропоэза наблюдается гиперабсорбция железа, которая увеличивает перегрузку железом, вызванную многократными трансфузиями эритроцитов. В группе трансфузионнозависимых пациентов в 55% случаев превалирует перегрузка железом средней и тяжелой степеней тяжести, что требует обязательного применения хелаторов железа.

К.С. Батрак, И.И. Лобов, В.А. Шаманский
**ДЕБЮТ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В ИРКУТСКЕ В
ПЕРИОД С 2008 ПО 2011 ГОДЫ**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
Иркутский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. Н. В. Осипок*

Цель исследования: изучить дебют системной красной волчанки (СКВ) в г. Иркутске с 2008 по 2011 год.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 больных, преобладали женщины, с достоверным диагнозом СКВ. Возраст обследоуе-

мых колебался от 20 до 80 лет. Исследование проводилось путем опроса больных ревматологического отделения ГKB №1 г. Иркутска, а также изучения архивных данных.

Результаты исследования. Было выявлено, что основным дебютом явилась артралгия (70% случаев) среди женщин в возрастных группах: 24–29; 39–54; 63–76 лет, и среди мужчин в возрасте 22–38 лет. На втором месте по частоте было высыпание в виде «бабочки» на коже лица (13% случаев), встречающаяся среди женщин в возрасте 47–54 лет и мужчин 31–38 лет. Также было отмечено, что среди женщин встречались выкидыши в 35% случаев.

Заключение. В результате проведенного исследования было отмечено, что в подавляющем большинстве случаев дебютом СКВ в г. Иркутске является артралгия, из-за которой практически всегда сложно провести дифференциальный диагноз между СКВ и другими аутоиммунными и ревматологическими заболеваниями.

Н.Е. Беляева
**РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
НЕФРОПАТИИ В РАЙОНАХ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра эндокринологии, Новосибирский государственный
медицинский университет*

Научный руководитель: к.м.н. О.Ю. Шабельникова

Актуальность темы: в настоящее время сахарный диабет (СД) занял лидирующие позиции среди причин развития почечной патологии. В связи с этим очевидна целесообразность выявления диабетической нефропатии (ДН) на ранних стадиях для своевременного начала нефропротективной терапии.

Цель исследования: оценить показатели скрининга диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа.

Проведен ретроспективный анализ карт больных СД, осмотренных в ходе выездов в районы Новосибирской области мобильного диабет-центра в 2010-2011 гг. Обследование пациентов включало определение основных клинических и биохимических параметров крови и мочи, исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) и микроальбуминурии (МАУ) по стандартным методикам, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с использованием формулы MDRD.

В исследование был включен 641 больной СД 1 и 2 типа без сопутствующей инфекции мочевыводящих путей. Выделено 2 группы больных: первая — больные СД 1 типа (n=123), длительность СД $13,9 \pm 9,5$ лет, HbA1c

10,2 ± 2,6%, вторая — больные с СД 2 типа (n=518), длительность СД 8,7 ± 7,3 лет, HbA1c 8,9 ± 2,2%.

Результаты: в группе больных СД 1 нефропатия имелаcь у 46 % обследованных, из них у 16 человек — впервые выявленная на основании наличия МАУ. Среди этих больных СКФ изменена у 7 человек: у 1 — СКФ < 90 мл/мин, у 6 СКФ > 150 мл/мин. Из обследованных с СД 2 нефропатию имели 176 пациентов (34 %): впервые выявленная нефропатия у 131 больного, нефропатия на стадии МАУ — у 28, на стадии протеинурии — у 17; у 19 обследованных с нефропатией, принимающих ингибиторы АПФ, альбуминурия не выявлена. В группе больных СД 2 с впервые выявленной нефропатией СКФ изменена у 80 обследованных, при этом у большей части больных (58 человек) СКФ < 90 мл/мин, у 22 — СКФ > 150 мл/мин.

Таким образом, у больных с разным типом СД альбуминурия различно соотносится с уровнем СКФ — при впервые выявленной МАУ у большинства больных с СД 2 уже имелаcь сниженная СКФ, в то время как у лиц с СД 1 СКФ соответствует ДН на стадии гиперфилтрации.

Выводы: по результатам проведенного скрининга жителей районов Новосибирской области, впервые выявлена нефропатия у 147 больных СД 1 и 2 типа, что составляет 23 % обследованных с нефропатией. Таким образом, очевидна необходимость активного обследования больных СД с обязательным определением наряду с СКФ альбуминурии для выявления нефропатии на ранних стадиях с целью своевременного начала нефропротективной терапии. В районах Новосибирской области адекватный скрининг диабетической нефропатии и других осложнений СД доступен благодаря работе мобильного диабет-центра.

М. В. Васильченко, Е. С. Полторацкая
**ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ГОРМОНАЛЬНО-AКТИВНЫХ
ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., профессор И. А. Бондарь,
д.м.н., профессор В. В. Климонтов*

Опухоли надпочечников считаются одним из сложных в диагностическом и лечебном плане разделов клинической эндокринологии.

Цель исследования: по данным ретроспективного анализа оценить эффективность диагностики гормонально-активных опухолей надпочечников.

Проведен анализ историй болезней 8 пациентов с опухолями надпочечников (6 женщин, 2-ое мужчин; возраст от 28-и до 64-х лет), проходивших лечение в эндокринологическом отделении Государственной Новосибирской областной клинической больницы в 2010–2011 гг. Информация о 3-х пациентах собрана по данным 2-3-х госпитализаций. Среди обследованных было 5 больных с феохромоцитомой, один — с синдромом множественной эндокринной неоплазии 2-го типа (феохромоцитома + медуллярный рак щитовидной железы), 2 — с альдостеромой.

Первыми клиническими проявлениями у больных с феохромоцитомой являлись повышения артериального давления (АД), головные боли, приступы потливости и сердцебиения; у больных с альдостеромой — повышение АД, головная боль, мышечная слабость. Таким образом, ведущим клиническим синдромом у всех больных была артериальная гипертензия. Ее особенностями являлись: повышение АД до высоких цифр (300/120 мм рт. ст.), сочетание с неврологическими нарушениями (парезы, миопатии при альдостероме, энцефалопатия при феохромоцитоме), неэффективность проводимой антигипертензивной терапии. Продолжительность болезни от появления первых симптомов до постановки диагноза опухоли составила: менее одного года у 2-х пациентов, от года до пяти лет — у 3-х, от 5 до 10 лет — у 1-ого, от 10 до 20 лет — у 1-ого, более 20 лет — у 1-ого пациента. У двух пациентов до постановки диагноза опухоли надпочечника развился инфаркт миокарда. В их числе: пациент с альдостеромой — повышение АД до максимальных цифр 210/100 мм рт.ст. в течение 13 лет; пациент с двусторонней феохромоцитомой — повышение АД до 300/120 мм рт. ст. в течение семи лет. Первично опухоль надпочечника была обнаружена при проведении УЗИ — у 3-х пациентов, МРТ — у 3-х, КТ — у 2-х пациентов. Двусторонние феохромоцитомы выявлены в двух случаях. У пациентов с феохромоцитомой экскреция метанефрина с мочой составила от 236 до 5594 мкг/сут (норма 20–345), экскреция норметанефрина — от 1108 до 4957 мкг/сут (норма 30–440). У пациентов с альдостеромой впервые в клинике был исследован уровень калия в сыворотке, выявлена гипокалиемия от 2,2 до 2,8 ммоль/л.

Результаты исследования свидетельствуют о поздней диагностике опухолей надпочечников в клинической практике. Длительный срок до постановки диагноза связан как с объективными трудностями (неспецифичность и многообразие клинических проявлений опухолей надпочечников), так и с субъективными факторами (недостаточный учет терапевтами и другими специалистами клинических особенностей артериальной гипертензии при патологии надпочечников, семейного анамнеза при синдроме множественной эндокринной неоплазии, неполное выполнение стандартов обследования больных с артериальной гипертензией).

С. М. Воевода, В. В. Замосковцева,
Е. К. Кулманакова,
М. Н. Афонькина, Е. С. Гричанова

РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

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

Научный руководитель: д.м.н., проф. Т. Н. Сентякова

Актуальность исследования. Широкий полиморфизм симптоматики ВИЧ-инфекции, изменчивость клиники, связанная со стадийностью течения патологического процесса, определяют трудности диагностики этого заболевания. В спектре клинических проявлений ВИЧ-инфекции могут иметь место ревматологические симптомы. Владение информацией о так называемых ревматологических масках ВИЧ-инфекции важно для практических целей, направлено на улучшение диагностики этой грозной инфекции.

Цель исследования. Описание клинического случая ВИЧ-инфекции, имитирующей системный васкулит типа Чарга-Стросс.

Материал и методы. Данные клинического, лабораторного, морфологического исследования кожно-мышечного биоптата (КМБ) больной, направленной в госпитальную терапевтическую клинику с предположительным диагнозом системный васкулит.

Результаты исследования. Приводим клиническое наблюдение. Больная П., 28 лет, впервые поступила в госпитальную терапевтическую клинику 26.01.2007 г с жалобами на лихорадку, боль в мышцах, суставах, онемение в руках и ногах, одышку инспираторно-экспираторного характера, боль в груди. В анамнезе длительный стаж ЛОР заболеваний (ринит, рецидивирующий синусит). В марте 2006 г появились субфебрильная лихорадка, кашель, приступы одышки. 16.06.06–04.07.06 лежала в одной из городских больниц; при рентгенографии выявлены сосудисто-интерстициальные и инфильтративные изменения в легких; антибактериальная терапия была не эффективной. 13.07.06 проведена РКТ, в заключение которой указаны признаки гиперэргического пневмонита, внутригрудной лимфаденопатии. Проконсультирована фтизиатром, онкологом; туберкулез, онкозаболевания отвергнуты. В октябре-декабре 2006 г повторное стационарное лечение в одной из городских больниц. Констатированы субфебрильная лихорадка, боль в мышцах, суставах, синдром Рейно, пневмонит, эозинофилия крови, лимфогистиоцитарная периваскулярная инфильтрация в КМБ. LE-клетки, ат к ДНК, РФ, АНЦТ не выявлены. В январе 2007 г переведена в нашу клинику с диагнозом системный васкулит типа Чарга-Стросс. Под влиянием лечения преднизолоном 1 мг/кг отмечено улучшение. В дальнейшем принимала поддерживающую дозу

преднизолона 15 мг/сут. Ухудшение с декабря 2007 г: фебрильная лихорадка, полинейропатия, энцефалопатия, снижение массы тела. В 2008 г осуществлено три госпитализации (в январе, феврале—марте, мае—июне месяце). Первоначально состояние было расценено как прогрессирование системного васкулита. Однако эффекта от преднизолона, циклофосфамида не было отмечено. При многократном иммунологическом обследовании все тесты были отрицательными. В динамике появились и стали прогрессировать признаки ВИД (кандидоз слизистых, рецидивирующий герпес, папилловirus наружных половых органов), лимфопения. Осуществлен расширенный вирусологический скрининг (ВИЧ, ЦМВ, ВГ С и В). ИФА на ВИЧ от 17.06.08 оказался положительным. На консультацию приглашен специалист из областного центра (ОЦ) СПИД, которым констатировано, что больная с июля 2006 г состоит на учете в связи с выявлением ВИЧ-инфекции (ИФА и ИБ на ВИЧ положительны от 13.07.06), на осмотры не являлась, специфическое лечение (АРВТ) не проводилось. С диагнозом ВИЧ-инфекция IV В стадия больная переведена в ОЦСПИД.

Заключение. Развившиеся у больной «ревматологические» проявления заболевания следует расценивать как васкулитноподобный синдром ВИЧ-инфекции. Во избежание диагностических ошибок при постановке диагноза ревматического заболевания целесообразны настороженность в отношении ВИЧ-инфекции, интерпретация клинических признаков с учетом тщательного сбора анамнеза.

З. Н. Глебкина

ИСХОДЫ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е. В. Зенкова

Актуальность исследования: по данным Европейской ассоциации перинатальной медицины из 5 миллионов рожаящих женщин, за последние 5 лет — 150-250 тысяч страдали сахарным диабетом, в том числе, 20,7% гестационным диабетом (ГД). К 2030 г ожидается рост заболеваемости ГД до 49,3%.

Цель исследования: оценить исходы родов у пациенток с сахарным диабетом. Обосновать необходимость компенсации углеводного обмена у беременных с сахарным диабетом.

Материалы и методы: проводился анализ историй родов 36 пациенток страдающих сахарным диабетом, находившихся в родовом отделении ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в 2010–2011 гг. Проведена ретроспективная оценка

общеклинического и акушерского обследования беременных, состояние новорожденных, с оценкой по шкале Апгар на 1-ой и 5-ой минутах после рождения. В исследуемой группе, пациентки с сахарным диабетом 1 типа (СД 1) составили 8 человек (средний возраст $27,1 \pm 4,4$, средняя продолжительность заболевания $9,4 \pm 5,4$ лет), сахарным диабетом 2 типа (СД 2) — 4 (средний возраст $29,3 \pm 2,9$, средняя продолжительность заболевания $6,3 \pm 5,9$), ГД — 24 (средний возраст $33,4 \pm 5,9$, манифестировал на сроке $26,4 \pm 7,9$ недель беременности).

Статистическая обработка проводилась при помощи Statistica 6.0

Результаты. По данным лабораторных анализов в стадии компенсации углеводного обмена в родильное отделение поступило 16,7% беременных, субкомпенсации 22,2%, декомпенсированный СД имели 58,3% женщин. У 62,5% беременных с СД 1 выявлен осложненный гинекологический анамнез (ранние выкидыши у 3, замершая беременность на сроке 25 недель у 1 женщины, преждевременные роды в 35 недель смерть ребенка в первые сутки у 1). Тогда как при ГД выкидыши в анамнезе имело 12,5%, а у беременных с СД 2 выкидыши, мертворожденные в анамнезе отсутствовали. По данным УЗИ плода у 28,6% беременных с ГД и СД 2 отмечалось многоводие, в то время как у женщин с СД 1 многоводие не выявлено. Отмечено, что все женщины с многоводием находились на момент осмотра на диетотерапии. У беременных СД 2 и ГД в 83,3% роды произошли на сроке гестации 37–41 недели, при этом только у 14,3% путем экстренного Кесарева сечения (ЭКС). В то время как у беременных СД 1 в 66,7% роды произошли на сроке гестации 35–36 недели, из них в 50% случаев проведено Кесарево сечение. Основными причинами досрочного родоразрешения были: ухудшение функционального состояния плода у 4, прогрессирующий гестоз — у 2 беременных. Случаев перинатальной гибели плода не зарегистрировано. При оценке по шкале Апгар большее число детей, рожденных в тяжелом состоянии, пришлось на новорожденных от матерей с СД 1 — 37,5%, при ГД и СД 2 их число составило 7,1%. При проведении анализа, повышенная массы тела новорожденных (в среднем $4,3 \pm 0,2$ кг), выявлена в группе детей, рожденных от матерей с ГД и СД 2 — 46,4%. Масса новорожденных от матерей с 1 типом СД у 37,5 % была низкой $2,2 \pm 0,9$ кг.

Выводы. Таким образом, выявлено, что при СД 1 родоразрешение происходит на более раннем сроке гестации (35–36 недель), у 50% пациенток с помощью Кесарева сечения, что связано с более тяжелым течением беременности (гестозом, ухудшением функционального состояния плода). Новорожденные от матерей с СД 1 имели низкую массу тела и низкую оценку по Апгар. При СД 2 и ГД родоразрешение происходило на сроке гестации 37–41 неделя, новорожденные имели повышенную массу тела, что связано с недостаточной компенсацией углеводного обмена во время беременности у данной группы пациенток.

В. Е. Гнатюк
**ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ О
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет,
Научный руководитель: к.м.н. Е. А. Королева*

Актуальность проблемы: сахарный диабет — одна из наиболее серьезных проблем современной мировой медицины. Доказана связь развития сосудистых осложнений диабета с хронической гипергликемией. Обучение по специальным структурированным программам, вовлечение в процесс лечения самого больного существенно повышает эффективность терапии. Понимание принципов самоконтроля и лечения сахарного диабета создает у пациента чувство уверенности и ответственности за собственное состояние.

Цель исследования: оценка уровня знаний самоконтроле гликемии в зависимости от давности обучения в школе больных сахарным диабетом.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 28 больных СД 2 типа, 23 женщины и 5 мужчин, в возрасте от 43 до 79 лет (медиана 56 лет), госпитализированных в эндокринное отделение ГНОКБ. Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) варьировал от 6,7 до 14,8% (медиана 11,7%). В зависимости от времени прошедшего с момента обучения, больные были поделены на 2 группы: группа 1 — с момента обучения которых прошло более 2-х лет 15 человек (возрастная медиана 58 лет); группа 2, впервые проходившие обучение в ходе настоящей госпитализации 13 человек (возрастная медиана 55 лет). Исследование осуществлялось с помощью анкетирования по основным вопросам, касающимся самоконтроля гликемии, обработки параклинических данных исследуемых больных. Статистическая обработка осуществлялась с использованием программ Microsoft Office Excel и Биостатистика.

Результаты: оценка исходных знаний о сахарном диабете, проводимая в группе 2 до обучения, выявила низкую степень осведомленности (правильных ответов 23–46%). При этом отмечался хороший уровень знаний об артериальной гипертензии и гиперлипидемии: 13 человек (100%) пациентов считали необходимым контроль уровня АД и верно указали целевые значения, 11 человек (85%) считали необходимым контролировать уровень холестерина. На следующем этапе сравнивались группа 1 (обучались ≥ 2 лет назад) и группа 2 после обучения. Имели правильное представление о точках контроля гликемии в группе 1 6 человек (40%), в группе 2 — 11 человек (85%). О частоте самоконтроля гликемии осведомлены в группе 1 — 2 человека (13%), в группе 2 — 6 человек (46%). Знакомы с понятием «гликированный гемоглобин» в группе 1 — 4 человека (26%), в группе 2 — 12 человек (92%), $p=0,001$. Знали о необходимой частоте контроля гликированного гемоглобина в группе 1 — 2 человека (13%), в группе 2 — 6 человек (46%),

о значении гликированного гемоглобина в группе 1 — 4 человека (26%), в группе 2 — 10 человек (77%), $p=0,02$. В результате проведенного исследования было выявлено, что после перерыва в обучении уровень знаний, касающийся самоконтроля гликемии, является удовлетворительным, однако, пациенты упускают из вида такой важный показатель как гликированный гемоглобин.

Вывод: необходимо проводить занятия в школе диабета не реже 1 раза в год, т.к. уровень знаний после перерыва в обучении, длительностью более 2 лет, является недостаточным.

Л. П. Евстигнеева, Ю. С. Гаврилова
**КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С
ИЗБЫТОЧНЫМ СНИЖЕНИЕМ НОЧНОГО ДАВЛЕНИЯ
(«OVER-DIPPERS»)**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
лечебного факультета,*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Д. А. Яхонтов

Среди больных АГ наименее изученными являются с чрезмерным снижением АД в ночные часы, имеющие суточный индекс (СИ) $> 20\%$ — «over-dippers». Считается, что у этих лиц значительно чаще встречаются ишемические осложнения, что особенно опасно при сопутствующей коронарной патологии и поражениях сонной артерии.

Материал и методы. С целью оценки гемодинамических параметров и клинического состояния больных АГ с избыточным снижением ночного АД было обследовано три группы пациентов. Первую группу составили 19 больных, средний возраст 51 ± 3 лет, в т.ч. 13 мужчин и 6 женщин с СИ $> 20\%$ как по САД, так и по ДАД, 2-ю группу — 44 больных 44 ± 2 лет (25 мужчин и 19 женщин) с СИ ДАД $> 20\%$ и нормальным СИ САД и 3-ю группу — 31 больной 50 ± 3 лет (17 мужчин, 14 женщин) с нормальным СИ (10–20%) как САД, так и ДАД.

Результаты. У больных 1-й группы отмечена наибольшая длительность анамнеза АГ, а также наибольшие по сравнению с больными 2-й и 3-й групп значения среднесуточного САД и ДАД в процессе СМАД. Наиболее частые эпизоды гипотонии как по САД, так и по ДАД были свойственны больным 2-й группы. Среди overdippers было наибольшее число лиц с документированной ИБС в анамнезе, включая инфаркт миокарда. В то же время лица с избыточным снижением АД отличались от больных 2-й и 3-й

групп наименьшими значениями индекса массы миокарда левого желудочка, который в среднем соответствовал нормальным значениям (92 ± 15 г/м²) по сравнению с 113 ± 4 г/м² у пациентов 2-й группы и 125 ± 4 г/м² у дипперов. Биохимические показатели у больных всех трех групп достоверно не различались, однако у лиц с избыточным снижением САД и ДАД (1-я группа) имело место наибольшее значение толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) сонной артерии — $1,22 \pm 0,2$ мм, являющееся маркером со2судистой гипертрофии и предиктором цереброваскулярных осложнений АГ. Говоря о влиянии предшествующей антигипертензивной терапии (АГТ) на формирование суточного профиля АД, можно отметить, что пациенты — овердипперы чаще больных из других групп получали комбинированную терапию, а из отдельных групп препаратов им чаще назначались бета-адреноблокаторы и реже — ИАПФ.

Заключение. Больные АГ с избыточным снижением как САД, так и ДАД в ночное время (“overdippers”, СИ > 20%) отличаются более длительным гипертоническим анамнезом и большей частотой сопутствующей ИБС. В то же время, у них преобладают проявления сосудистого ремоделирования (увеличение ТИМ) над выраженностью гипертрофии левого желудочка. Возможно на формирование суточного профиля “over-dippers” влияла предшествующая АГТ, а именно — более частое назначений комбинаций препаратов и бета-адреноблокаторов, особенно в вечернее время суток. Группа лиц с изолированным повышением СИ по ДАД отличалась более частыми эпизодами гипотонии. Таким образом, больные АГ — “over-dippers” требуют особого внимания в плане предотвращения кардиocereбральных осложнений и тщательного подход к выбору и распределению в течение суток антигипертензивных препаратов.

А. Ш.Зетова
**ГИПЕРУРИКЕМИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА:
ВЗАИМОСВЯЗЬ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ И
МИКРОСОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: к.м.н. Е. А. Королева*

Актуальность темы: в последние десятилетия отмечается рост числа больных с гиперурикемией (ГУ). Многими авторами отмечается ассоциация ГУ с сахарным диабетом 2 типа (СД2) основными характеристиками которого являются высокая активность ксантиноксидазы, усиление перекисного окисления липидов, ожирение. По различным данным гиперурикемия на-

блюдается у 2% взрослого населения США, 17% населения Франции, 7% Испании, 19% России.

Цель исследования: изучить взаимосвязь гиперурикемии (ГУ) с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материалы и методы: обследован 51 пациент с СД 2 проходивший лечение в отделении эндокринологии ГНОКБ в 2011 году (ж35/м16). Средний возраст $57,8 \pm 4,9$, средняя длительность СД $13,3 \pm 2,7$ лет. Больные были распределены на 2 группы. 1 группа с гиперурикемией (ГУ+) состояла из 26 человек (м5/ж21), 2 группа без гиперурикемии (ГУ-) 25 человек (м11/ж14). Гиперурикемия диагностировалась при концентрации мочевой кислоты у женщин > 350 мкмоль/л, у мужчин > 420 мкмоль/л. Оценивались клинично-anamnestические данные, уровень мочевой кислоты, показатели углеводного обмена, функции почек, уровень холестерина, триглицеридов (гиперхолестеринемия при уровне общего холестерина $> 4,5$ ммоль/л, гипертриглицеридемия при уровне $> 1,6$ ммоль/л). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Excel 2007, БИОСТАТ.

Результаты: по результатам исследования длительность СД2 и степень тяжести достоверно не отличалась в группах. Все больные имели артериальную гипертензию (АГ). Длительность АГ была достоверно больше в группе ГУ- по сравнению с ГУ+ ($12,9 \pm 2,5$ и $11,7 \pm 1,2$ соответственно; $p=0,033$). У больных с ГУ+ ИМТ составил $35,9 \pm 8,4$ кг/м², у 2-й $34,9 \pm 3,3$ кг/м². Частота поражения суставов (коленный, 1 плюснефаланговый) не различалась в обеих группах, типичная картина подагрического артрита была отмечена у 1-го пациента в группе ГУ+. Средний уровень креатинина в группах ГУ+ и ГУ- составил $84,7 \pm 11,4$ и $84,2 \pm 7,05$ мкмоль/л, среднее значение СКФ, рассчитанной по MDRD, $67,3 \pm 6,9$ и $74,4 \pm 0,8$ мл/мин соответственно ($p>0,05$). Частота хронической почечной недостаточности также не отличалась в обследованных группах: в группе ГУ+ у 1 пациента ХБП 1 ст. (СКФ ≥ 90 мл/мин), у 16 пациентов 2 ст. (СКФ 60-89 мл/мин), у 9 пациентов в 3 ст. (СКФ 30–59 мл/мин). В группе ГУ- у 3-х пациентов ХБП 1 ст., у 15 пациентов 2 ст., у 7 пациентов 3 ст. При анализе показателей липидного обмена уровни холестерина и триглицеридов не выявлено различий в группах ГУ+ и ГУ- (холестерин $6,7 \pm 1,08$ и $6,31 \pm 0,59$ ммоль/л; триглицериды $3,9 \pm 13,2$ и $2,81 \pm 0,5$ ммоль/л соответственно, $p>0,05$). При оценке частоты ССЗ в группе ГУ+ ХСН отмечена у 17 больных (63%), ИБС у 5 (19%), ОНМК у 5 (19%). В группе ГУ- ХСН диагностирована у 10 человек (40%), ИБС у 4 (16%), ОНМК у 3 (12%). Различия между группами не имели статистической значимости, что связано с небольшим числом наблюдений. Диабетическая ретинопатия в группах ГУ+ и ГУ- отмечена у 17 (65,3%) и 8 больных (32%) соответственно, $p=0,025$. Частота диабетической нефропатии и периферических ангиопатий достоверно не различались в исследуемых группах.

Выводы: наличие гиперурикемии является предиктором более тяжелого течения СД2 с высокой частотой развития микрососудистых осложнений.

Т.К. Каримов, В.В. Сарапулов,
И.Д. Захаркина, Е.А. Кондратюк
**ВОСПРИЯТИЕ, ВНИМАНИЕ И ОСОБЕННОСТИ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации
Новосибирского государственного медицинского института
Научный руководитель: д.м.н., профессор С.В. Третьяков*

Цель исследования: изучить особенности восприятия, внимания и особенностей нервной системы у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал исследования. Обследовано 12 человек с сочетанной сердечно-сосудистой патологией (ССП) (средний возраст $68,33 \pm 4,6$ года). Все лица страдали артериальной гипертензией 3 стадии, 3 степени, с риском 4 (среднее САД $158,3 \pm 5,3$ мм.рт.ст., среднее ДАД $95 \pm 3,8$ мм.рт.ст., среднее пульсовое $63,3 \pm 4,2$ мм.рт.ст.); ИБС представлена стабильной стенокардией напряжения 2–3 функционального класса (ФК).

Группу сравнения составили больные АГ 2 стадии, 2-3 степени, с риском 3 (14 человек, средний возраст $66,1 \pm 3,6$ года, среднее САД $160,43 \pm 4,2$ мм.рт.ст., среднее ДАД $98,6 \pm 4,2$ мм.рт.ст., среднее пульсовое АД $61,9 \pm 4,2$ мм.рт.ст.).

Методы исследования. Для оценки восприятия использовались методики «Компасы» и «Шкалы приборов, для оценки внимания — методики «Расстановка чисел», Мюнстерберга и «Восприятие времени». С помощью методик: «Сила нервной системы», «Уравновешенность нервной системы», «Подвижность нервной системы» изучались особенности нервной системы с применением шкалы балльной оценки. Для определения свойств нервной системы по психомоторным показателям использовался теппинг-тест.

Результаты исследования. Изучение особенностей восприятия у больных ССП в методике «Компасы» показало, в сравнении с больными АГ, уменьшение производительности на 39,3% ($p < 0,05$), среднего балла на 27,6% ($p < 0,05$) и скорости работы на 16% ($p < 0,05$). При этом больные основной группы допускали в 2,8 раза ($p < 0,05$) меньше ошибок, что привело к снижению относительной частоты ошибочных ответов на 25,1% ($p < 0,05$) и отсутствию отличий между группами по коэффициенту успешности. Больные с ССП в тесте зрительного восприятия информации и способности быстрой и точной ее оценки затрачивали на выполнение задания в 2,2 раза ($p < 0,05$) больше времени при снижении среднего балла в 2,7 раза ($p < 0,05$).

Оценка особенностей внимания показала, что в основной группе снижается производительность на 15,3% ($p < 0,05$), но при уменьшении в 1,6 раза ($p < 0,05$) количества ошибок. Изучение избирательности внимания в методике Мюнстерберга показало, что лица основной группы отмечают на 36,4% ($p < 0,05$) меньше слов, но также допускают на 28,6% меньше ошибок. Удельный вес лиц допустивших ошибки в основной группе был на 22,4% меньше.

Изучение силы нервной системы в группе лиц с сочетанной ССП демонстрирует, в сравнении с больными АГ, увеличение удельного веса лиц с неопределенным (в 2,3 раза) и слабым (2,35 раза) вариантами нервной системы, при этом средний балл был в основной группе на 25,5% ($p < 0,05$) меньше, чем в группе сравнения. По уравновешенности нервной системы отличий между группами выявлено не было. В обеих группах преобладал неопределенный вариант. Изучение подвижности нервной системы показало, что в основной группе в 4,7 раза чаще встречается инертный вариант, а средний балл был ниже на 27,6% ($p < 0,05$), чем в группе сравнения. Определение свойств нервной системы по психомоторным показателям правой и левой рук у больных с сочетанной ССП не выявило существенных отличий от больных АГ.

Таким образом, выявленные особенности восприятия, внимания и нервной системы у больных сочетанной ССП пожилого возраста необходимо учитывать в программах их медико-социальной реабилитации и организации профилактических мероприятий.

В. Г. Каширских*, Ю. Н. Обголец*
**САРКОМА КАПОШИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

*Кафедра внутренних болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.М. Куделя*

Актуальность темы. Саркома Капоши представляет оппортунистическое злокачественное новообразование у иммунокомпрометированных пациентов. Среди ВИЧ-инфицированных саркома Капоши встречается в 20000 раз чаще, чем среди населения в целом. Обычно речь идет о поражении кожи, но в клинической практике встречаются случаи поражения легких, которые представляют редкую форму саркомы Капоши.

Цель исследования. Описание сложного клинического случая диагностики саркомы Капоши в пульмонологической практике.

Результаты исследования. Женщина 32 лет, БОМЖ поступила в крайне тяжелом состоянии, обусловленном дыхательной недостаточностью, интоксикационным синдромом, с жалобами на продуктивный кашель, развившийся около 3 месяцев назад, прогрессирующую одышку. При осмотре: дефицит массы тела; цианоз губ; «колодцы» в паховой области; симптомы «барабанных палочек» и «часовых стекол»; «пальцы Гиппократы»; ЧДД 28 в минуту. При аускультации легких: ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы в нижних отделах обоих легких. Гепатомегалия. Учитывая тяжесть

состояния, пациентка переведена на ИВЛ. Параклинически: анемия (Hb 73 г/л); палочкоядерный сдвиг 5% при нормальном количестве лейкоцитов ($5,8 \cdot 10^9$); гипоальбуминемия (17 г/л); азотемия (креатинин 176 мкмоль/л, мочевина 17,6 ммоль/л); периферическая сатурация 90%. При микроскопии подтвержден гнойный характер мокроты, МБТ не обнаружены. Рентгенологически: очаговоподобные тени по всем легочным полям. Для уточнения диагноза выполнена РКТ ОГК — выявлены уплотнения легочной ткани S3, S5 с обеих сторон, множественные перибронховаскулярные очаговые уплотнения в других сегментах обоих легких, а также множественные очаговые изменения по типу матового стекла. Учитывая анамнестические данные: больная - активный ПИН со стажем более 3 лет, в круг дифференциальной диагностики включена септическая пневмония; однако, отсутствие лихорадки, лейкоцитоза, Rg-данные не исключали наличие туберкулезного процесса. На фоне проводимой антибактериальной, 3- компонентной противотуберкулезной терапии на 3 сутки зафиксирован летальный исход. На вскрытии: ВИЧ-инфекция с проявлением саркомы Капоши с поражением легких. Двусторонняя полисегментарная субтотальная пневмония.

Выводы. Данный клинический пример подтверждает, что саркома Капоши у больных ВИЧ имеет агрессивное течение — типично раннее поражение внутренних органов. Саркому Капоши с поражением легких без кожных проявлений клинически трудно диагностировать. Во всех сложных случаях окончательный диагноз зависит в основном от результатов гистологического исследования. Однако кратковременность пребывания, тяжесть состояния, отсутствие данных о ВИЧ-статусе, присоединение ИНДП частично объясняют трудности диагностики поражения легких саркомой Капоши. Приведенные результаты клинического анализа особенностей легочных проявлений саркомы Капоши, могут позволить улучшить качество клинической диагностики ВИЧ-инфекции, протекающей под маской различных заболеваний.

Э. И. Кискаева
**МЕСТА ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА И ЛИПОДИСТРОФИИ У
БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н. профессор И. А. Бондарь,
к.м.н., ассистент Е. В. Зенкова*

Липодистрофии — одно из осложнений инсулинотерапии, проявляющееся в виде гипотрофии или гипертрофии подкожной основы, в местах

инъекций у больных сахарным диабетом, в дальнейшем препятствующие адекватному всасыванию инсулина из пораженного участка, что приводит декомпенсации углеводного обмена, раннему развитию осложнений диабета, ухудшению качества жизни пациента. Указанные положения определили цель и задачи данного исследования.

Цель. Определить факторы риска и частоту развития липодистрофий у больных сахарным диабетом, получающих постоянную инсулинотерапию.

Материалы и методы. Обследовано 46 больных сахарным диабетом. Из них 13 пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД 1) и 33 пациента с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) в возрасте от 17 до 85 лет. Все обследованные находились на постоянной базис-болюсной инсулинотерапии. Для определения степени тяжести состояния и степени компенсации углеводного обмена проводилось общеклиническое исследование, а также исследование уровня гликемии, гликозилированного гемоглобина, биохимический анализ крови. Статистическая обработка данных проводилась на Pentium 4 с помощью программы STATISTIC 6.0.

Результаты. В результате исследования липодистрофии по гипертрофическому типу выявлены у 14 (35%) обследованных. Из них 9 человек (64%) с СД 1 типа и 5 человек (36%) — с СД 2 типа. Липодистрофии преимущественно локализовались на животе (в параумбиликальной области) у 85,7% и в области плеча у 14,3% обследованных.

В дальнейшем анализ полученных данных проводился в двух группах: 1 группа — с липодистрофиями (средняя продолжительность инсулинотерапии 10,6 лет), 2 группа — без них (средняя продолжительность инсулинотерапии 6,25 лет). Таким образом, выявлено, что частота липодистрофий зависит от длительности проводимой инсулинотерапии. Суточные дозы инсулина в группах достоверно не отличались и составили в среднем $45,27 \pm 0,3251$ Ед/сут. Пациенты 1 группы проводили смену игл в среднем 6 раз в месяц. Во 2 группе смена игл проводилась 10 раз в месяц. При оценке частоты развития поздних осложнений СД в обследуемых группах, не было выявлено различий в частоте развития нейропатии, ретинопатии. Однако у больных с липодистрофиями наиболее часто регистрировались ангиопатии сосудов нижних конечностей (53,8%), по сравнению с группой без липодистрофий (35,7%).

Выводы. Таким образом, выявлено, что на развитие липодистрофий (липогипертрофий) существенное влияние оказывает частота смены игл, длительность проводимой инсулинотерапии. Больные СД1 типа имеют повышенный риск развития липодистрофий. Оценка наличия поздних осложнений СД у обследованных показала наибольшую частоту встречаемости ангиопатий в группе больных с липодистрофиями. Полученные данные свидетельствуют о необходимости более тщательного контроля за местами инъекций и средствами для введения инсулина со стороны самого больного и медицинского персонала.

М. А. Колесникова, В. А. Головки
**ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ И КЛИНИЧЕСКОГО
ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГЕМОФАГОЦИТАРНОГО
СИНДРОМА**

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

Актуальность исследования: гемофагоцитарный синдром — патоморфологический феномен фагоцитоза зрелых форменных элементов крови (эритроцитов, гранулоцитов, тромбоцитов) тканевыми макрофагами. Выделяют первичный гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз и вторичные гемофагоцитарные синдромы (ГФС), которые часто протекают ассоциировано с инфекциями, опухолями и различными аутоиммунными состояниями. ГФС являются прогрессирующими, потенциально опасным для жизни состояниями, характеризующимися неконтролируемой воспалительной реакцией. Наиболее частыми симптомами ГФС являются упорная лихорадка, гепатоспленомегалия, цитопения, коагулопатия с гипофибриногемией, печеночная дисфункция с повышением уровня трансаминаз, а также неврологические симптомы. Полиморфность клинических проявлений и частота встречаемости ГФС обуславливает актуальность изучения особенностей манифестации и клинического течения данных патологических состояний врачами различных специальностей.

Цель исследования: описание особенностей манифестации и клинического течения вторичного гемофагоцитарного синдрома у пациентки с мультифокальным раком легких.

Результаты: больная Н. 29 лет, консультирована гематологом ГГЦ в апреле 2011 года в инфекционной больнице, куда поступила в состоянии сопора в отделение реанимации. Больна с января 2011 года, когда впервые отметила появление болевого синдрома в грудном и поясничном отделах позвоночника. В феврале 2011 г. обследована в неврологическом отделении 2 БСМП, диагноз: дорсопатия, дискогенная радикулопатия грудного и поясничного отделов позвоночника. Проведен курс физиотерапии и НПВС, выписана с незначительным уменьшением болей. В ОАК при выписке: $Eg-4 \times 10^{12}/л$, $Hb-127 г/л$, $L-6 \times 10^9/л$, $Tr-250 \times 10^9/л$, L -формула без особенностей, $СОЭ-14 мм/ч$. С апреля 2011 года — субфебрильная лихорадка, вялость, заторможенность. 13.04.2011 г. — госпитализирована в инфекционную больницу в состоянии сопора с подозрением на серозный менингит вирусной этиологии, который был опровергнут результатами люмбальной пункции. В динамике в ОАК — признаки трехростковой цитопении: $Eg-0,7 \times 10^{12}/л$, $Hb-28 г/л$, $Tr-18 \times 10^9/л$, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево ($Le-24 \times 10^9/л$), $СОЭ-48 мм/ч$; в б/х крови: $СРБ 12$ норм, $ЩФ-2738$, $АЛТ$ и $АСТ$ — до 3 норм,

фибриноген - 1,7. В клинической картине: признаки геморрагический синдром петехиального типа на коже голеней, желудочное кровотечение на фоне геморрагического гастрита. Отмечается неуклонное прогрессирование неврологической симптоматики: кома, нарушение ф-и внешнего дыхания, в связи с чем, пациентка переводится на ИВЛ. По данным Rg легких — экссудативный плеврит (цитологически — неспецифический этиологии). Учитывая наличие изменений в ОАК-консультирована гематологом ГГЦ. В миелограмме: низкая клеточность, явления миелодисплазии (расширение эритрона, дизэритропоэз) и выраженные явления гемофагоцитоза элементов эритрона, мегакриоцитарного и гранулоцитарного ростков активными гистоцитарно-макрофагальными элементами без цитоморфологических признаков злокачественности. ДЗ: вторичный МДС и гемофагоцитарным синдромом. Признаки системного заболевания крови отсутствуют. Начата терапия стероидами ехuvantibus (240 мг преднизолона в/в). Лихорадка купирована, больная из комы не вышла. На КТ головного мозга и позвоночника: отек, множественные участки инфильтрации ткани мозга (метастатическая болезнь головного мозга), в телах позвонков нижнее-грудного, крестцового отделов позвоночника, в костях таза—многочисленные мелкие очаги деструкции с разрушением коркового слоя и патологическим переломами L1-5 позвонков. По КТ органов брюшной полости: асцит, увеличение правого яичника (киста). При б/х крови: гипопротеинемия, АЛТ, АСТ (4 нормы), непрямая гипербилирубинемия. В ОАК сохраняется трехростковая цитопения, СОЭ (32 мм/ч). Повторно проконсультирована гематологом, проведена трепанобиопсия, гистологически: апластическое состояние кроветворения, лизис кортикального слоя костной ткани, некроз ткани костного мозга. В динамике на фоне антибактериальной, кортикостероидной, заместительной терапии возобновление эпизодов гектической лихорадки, гипостатическая пневмония, прогрессирование неврологической симптоматики на фоне чего констатирован летальный исход. Диагноз на секции: первичный многофокусный перстневидный рак легкого с MTS-поражениями костей и головного мозга.

Выводы: данный клинический пример указывает на то, что манифестация вторичного ГФС на фоне опухолевого процесса значительно осложняет диагностику и течение основного заболевания и требует наряду со стандартной этиотропной терапией проведения иммуномодулирующей и иммуносупрессивной терапии направленной на контроль патологической активации иммунного процесса.

Е. И. Кондракова
**АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У АМБУЛАТОРНЫХ
ПАЦИЕНТОВ**

*Кафедра внутренних болезней лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е. Г. Тихомирова*

Актуальность. Артериальная гипертония (АГ) является одной из наиболее важных медицинских и социальных проблем не только в России, но и во всем мире, в силу широкого распространения и возможных осложнений. В России АГ занимает первое место по вкладу в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний [Оганов Р.Г., 2005].

Цель работы: ретроспективный анализ клинического течения и лечения артериальной гипертонии в амбулаторной практике.

Задачи:

- 1) изучить клиническую характеристику артериальной гипертонии;
- 2) выяснить наиболее часто применяемые гипотензивные препараты.

Объект исследования: амбулаторные карты пациентов взрослого отделения детской поликлиники №1. Карты взяты с одного участка; выборка случайная, критерии выбора: наличие артериальной гипертонии всех стадий и степеней.

Метод исследования: ретроспективный анализ амбулаторных карт.

Результаты. Проанализированы карты 48 пациентов, страдающих АГ в возрасте от 51 до 88 лет. Из них 19 мужчин (39,5 %), 29 — женщин (60,5%). Средний возраст — 69,6 лет. Средний возраст мужчин — 70,6; средний возраст женщин — 66,7 лет.

Вторая стадия АГ выявлена у 16 человек (33%), третья стадия — у 23 (65%), первая стадия — только у одного человека (2%). У женщин первая стадия АГ выявлена в 3,4%, вторая стадия у 10 женщин (34,5%), третья — у 18 (62,1%); вторая стадия у 6 мужчин (32%), третья — у 13 (68%).

Наиболее частым осложнением АГ была хроническая сердечная недостаточность (у 13 пациентов ХСН I стадии (27%) и у 17 — ХСН II стадии (35%)). Инфаркт миокарда в анамнезе у 14,5%, инсульт у 6,25%. Из сопутствующих заболеваний — у 13 пациентов стенокардия напряжения второго функционального класса (28%), у 6 — третьего функционального класса (12,5%), у одного — четвертого (3%). 26 пациентов (54%) имеют сопутствующие заболевания: ХОБЛ, дорсопатии, цирроз, язвенная болезнь желудка и т.д.

По данным лабораторных исследований средние значения уровня холестерина составили 6,01 ммоль/л; триглицеридов крови — 1,9; минимальная протеинурия наблюдалась у 7 пациентов. По данным ЭКГ рубцовые изменения выявлены у 10 пациентов (21%), гипертрофия левого желудочка — у 22 пациентов (45%).

Среднее количество госпитализаций на человека за 2000-2010 года составило 1,9.

Наиболее часто назначаемым гипотензивным препаратом был эналаприл (23%). Чуть реже — диуретики (18%), другие ингибиторы АПФ и блокаторы кальциевых каналов (по 16%). Селективные β -адреноблокаторы получили 13% пациентов, неселективные β -адреноблокаторы — 10%, антагонисты рецепторов ангиотензина II лишь 4%. В среднем пациенты с первой стадией ХСН получают 2,92 гипотензивных препаратов на человека, в случае второй стадии этот показатель составляет 3,12.

Выводы. Таким образом, средний возраст исследуемых пациентов — 69,6, из них средний возраст мужчин — 70,6; женщин — 66,7 лет. III стадия АГ выявлена у 65% пациентов, у 35% пациентов ХСН II стадии, у 27% — ХСН I стадии, инфаркт миокарда в анамнезе у 14,5%, инсульт — 6,25% больных. Самым популярным назначаемым лекарственным препаратом был эналаприл (23%).

Е.И. Кондракова, М.А. Трубникова
**ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА ЗДОРОВЬЕ
СТУДЕНТОВ НГМУ**

*Кафедра факультетской терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент. Н. В. Метёлкина*

Актуальность. Адаптация, или приспособление к условиям существования — одно из важнейших свойств живой материи. Состояние здоровья студентов определяется их адаптационными резервами в процессе обучения и имеет фазный характер, связанный со специфическими (учебными) и неспецифическими (поведенческими, бытовыми и др.) факторами. Адаптации студентов — сложный и длительный процесс обучения на протяжении 6 лет, предъявляющий высокие требования к пластичности психики и физиологии молодых людей.

Цель работы — изучить влияние учебного процесса на различные системы организма студентов в динамике.

Задачи: выявление взаимосвязи между состоянием здоровья студентов и учёбой в ВУЗе в динамике.

Объект исследования — студенты Новосибирского государственного медицинского университета лечебного факультета 6 курса 46 человек.

Метод исследования: социологический опрос по анкетам, анализ и сравнение полученных данных с результатами опроса этих же студентов 2 года назад.

Результаты. Число студентов, предъявляющих жалобы по поводу состояния своего здоровья, по мере обучения снизилось: 76% — 4 курс и 66% — 50

6 курс. Большинство опрошенных, 31%, предъявляют жалобы, связанные с нарушением сна, утомляемостью, снижением концентрации внимания и трудоспособности, головными болями. Для сравнения, на 4 курсе этот показатель составил 47,8%. Наблюдается относительная стабильность числа обострений хронических заболеваний: 40,4% - 6 курс и 39,1% - 4 курс.

Оценка антропометрических и некоторых физиологических параметров выявила следующее: ожирение I степени у 6,4%, II степени — 4,25% (расчёт по ИМТ), артериальная гипертензия I степени — 2,125%, анемия I степени — 6,4%. Более половины опрошенных, 57% не знают своих показателей глюкозы крови натощак и холестерина крови.

Анализ вредных привычек показал, что употребляют алкоголь 60% учащихся 6 курса и 59% — 4 курса; зато снизилось количество курящих с 26% 4-курсников до 15,2% 6-курсников.

В качестве основных причин, ухудшающих состояние своего здоровья, студенты называют – неправильное питание 68%, нехватку времени на сон 59,6% (причём, 68,7% респондентов уделяют ночному сну 7 часов), напряжённый учебный процесс 55,3%. Роль курения и алкоголя, как фактора риска для здоровья, отметили только 2,1% студентов 6 курса.

Мероприятия, направленные на поддержание своего здоровья, распределились так: на первом месте — занятия спортом, 51% 6-курсников, на втором месте — регулярное и правильное питание, 23,4% студентов, и третье место — регулярное посещение врачей, 17%. На 4 курсе эти показатели распределились по 54%, 63% и 17% соответственно. Уменьшилось количество студентов, которые регулярно занимаются спортом и правильно питаются.

Выводы. Здоровье студентов медицинского университета в динамике имеет отрицательную тенденцию: сохраняются те же жалобы и количество обострений хронических заболеваний: сердечно-сосудистых (по данным индекса массы тела и уровня артериального давления), анемии.

Выпускники медицинского университета — будущие врачи и пропагандисты здоровья не уделяют внимания своему здоровью. В рамках учебного процесса, например, на специальных занятиях необходимо обучать здоровому образу жизни.

М.А. Кондратова*
**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЧАСТОТА
РЕГИСТРАЦИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ
ЭТИОЛОГИИ**

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

Актуальность проблемы. Цирроз печени (ЦП) представляет собой в большинстве случаев неблагоприятный итог развития широкого спектра хро-

нических диффузных заболеваний печени и характеризуется формированием фиброза, а также трансформацией структуры печени с образованием узлов регенерации. Традиционные представления о том, что чаще встречаются HCV ЦП затем HBV ЦП и на третьем месте стоит алкогольный ЦП уходит в прошлое.

Цель работы. Изучить частоту регистрации ЦП различной этиологии и особенности клинического течения.

Материалы и методы. Проведен клинико-статистический анализ 62 историй болезни больных ЦП различной этиологии, наблюдавшихся в клинике факультетской терапии за период с 2005 по 2011 годы. Мужчин было 43 человека, женщин — 19. Возраст больных варьировал от 21 до 64 лет (средний возраст $47,3 \pm 2,7$ года).

Результаты и их обсуждение. В первую группу вошло 13 больных с ЦП вирусной этиологии. Из них у 12 (92,3%) больных ЦП сформировался на фоне хронической HBV-инфекции и у 1 (7,7%) — HCV-инфекции (генотип вируса 1b). Признаки хронической алкогольной интоксикации не отмечены. HBV-инфекцию в этой группе обследованных подтверждали на основании обнаружения в крови HBsAg и HBV-ДНК, а HCV-инфекцию — анти-HCV и HCV-РНК. Вероятные условия инфицирования (гемотрансфузия в одном случае и длительный контакт с больным вирусным гепатитом в другом) и сроки (9 и 25 лет) были установлены только у 2 больных с хронической HBV-инфекцией. Длительность заболевания с момента установления у пациентов диагноза ЦП составляла в среднем $10,9 \pm 1,7$ года.

Во вторую группу включено 27 больных с алкогольным ЦП. Сроки злоупотребления алкоголем до верификации диагноза ЦП составляли $8,9 \pm 1,1$ года.

Третью группу составили 22 больных с вирусно-алкогольным ЦП, который у 4 (18,2%) человек сформировался на фоне хронической HBV-инфекции, у 17 (77,3%) — HCV-инфекции и у 1 (4,5%) — сочетанной гепатотропной инфекции (HBV+HCV). Злоупотребление алкоголем до верификации диагноза ЦП составило $3,7 \pm 0,8$ года. Сроки инфицирования гепатотропными вирусами точно установить не удалось. У всех больных гепатотропная вирусная инфекция протекала в фазе репликации, что подтверждалось обнаружением HBV-ДНК и HCV-РНК. Вирус гепатита С соответствовал генотипу 1b.

Заключение. Проведённые исследования в группе больных ЦП различной этиологии позволяют сделать ряд заключений:

1. Доминирующим этиологическим фактором в формировании ЦП следует рассматривать этанол (алкоголь). Причинная роль данного фактора зарегистрирована в 79% случаев.

2. ЦП вирусной этиологии преимущественно формируется на фоне хронической HBV-инфекции (92,3% случаев).

3. При ЦП смешанной этиологии (вирусно-алкогольной) чаще выявляется HCV-инфекция (81,8% случаев).

4. ЦП на фоне хронической алкогольной интоксикации в среднем формируется через 9 лет. При сочетании с гепатотропной инфекцией срок сокраща-

ется до 4 лет. Это позволяет рассматривать сочетание данных фактов крайне неблагоприятным в развитии ЦП.

М.А. Кондратова*, И.В. Каракчеева, О.В. Токарева
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЁРСТНОЙ КИШКИ У
ЛИЦ С ЭНДОКРИННОЙ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И
ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

Цель работы — анализ клинических особенностей язвенной болезни (ЯБ) желудка и двенадцатипёрстной кишки у пациентов страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), сахарным диабетом 2 типа (СД) и патологией печени.

Материалы и методы. Наблюдали 127 больных. В зависимости от диагноза, клинической картины и результатов обследования пациенты были разделены на 2 группы.

Результаты и обсуждение. В 1-ю группу включен 61 больной (44 мужчины и 17 женщин) с длительным язвенным анамнезом (от 10 до 19 лет). Дуоденальные язвы наблюдались у 26 (42,6%), медиагастральные язвы — у 35 (57,4%) больных. В динамике наблюдения у 5 (8,2%) манифестировал СД, у 19 (31,1%) — патология печени и у 37 (60,7%) больных — ИБС. Давность сопутствующей патологии не превышала, соответственно, 5, 1,5 и 3,5 года. Патология печени у наблюдаемых больных выявлена в возрасте $35,4 \pm 2,6$ года, ИБС — в возрасте $58,6 \pm 2,8$ года и СД — в возрасте $49,2 \pm 3,7$ года. Во 2-й группе было 66 больных (32 мужчины и 34 женщины), у которых ЯБ манифестировала на фоне заболеваний печени (12 человек, 18,2%), ИБС (36 человек, 54,5%) и СД (18 человек, 27,3%). Давность фонового заболевания, соответственно, составляла 5, 6,5 и 9 лет. Продолжительность ЯБ не превышала 3 лет, а у 15 пациентов ЯБ была выявлена впервые. Дуоденальные язвы зарегистрированы у 41 (62,1%) и медиагастральные — у 25 (37,9%) больных. ЯБ у пациентов с патологией печени манифестировала в возрасте $51,9 \pm 3,6$ года, с ИБС — в возрасте $53,1 \pm 4,2$ года и с СД — в возрасте $50,4 \pm 3,3$ года.

Сочетание патологии печени и ЯБ чаще встречается у лиц с хронической алкогольной интоксикацией. Из 31 исследованного (6 женщин и 25 мужчин) 17 (54,8%) пациентам был выставлен диагноз токсический гепатит этаноловой этиологии. Из них у 9 человек гепатит трансформировался в цирроз

печени. У 2 пациентов заболевание осложнилось портальной гипертензией и у 1 — печеночной комой. У 14 (45,2%) пациентов обнаружен хронический вирусный гепатит В или С. Для этой категории больных было свойственно отсутствие ярко выраженных клинических признаков заболевания. Пациенты отмечали общую слабость, тошноту, недомогание. Только у 9 (29,0%) больных наблюдались ранние или поздние боли, имеющий связь с приёмом пищи. У остальных пациентов боли носили постоянный характер. Клиническое течение ЯБ после присоединения СД заметно изменилось - уменьшилась интенсивность болевого синдрома, исчезла закономерная сезонность обострений, рецидивы последних стали регистрироваться реже. Из 23 обследованных нами пациентов у 4 (17,4%) болевой синдром не регистрировался, а у 14 (60,9%) появились нетипичные симптомы — дискомфорт, тяжесть в подреберье, слабость.

При сочетании ИБС и ЯБ симптоматика становится вариабельной. Болевой симптом может быть характерным только для ЯБ: локализация, четкий ритм возникновения и связь с приёмом пищи. Нередко наблюдаются практически постоянные тупые боли в эпигастральной области, реже в правом подреберье или диспепсические расстройства. У части больных в клинической картине доминируют симптомы ИБС (ангинозные боли, нарушение сердечного ритма, одышка и др.). Увеличиваются сроки рубцевания язв, у 2 больных зарегистрировано желудочно-кишечное кровотечение. Эти симптомы возникали и прогрессировали у наблюдаемых больных при ухудшении течения ИБС.

Заключение. Таким образом, проведённые клинические наблюдения показали изменение патоморфоза ЯБ при сочетании с заболеваниями внутренних органов, что существенно затрудняет своевременную диагностику её манифестации и/или рецидива.

А.С. Копнина*

КЛИНИЧЕСКИЕ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГАСТРОПАРЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

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

Актуальность проблемы: сахарный диабет является одной из частых причин инвалидизации и летальности, что обусловлено его сосудистыми осложнениями — макроангиопатией и микроангиопатией, нейропатией. В

течение последних 10–15 лет благодаря более глубокому изучению патофизиологии осложнений сахарного диабета была описана гастроинтестинальная форма диабетической автономной полинейропатии. В литературе до настоящего времени недостаточно работ, посвященных частоте встречаемости, клинике, диагностике диабетического гастропареза.

Цель исследования: выявить наиболее частые клинические симптомы, метаболические, диагностические особенности диабетического гастропареза у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы: проведено обследование 7 пациентов с сахарным диабетом 1 типа из них 2 женщины, 5 мужчин в возрасте от 17 до 55 лет, средний возраст составлял $28,9 \pm 9,5$ лет, с длительностью заболевания от 8 до 32 лет, средняя $16,1 \pm 7,0$ лет, которые были госпитализированных в эндокринологическое отделение ГБУЗ НСО ГНОКБ в 2011–2012 г. Проанализированы данные анамнеза, объективного осмотра, инструментальных и лабораторных исследований. Проведены стандартных кардиологических проб (проба Вальсальвы, тест с глубоким дыханием), осмотр невролога (для определения чувствительность), осмотр офтальмолога (глазное дно).

Результаты исследования: клинические симптомы, такие как тошнота, рвота, быстрое чувство насыщения, боли в эпигастральной области отмечались лишь у 3-х из семи пациентов с длительностью заболевания более 10 лет. Гипогликемические состояния в утренние и дневные часы, обусловленные замедлением эвакуации из желудка, наблюдались у 6 пациентов, при этом уровень гликированного гемоглобина колебался от 15,5% до 6,9 %, средний уровень составлял $8,8 \pm 1,7$ %. У трех пациентов из семи с длительно существующим сахарным диабетом 1 типа, имеющих стаж заболевания более 10 лет, отмечалось снижение массы тела (в среднем на 6,3 кг). Диагностика диабетического гастропареза трудна и не всегда, жалобы имеющиеся у пациента, свидетельствуют о наличии этого заболевания. У большинства пациентов (у шести из семи) имелось сочетание с кардиоваскулярной формой диабетической автономной нейропатии, периферической полиневропатией, ретинопатией. У всех семи пациентов рентгенологически было подтверждено наличие диабетического гастропареза, у 3-х из них можно было заподозрить гастропарез на основании данных ультразвукового исследования органов брюшной полости (обнаружение и наличие жидкости в желудке натошак).

Выводы: у 43 % больных диабетический гастропарез протекает стерто и не имеет характерных признаков. Развитие гипогликемических состояний является одним из частых и первых признаков наличия диабетического гастропареза. Развитие гастропареза связано с длительностью заболевания. Основным методом диагностики является рентгеноскопия желудка, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, проведенное натошак, позволяет предположить наличие гипотонии желудка.

М. А. Кравченко
**НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

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

Актуальность. Ожирение у детей и подростков является одной из актуальных проблем современного здравоохранения. Практически во всех регионах мира количество больных детей неуклонно растет и удваивается каждые три десятилетия. По данным российского эпидемиологического исследования (2007 г.) избыток массы тела зарегистрирован у 11,8%, в том числе ожирение у 2,3% детей. Избыточная масса тела в детском возрасте часто трансформируется в ожирение у взрослых, которое в свою очередь, представляет собой серьезную угрозу для здоровья. С распространением ожирения увеличиваются связанные с ним тяжелые соматические заболевания, в первую очередь сахарный диабет 2 типа.

Цель исследования — выявить наличие нарушений углеводного обмена у детей с избыточной массой тела.

Материалы и методы исследования: обследовано 12 детей в возрасте от 5 до 14 лет, обратившихся с жалобами на избыточную массу тела, 4 мальчика, 8 девочек, средний возраст — 11 лет. Были выполнены определение массы тела, роста, индекс массы тела, С — пептид, инсулин, ТТГ, общий холестерин, общие триглицериды, бета-липопротеиды, уровень глюкозы натощак, стандартный глюкозотолерантный тест.

Результаты исследования. Выявлено нарушение углеводного обмена у 3 детей (25 %), имеющих наследственную предрасположенность. У одного больного наблюдалась гипергликемия натощак при нормальных цифрах глюкозотолерантного теста, а так же у одного ребенка была выявлена постпрандиальная гипергликемия при нормальных цифрах глюкозотолерантного теста. У двух детей диагностирован сахарный диабет 2 типа, у одного нарушенная гликемия натощак. Нарушение липидного обмена были выявлены у 4 детей (33,3%), наличие артериальной гипертензии у 9 детей (75%).

Выводы: у детей избыточная масса тела ассоциирована в 25% случаев с нарушениями углеводного обмена. Нарушение углеводного обмена у детей с ожирением сопряжены с развитием артериальной гипертензии и нарушением липидного обмена, что указывает на формирование метаболического синдрома у данных детей. В целях профилактики нарушений углеводного обмена у детей необходима нормализация питания и снижение массы тела.

Н. В. Кругликова*

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА НА ЭТАПЕ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора,

Кафедра неотложной терапии с эндокринологией и

профпатологией ФПК и ППВ,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. Л. Потеряева

В условиях современного производства работающие подвергаются воздействию комплекса вредных фактов рабочей среды, которые приводят к развитию профессиональных, производственно-обусловленных и иных неинфекционных заболеваний. Актуальность профилактики профессиональной патологии обусловлена также социальной значимостью профессиональных и производственно-обусловленных нарушений здоровья, что приводит к росту экономических затрат общества на компенсационные выплаты, связанные с ухудшением здоровья работающих. В настоящее время одним из приоритетных направлений медицины труда является концепция оценки и управление профессиональным риском ущерба здоровью работающего населения.

В рамках периодического медицинского осмотра нами проведена оценка группового профессионального риска на одном из крупных промышленных предприятий электромашиностроения города Новосибирска. Количественные показатели оценки риска и степени связи нарушений здоровья с условиями труда работников были получены с использованием современных медицинских стандартов диагностики, гигиенических критериев Р 2.2.2006-05 и критериев оценки Р 2.2.1766-03.

Было обследовано более 500 человек разных профессий, условия труда которых характеризовались воздействием производственного шума, вибраций, промышленных аэрозолей, превышающих допустимые гигиенические нормы. Условия труда на рабочих местах, согласно гигиеническим критериям классификации, были отнесены к 1-ой степени 3 класса вредных условий труда (3.1) и 2-ой степени 3 класса вредных условий труда (3.2). По нашим расчетам общая сумма индекса профзаболеваний (Ипз) по всем нозологиям равна 1,05, в том числе 0,35 по профессиональной шумо-вибрационной патологии и 0,7 по вертеброгенной патологии (класс условий труда 3.3); 0,25 по бронхолегочной патологии (класс условий труда 3.1-3.2).

Таким образом, периодический медицинский осмотр, проведенный с соблюдением всех нормативных требований, может служить основой расчета по соответствующим моделям коэффициента риска (Кр), коэффи-

циента тяжести (Кт), а также индекса профзаболеваний (Ипз) и степени реализации производственно обусловленной патологии обследуемых работников, что является основой для определения фактического (апостериорного) профессионального риска.

Ю. Д. Курочкина
**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОТИЧЕСКОГО
ЭНДОКАРДИТА ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ
СИНДРОМЕ И ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА**

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

Актуальность исследования. Антифосфолипидный синдром (АФС) — клинико-лабораторный синдром, в основе патогенеза которого лежит гиперпродукция антител к фосфолипидам (аФЛ) клеточных мембран. Одним из вариантов сердечно-сосудистой патологии при АФС является поражение клапанного аппарата в виде небактериального тромботического эндокардита (НБТЭ), характеризующегося отложением на створках клапанов тромбов, не содержащих бактерий, которые эхокардиографически неотличимы от вегетаций при инфекционном эндокардите (ИЭ), что обуславливает необходимость его дифференциальной диагностики с ИЭ.

Цель исследования: описать дифференциально-диагностические признаки НБТЭ и ИЭ.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ 20 историй болезни и сравнение клинической картины, лабораторных и инструментальных данных у пациентов с диагнозами НБТЭ при АФС и ИЭ. Для исследования клапанного аппарата применялись трансторакальная и чреспищеводная эхокардиография.

Результаты исследования. Группа пациентов с НБТЭ включала 7 женщин и 3 мужчин, средний возраст составил 36 ± 18 лет. У 4-х пациентов (40%) НБТЭ был первым проявлением АФС, в остальных случаях дебютом этого заболевания являлись артериальные тромбозы (2 чел.) и акушерская патология (2 чел.). Кроме того, у двух пациентов была лихорадка, у 1-го — врожденный порок сердца, и у 1 пациента — приобретенный порок сердца, что затрудняло диагностику НБТЭ, однако критериев для диагностики ИЭ было недостаточно. Поражение митрального клапана зарегистрировано у 2-х человек, у остальных 8-ми — комбинированное по-

ражение митрального и аортального клапанов. Также в ходе обследования у 4-х пациентов были обнаружены мутации генов фолатного цикла и гипергомоцистеинемия, а у 2-х — мутации генов системы гемостаза.

Группа пациентов с инфекционным эндокардитом включала 6 мужчин и 4 женщины, средний возраст составил 33 ± 14 лет. У всех пациентов была лихорадка, нейтрофильный лейкоцитоз, повышение уровня острофазовых показателей, положительная динамика на фоне антибиотикотерапии. У 5 человек диагностирован первичный ИЭ, у остальных — вторичный на фоне приобретенного (4 чел.) и врожденного (1 чел.) порока сердца. Также у этой группы пациентов при исследовании системы гемостаза не были обнаружены аФЛ - антитела к кардиолипину и волчаночный антикоагулянт.

Выводы. Таким образом, признаками, подтверждающими диагноз НБТЭ, являются отрицательная гемокультура, обнаружение аФЛ не менее 2-х раз с интервалом не менее 12-ти недель, отсутствие эффекта от лечения антибактериальными препаратами и наличие других клинических проявлений антифосфолипидного синдрома. Следовательно, наличие вегетаций на клапанах не всегда имеет инфекционную природу и вызывает необходимость проведения дифференциального диагноза с НБТЭ, в том числе, развившемся на фоне АФС.

П. И. Лыгин, С. С. Дзенидович
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ
РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА**

*Кафедра факультетской терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. Н. Г. Ложкина*

Актуальность проблемы тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у больных терапевтического профиля определяется высоким риском неблагоприятных исходов.

Цель: Описать клинический случай ТЭЛА с рецидивами на фоне тромбоза глубоких вен нижних конечностей и показать особенности ТЭЛА у пациента с раком легкого.

Нами представлен случай с рецидивирующей ТЭЛА пациента 49 лет. Находящимся на лечении ГKB № 1 по поводу хронической рецидивирующей ТЭЛА мелких и средних ветвей. ДН 3. Тромбоз инфраренального отдела нижней полой вены, правой и левой феморальных вен. ХВН 3. Имплантация кава-фильтра (июнь 2011 года). Нижняя лобэктомия справа по поводу аденокарциномы S6 правого легкого (август 2011).

В клинической картине у данного пациента наблюдается одышка инспираторного характера, ЧДД 30, рассеянные сухие хрипы по всем полям легких. Акцент 2 тона над легочной артерией. На ЭКГ ритм синусовый 100 в минуту, признаки S типа. На дуплексном сканировании вен нижних конечностей признаки ПТФБ, болезнь системы НПВ, глубоких и поверхностных вен нижних конечностей с двух сторон с признаками реканализации различной выраженности. На КТ органов грудной клетки признаки усиления и деформации легочного рисунка за счёт фиброза, отсутствие нижней доли справа. Признаков нарушения кровотока по легочным артериям не выявлено. В настоящий момент получает медикаментозную терапию непрямыми антикоагулянтами и веноotonиками.

По данным сцинтиграфии: Захват индикатора правым легким снижен, на фоне общей гипоперфузии правого легкого и деформации контуров легочного поля имеет место неравномерный характер распределения индикатора. Процентное участие правого и левого легкого в суммарном кровообращении малого круга: Справа 22%, Слева 78%.

Данный случай демонстрирует особенности хронической ТЭЛА у пациента среднего возраста на фоне курения и рака легкого.

Ю.В.Макарова*

ДИНАМИКА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ЧЕРЕЗ 3 ГОДА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней
лечебного факультета,*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители; д.м.н., проф. Н. Б. Волошина,
асс. Н. В. Литвинова*

Актуальность. Наиболее часто холецистэктомия (ХЭ) выполняется по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) и относится к основному методу лечения данной патологии с целью купирования симптомов и осложнений заболевания, а также профилактики их развития. Накоплен огромный опыт выполнения ХЭ, однако, согласно многочисленным исследованиям, в различные сроки после операции у 5 % — 80 % больных сохраняются и/или возобновляются абдоминальные боли и другие гастроинтестинальные расстройства (изжога, нарушение пассажа по кишечнику, тошнота, рвота и др.), требующие лечения [Ильченко А. А., 2002, 2011; Лазебник Л. Б., Копанева М. И., Ежова Т. Б., 2004; Яковенко Э. П., Григорьев П. Я., 2000; Ure B. M., Jesch N. K., Nustede R., 2004; Beekingham I. J., 2005].

Цель исследования. Оценить динамику симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта через 3 года после холецистэктомии по поводу ЖКБ.

Материалы и методы. Проведен телефонный опрос данной группы пациентов через 3 года после проведенного оперативного лечения. Через 3 года после оперативного лечения по поводу ЖКБ обследовано 117 больных (80,7 % от всех включенных в исследование), из них 100 женщин, средний возраст которых составил $55,6 \pm 1,41$ лет и 17 мужчин со средним возрастом $59,1 \pm 3,22$ лет. Для диагностики основных синдромов использованы рекомендации Международного консенсуса по функциональным заболеваниям (Рим II).

Результаты и их обсуждение. У всех 117 человек обследованной группы через 3 года после операции проведен анализ динамики изменения симптомов неспецифичных для патологии билиарного тракта в сравнении с исходной симптоматикой и через 6 месяцев после оперативного лечения. Количество больных, предъявляющих жалобы на билиарные боли, достоверно сократилось через 3 года после холецистэктомии по сравнению с дооперационным периодом, однако они продолжали беспокоить более половины больных. Произошло статистически значимое увеличение числа пациентов с симптомом «горечи во рту», изжоги, «непереносимости жирной пищи», нарушения пассажа по кишечнику, чаще всего проявляющееся в виде запоров через 3 года после холецистэктомии в сравнении с дооперационным периодом ($p < 0,001$). При отсутствии, казалось бы, непосредственной связи с патологией билиарного тракта, данный факт может являться либо отражением нарушений моторики желудочно-кишечного тракта, либо проявлением билиарной недостаточности.

Выводы. Через 3 года после холецистэктомии, проведенной по поводу ЖКБ, по сравнению с исходным состоянием возрастает число пациентов со следующими гастроинтестинальными симптомами: «изжога», «непереносимость жирной пищи» и нарушение пассажа по кишечнику.

А.С. Малышева*

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е. В. Зенкова

Актуальность проблемы: гестационный сахарный диабет (ГСД) является одним из частых нарушений эндокринной системы во время беременности. В России распространенность ГСД составляет 4,5%. В 2010 г часто-

та встречаемости ГСД среди беременных в Европе — 20,7%, прогнозируемый рост заболеваемости к 2030 г — 49,3%. Увеличение числа беременных с данной патологией напрямую связано с ростом заболеваемости сахарного диабета в мире, улучшением качества диагностики, высоким индексом массы тела женщин репродуктивного возраста, поздним планированием беременности и родов, увеличением сопутствующей патологии.

Цель исследования: определить клинические особенности гестационного сахарного диабета.

Материалы и методы: проведен анализ амбулаторных карт и историй болезней 17 беременных с ГСД, прошедших обследования в ОКДП и ГБУЗ НСО ГНОКБ в 2009-2011 гг. Проанализированы данные анамнеза, объективного осмотра, инструментальных и лабораторных методов исследований.

Результаты исследования: из обследуемых — 17 женщин с ГСД в возрасте от 21 до 45 лет, средний возраст составил $30,3 \pm 7,2$ лет, средний срок беременности — $30,0 \pm 1,5$ недель. Осложненный акушерско-гинекологический анамнез был у 7 (41,2%) беременных: у 3-х (17,6%) — самопроизвольный выкидыш, у 2-х (11,8%) — замершая беременность, у 2-х (11,8%) — операция Кесарево сечение в анамнезе. 4 (23,5%) пациенток страдали ГСД в анамнезе, у 2-х из них выявлена макросомия плода (средняя масса плода 4650 г), при этом эти женщины имели 3 или 5 беременностей. У 2-х (11,8%) женщин наблюдалась глюкозурия в анамнезе и у 1 из пациенток — крупный плод с массой тела 4300 г. У остальных женщин отсутствовали признаки нарушения углеводного обмена в предшествующие беременности. Уровень гликемии натощак составил $7,4 \pm 2,2$ ммоль/л, после еды — $6,9 \pm 2,7$ ммоль/л. Тяжесть ГСД была различна: 8 (47,1%) женщин получали инсулинотерапию (в среднем 14 ± 11 ЕД инсулина короткого действия в сутки); 9 (52,9%) — диетотерапию (ограничение калорийности, быстроусвояемых углеводов). Взаимосвязи между массой тела и дозой инсулина не выявлено. После назначения диеты и/или инсулинотерапии уровень гликемии нормализовался у всех беременных. Прибавка массы тела составляла от -2 до 27 кг, в среднем $7,5 \pm 7,1$ кг. У 2-х (11,8%) женщин наблюдалась сочетанная форма гестоза с патологической прибавкой массы тела, ранним созреванием плаценты, миомой тела матки, внутриматочной инфекцией, фетоплацентарной недостаточностью, пороками развития плода, многоводием, диабетической фетопатией. У остальных — гестоза не выявлено. Липидный обмен изменялся только у 4-х (23,5%) беременных с ГСД, преимущественно за счет триглицеридов. Нарушения гемостаза в форме гематогенной тромбофилии, вторичной гиперфибриногенемии, вторичной тромбоцитопении встречались с одинаковой частотой в 5,3% случаев, в общей сложности у 3 (17,6%) беременных. Только 3 (17,6%) беременных страдали артериальной гипертензией (АГ), выявленной во время второго триместра беременности.

Выводы: гестационный сахарный диабет (ГСД) развивается к 3-5 беременности, сочетается с высокой степенью осложненного акушерско-

гинекологического анамнеза. Тяжесть ГСД различна. Лечение ГСД не всегда требует инсулинотерапии, углеводный обмен у 52,9% нормализовался на фоне диетотерапии. По сравнению с сахарным диабетом 2 типа, при гестационном сахарном диабете редко имеют место нарушения гемостаза, изменения липидного обмена, АГ.

Л.Х. Набиян*

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней
лечебного факультета,*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: д.м.н., проф. М. Ф. Осипенко,

асс. Н. В. Литвинова

Актуальность. Во взрослой популяции желчнокаменная болезнь (ЖКБ) встречается с частотой от 10 % до 24 % [Shirmen B. D. et al., 2005]. До настоящего времени основным методом лечения данной патологии является оперативный. В различные сроки после операции у 4,3 % — 79,2 % больных или сохраняются, или появляются болевой синдром или другие гастроинтестинальные симптомы, для обозначения которых используется термин «постхолецистэктомический синдром» [Ильченко А. А., 2011; Курилович С. А. с соавт., 2001; Berhane T. et al., 2006; Port P. J. et al., 2004; Ure B. M. et al., 2004].

Цель исследования. Оценить динамику симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта через 6 месяцев после холецистэктомии (ХЭ) по поводу ЖКБ как в группе в целом, а так и у больных с разным течением заболевания и в зависимости от вида оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Сформирована группа больных с ЖКБ (N = 145) в возрасте от 21 до 83 лет (средний возраст $56,8 \pm 14,18$ г, медиана 58 лет), поступивших для ХЭ. Через 6 месяцев после ХЭ проведен повторный опрос больных. Для диагностики основных синдромов использованы Международные рекомендации по функциональным заболеваниям (Рим II). За симптомное течение ЖКБ принимали случаи наличия у больных с конкрементами в желчном пузыре, по данным ультразвукового исследования, билиарных болей, приступов желчной колики, осложнений (острый холецистит, желтуха, панкреатит и др.) и синдрома диспепсии. Под бессимптомной ЖКБ понимали наличие камней при отсутствии вышеперечисленных симптомов.

Результаты и их обсуждение. При симптомном течении ЖКБ билиарные боли сохранялись у 68 % больных, при бессимптомном течении впервые возникли у 57,7 %. Гастроинтестинальные симптомы через 6 месяцев после ХЭ беспокоили 24,3 — 65,9 % больных. В группе в целом после ХЭ, среди больных с синдромом диспепсии, диареей, тошнотой преобладали те, у которых данный симптом был и до операции, а среди больных с запором и изжогой — с впервые возникшими симптомами. При исходно бессимптомном течении ЖКБ среди больных с тошнотой, горечью во рту, нарушением пассажа по кишечнику и «непереносимостью жирной пищи» преобладали пациенты, у которых данные симптомы впервые возникли после ХЭ. У больных, независимо от проведенного вида холецистэктомии, отмечалось снижение частоты билиарных болей и синдрома диспепсии после операции. Взросла частота жалоб на «непереносимость жирной пищи» у больных, прооперированных из открытых доступов: мини-доступ (41,7 % — 68,8 %, $p = 0,007$), из открытого доступа (38,5 % — 46,2 %, $p = 0,046$). Однако, после выполнения лапароскопической ХЭ отмечается снижение частоты «непереносимости жирной пищи» (57,9 % — 35,7 %, $p = 0,036$).

Выводы. Через 6 месяцев после ХЭ билиарные боли беспокоят 65,9 % больных. При исходно симптомном течении заболевания они сохраняются у 68 % больных, а при исходно бессимптомном течении впервые появляются у 57,7 % больных. Через 6 месяцев после ХЭ различные гастроинтестинальные симптомы беспокоят более половины больных: синдром диспепсии (37,4 % больных), нарушения пассажа по кишечнику (36,5 %), изжога (24,3 %), «горечь во рту» (42,5 %), тошнота (30,4 %) и «непереносимость жирной пищи» (62,5 %).

Ф. В. Никольский, Д. Е. Ситкина, Е. В. Бухтоярова,
М. Н. Афонькина, Е. С. Гричанова

ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии
лечебного факультета,*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Т. Н. Сентякова

Актуальность исследования. Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) остаются трудными для диагностики и лечения. Несмотря на разработанные диагностические критерии, не всегда удается четко определить нозологию СЗСТ, о чем свидетельствует и рубрика М 35.9 в МКБ 10. Среди больных СЗСТ примерно у 25 % наблюдаются особенно тяжелые, рефрактерные формы болезни, требующие применения интенсивных мето-

дов иммунодепрессивного лечения, что может быть сопряжено с высоким риском развития лекарственных осложнений.

Цель исследования. Описание клинического наблюдения, иллюстрирующего как трудность диагностики, так и трудность лечения СЗСТ.

Материал и методы исследования: Данные клинического, лабораторного и патоморфологического исследования больного с СЗСТ, наблюдавшего в госпитальной терапевтической клинике в 2011 г.

Результаты исследования. Приводим клиническое наблюдение. Больной И., 18 лет, в 2011 г. был 4 раза госпитализирован в госпитальную терапевтическую клинику (в феврале, мае, июне, октябре месяце). Во время первых трех госпитализаций заболевание проявлялось лихорадкой, перикардитом, плевритом, гонартритом. Проводился поиск по определению причины упорного, рецидивирующего полисерозита. В круг дифференциального диагноза были включены: инфекции (в том числе туберкулез, банальные инфекции, вирусы), иммуновоспалительные, онкологические заболевания. Проведены: рентгенография органов грудной клетки (РОГК) — 7 раз; рентгенография позвоночника, костей таза; УЗИ органов брюшной полости — 3 раза; УЗИ сердца — 5 раз; плевральная пункция — 3 раза; пункция перикарда; посевы крови, мочи, мокроты; ОАК, ОАМ, БАК — неоднократно. Доказательств специфической и неспецифической бактериальной инфекции, других причин полисерозита не было получено. Так как обнаруживались маркеры персистирующей вирусной инфекции гепатита А и краснухи, в клиническом диагнозе эти инфекции находили отражение. Вероятнее всего эти инфекции выступали в качестве фоновых. В лечении применялись глюкокортикостероиды (ГКС) и антибиотики (АБ). Под влиянием лечения отмечалось улучшение, была устранена угроза тампонады сердца.

Во время 4-й госпитализации в клинической картине на первый план, кроме проявлений полисерозита, выходили симптомы поражения ЦНС. Была попытка связать все проявления болезни единым патологическим процессом. Повторно обозначен дифференциально-диагностический поиск: туберкулез, бактериальная банальная инфекция, вирусная инфекция, аутоиммунная патология, онкологический процесс. Кроме обще-клинического, обследование включало: РОГК — 4 раза; плевральную пункцию; спинно-мозговую пункцию; вирусологическое обследование (ВИЧ, ЦМВ, ВПГ, ЭВ); иммунологическое обследование (антитела к ДНК, АНФ, антиядерные ат., LE-клетки); посевы крови, мочи. Этиология осталась не известной. Поскольку лечение полисерозита в рамках любой патологии предполагает применение ГКС и учитывая эффективность ГКС в предыдущие госпитализации, а так же тяжесть состояния больного, осуществлена интенсификация лечения с помощью пульсовой ГКС терапии. Лечение проводилось под прикрытием АБ. Однако, терапия оказалась не эффективной. При нарастающих симптомах ДН, ССН, ЦН больной скончался. Клинический диагноз был сформулирован следующим образом: Основной: Неуточненный менинго-

энцефалит (МЭ). Осложнения основного: Церебральная кома. Отек мозга ИВЛ. Пневмония. ДН III степени. Фоновый: Неуточненный полисерозит. ВИД. По результатам патолого-морфологического исследования (ПМИ) диагноз оказался следующим: Основной: Системное поражение соединительной ткани (полисерозит) неуточненное (М 35.9). Фоновый: СПИД. Осложнения: Острейший милиарный туберкулез легких, возможно стероидный. Сепсис. Септический МЭ.

С. Р. Ноговицина *, Е. Н. Березикова, И. А. Гребенкина,
А. А. Попова, Н. Ф. Яковлева

**ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК.
РЕАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА**

*Кафедра поликлинической терапии и ОВП,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Н. Березикова*

Цель: выявить особенности липидного обмена у больных артериальной гипертензии (АГ), перенесших острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы. Были изучены амбулаторные карты (МУЗ поликлиника госпиталя ветеранов войн № 3) 32 пациентов с АГ, перенесших ОНМК, из них 17 (53%) были женского пола, 15 (47%) — мужского пола в возрасте от 53 до 91 года. Оценивались те параметры липидного спектра, которые амбулаторно контролировались у данных пациентов: уровень общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), а также цифры АД на амбулаторном приеме.

Результаты. Средний уровень ОХ значительно превышал целевое значение для популяции очень высокого риска, составив $5,9 \pm 1,3$ ммоль/л, при этом у достаточно большой доли пациентов (66%) отмечалась гиперхолестеринемия более 6,7 ммоль/л. Уровень ХС ЛВП составлял $1,3 \pm 0,36$ ммоль/л. У 47% пациентов отмечалась гипертриглицеридемия (уровень ТГ более 2,7 ммоль/л), при этом средний уровень ТГ составил $1,9 \pm 0,8$ ммоль/л. Целевые цифры липидного спектра были достигнуты только у 7 (22%) пациентов, тогда как у большей части пациентов (78%) выявлено то или иное нарушение липидного обмена. При этом в данной группе отмечаются более высокие показатели стажа артериальной гипертензии (в среднем — 16 лет) по отношению к группе пациентов, где были достигнуты нормальные показатели липидограммы (11 лет). Также, у данных пациентов отмечается более

ранний возраст возникновения ОНМК (66 лет) по отношению, к группе пациентов с нормальными показателями липидного спектра, в которой средний возраст возникновения ОНМК составил 72 года. Однако, при нормальных липидных показателях, последние имели цифры АД (137/80 мм рт. ст.), превышающие целевой уровень для популяции высокого риска. В группе больных с высокими показателями липидов, отмечалось еще более высокие значения АД (150/83 мм рт. ст.). При этом абсолютно все пациенты получали гипотензивную терапию, состоящую из комбинаций бета-блокаторов, иАПФ, АРА, диуретиков, антагонистов кальция. Тогда как ни в одной из взятых в исследование амбулаторных карт не было информации о назначении статинов.

Выводы: показатели липидного спектра у гипертоников «со стажем», перенесших инсульт, недостаточно хорошо контролируются: не достигаются целевые уровни липидограммы, а также нормальные значения АД. В плане обследования должно проводиться определение развернутого липидного спектра с определением ХС ЛНП (формула Фридвальда), более жесткий контроль цифр АД. В плане терапии необходимо снижать уровень липидов крови с использованием статинов и других групп липидснижающих средств до целевых цифр (уровень общего холестерина менее 4,0 ммоль/л, холестерина ЛНП менее 2,5 ммоль/л, триглицеридов менее 150 мг/дл), а также повышение уровня холестерина ЛВП (более 1,2 ммоль/л), усиливать гипотензивную терапию достигая уровень АД <130/80 мм рт. ст.

Ю.О. Останина*, Ю.В. Храпунова*
**ВТОРИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У
ПАЦИЕНТА С ДВУХСТВОРЧАТЫМ АОРТАЛЬНЫМ
КЛАПАНОМ**

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

*Научные руководители: к.м.н., доц. Л. И. Макарова,
к.м.н., асс. Д. А. Махмудян*

Актуальность. На сегодняшний день прогноз у больных с инфекционным эндокардитом (ИЭ) остается неблагоприятным, что обусловлено трудностью диагностики и лечения пациентов. Наиболее часто ИЭ встречается в возрасте от 21 до 50 лет и в 3 раза чаще у мужчин, причем отмечается рост заболеваемости в связи с тем, что инфекция легче возникает на патологически измененном клапане.

Цель. Описание клинического случая ИЭ у пациента с двухстворчатым аортальным клапаном.

Результаты. Приводим клиническое наблюдение. Больной Г., 24 года, госпитализирован в клинику с жалобами на лихорадку (до 39°C), одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, ноющие боли в области сердца, повышение АД до 150/60 мм рт. ст. Болен в течение 4-х месяцев, начало заболевания связывает со стрептококковой инфекцией мягких тканей правой стопы. От назначенной антибактериальной терапии (пенициллин, ципролет) значительного эффекта не было, отмечает потерю массы тела на 10 кг за время болезни. При поступлении: состояние пациента средней степени тяжести, температура тела 38,4°C, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, необильная петехиальная сыпь на стопах, голенях, кистях, дыхание везикулярное с ЧДД 20 в минуту, тоны сердца ритмичные, ослабленные, систоло-диастолический шум на аорте, ЧСС 100 в минуту, АД 150/40 мм рт. ст. (в динамике — до 150/10 мм рт. ст.), отмечается умеренное увеличение размеров печени и селезенки. В общем анализе крови: эритроциты — $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 107 г/л, лейкоциты — $12,6 \times 10^9/л$ (э — 1%, л — 27%, п — 7%, с — 59%, м — 6%), тромбоциты — $492 \times 10^9/л$, СОЭ — 44 мм/ч. При трехкратном бактериальном исследовании крови роста бактерий не получено. На ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 110 в мин., признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), нагрузка на правое предсердие. По УЗИ сердца (трансторакальная ЭхоКГ, ЧПЭхоКГ): аортальный клапан сформирован как двухстворчатый; вальвулит створок аортального клапана с регургитацией III степени; на желудочковой поверхности створок визуализируются вегетации с фрагментами створок размером 0,5×1,5 см и 0,6×0,98 см; абсцесс створки (0,9×0,97 см), дренировавший в полость ЛЖ; незначительная дилатация ЛЖ; умеренное пролабирование передней створки митрального клапана с регургитацией I степени. При УЗИ органов брюшной полости выявлена спленомегалия. Клинический диагноз: вторичный ИЭ, подострое течение, активность 2-3 степени на фоне врожденного порока сердца (двухстворчатый аортальный клапан). Выраженная недостаточность аортального клапана. Незначительная недостаточность митрального клапана. Синдром артериальной гипертензии. ХСН II А ст., ФК III (NYHA). Гепатоспленомегалия. Анемия легкой степени тяжести. Тромбоэмболический синдром. На фоне проведенного лечения антибактериальными препаратами (цефтриаксон, ванкомицин), дезагрегантами, ИАПФ, гепатопротекторами отмечалась положительная динамика: нормализовалась температура тела, уменьшились проявления сердечной недостаточности и интоксикации, улучшились гематологические показатели (в крови лейкоциты — $9,2 \times 10^9/л$, СОЭ-18 мм/ч). Больной направлен в НИИПК для хирургической коррекции клапанного порока сердца.

Вывод. Данное наблюдение демонстрирует особенности течения вторичного ИЭ у пациента с двухстворчатым аортальным клапаном.

Ю.О. Останина*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ЖЕНЩИН С ИСХОДНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. М. А. Перекальская*

Актуальность. Исследованиями последних лет показано, что артериальная гипертензия (АГ) неоднородна по этиологии, факторам риска, в различных возрастных группах, у мужчин и женщин. Повышение АД у ряда лиц с исходной артериальной гипотензией до цифр формально «оптимальных» и «высоких нормальных» могут сопровождаться классическими клиническими проявлениями гипертензии, а повышение АД до цифр «мягкой» АГ может сопровождаться развернутой клиникой гипертонического криза (ГК).

Цель. Описание случая течения ГК у женщин с исходной артериальной гипотензией.

Результаты. Приводим клиническое наблюдение. Больная Г., 59 лет поступила в клинику с жалобами на повышение АД до 150/90 мм рт. ст, сопровождающееся головными болями в затылочной области, сердцебиением, головокружением, шумом в ушах, мельканием «мушек» перед глазами, тошнотой, рвотой, онемением левой части тела. На догоспитальном этапе проводилась гипотензивная терапия (каптоприл 25 мг трижды с интервалом в 30 минут, пропранолол 20 мг дважды с тем же интервалом, сульфат магния 25% — 10 мл в/в, фуросемид 40 мг в/в) без гипотензивного эффекта. Из анамнеза выяснено: в возрасте до 35 лет обычный уровень АД составлял 90/60 мм рт.ст., в 30 лет однократно зафиксирован подъем АД до 120/80 мм рт.ст, сопровождавшийся сильной головной болью в затылочной области. В интервале 35–45 лет комфортный уровень АД не превышал 110/70 мм рт.ст.; с 45 лет отмечает хорошее самочувствие при АД 120/90 мм рт.ст. Отмечает однократное повышение АД до 140/90 мм рт.ст. в 55 лет с клиникой ГК по типу транзиторной ишемической атаки (ТИА). Максимальные цифры АД зафиксированы при данном обращении — 150/90 мм рт.ст. Семейный анамнез отягощен: у матери АГ, сформировавшаяся на фоне предшествующей артериальной гипотензии, 2 эпизода ТИА, у бабушки по материнской линии 2 инсульта.

Результаты дополнительных исследований: ЭКГ: метаболические изменения миокарда; при офтальмоскопии обнаружена гипертензионная ангиопатия сетчатки обоих глаз; по данным ЭХОКГ диастолическая дисфункция левого желудочка (I степени). Дуплексное сканирование магистрального отдела брахиоцефальных артерий выявило минимальные атеросклеротические изменения сонных артерий без гемодинамически значимых измене-

ний брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне. Показатели эндотелиальной функции в пределах нормы. Суточное мониторирование АД показало чрезмерное снижение диастолического АД (ДАД) (гипердиппер), повышение величины утреннего подъема ДАД, скорости утреннего подъема систолического АД, ДАД. В стационаре пациентка получала метопролола сукцинат 25 мг/сут., индапамид 2,5 мг/сут, лозартан 25 мг/сут. АД снизилось до 130/90 мм рт.ст. в течение 4-х суток, на 5-е сутки — до 110/70 мм рт.ст. Пациентка была выписана из стационара с рекомендациями продолжить прием метопролола сукцината 12,5 мг под контролем АД.

Выводы. Данный клинический пример демонстрирует гемодинамические особенности АГ у женщины с исходной артериальной гипотензией и особенности клинических проявлений ГК при относительно невысоком АД.

Ю.О. Останина*, Т.А. Смолина*, А. А.Емельянова*
**КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ
КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ
ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ЖЕНЩИН**

*Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н. доц. Л. И. Макарова,
к.м.н., асс. Д. А. Махмудян*

Актуальность. Практическая значимость проблемы ТЭЛА в настоящее время определяется нарастанием частоты легочных эмболий при самых разнообразных заболеваниях, высокой летальностью, трудностью своевременной диагностики из-за полиморфизма развивающихся клинических синдромов. У женщин к развитию ТЭЛА предрасполагают приём комбинированных оральных контрацептивов (КОК), беременность и заместительная гормональная терапия.

Цель. Описание случая ТЭЛА у женщины с предшествующим приемом КОК.

Результаты. Приводим клиническое наблюдение. Больная К., 24 года, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C в течение 5 дней, одышку, кашель с отхождением гнойно-геморрагической мокроты, боль в грудной клетке плеврального характера. Из анамнеза выяснено: принимала КОК в течение 1,5 лет, через 3 месяца после прекращения их приема наступила беременность, которая закончилась выкидышем в сроки 14–15 недель. При поступлении: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, температура тела 37,5°C, в легких притупление перкуторного звука в нижних отделах, ослабление дыхания в проекции нижних долей с обеих сторон, тоны сердца рит-

мичные, ослабленные, ЧСС 100 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. В общем анализе крови: лейкоциты — $6,5 \times 10^9/\text{л}$ (э — 1%, п — 5%, с — 80%, л — 12%, м — 2%), тромбоциты — $130 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 20 мм/ч. Общий анализ мочи: характер кровянисто-гнойный, эритроцитов 20–26 в п/зр., лейкоцитов 30–36 в п/зр. (нейтрофилов — 79%). На ЭКГ — признаки нагрузки на правые отделы сердца. Рентгенография грудной клетки показала незначительное количество жидкости в синусах и плевральных полостях. Предположительная туберкулезная этиология двустороннего экссудативного плеврита при обследовании не подтвердилась. Несмотря на проводимую антибактериальную терапию (цефтриаксон, азитромицин) отмечалась отрицательная динамика: ухудшение общего состояния больной, усиление одышки. При выполнении УЗИ сердца обнаружили признаки легочной гипертензии (35 мм рт. ст.). В результате МСКТ-ангиографии ствола легочной артерии и ветвей легочной артерии выявлена тромбоэмболия сегментарных ветвей легочной артерии с обеих сторон (S 7–10 слева и S 5,8–10 справа), очаги инфаркт-пневмонии в нижних долях левого и правого легкого, субсегментарный ателектаз S 8 левого легкого. При триплексном сканировании вен нижних конечностей данных за тромбоз глубоких вен не получено, источник эмболии не выявлен. Заключительный клинический диагноз: тромбоэмболия сегментарных ветвей легочной артерии с обеих сторон (S 7–10 слева и S 5,8–10 справа), двухсторонняя инфаркт-пневмония, субсегментарный ателектаз S 8 левого легкого, двухсторонний гидроторакс, ДН II. В результате проведенного лечения тромболитиками, антикоагулянтами, антибактериальными препаратами отмечена положительная динамика в состоянии пациентки (нормализация температуры тела, значительное уменьшение одышки, снижение выраженности легочной гипертензии по данным УЗИ сердца до 30 мм рт. ст.).

Выводы: Данное наблюдение демонстрирует возможность развития ТЭЛА у женщины молодого возраста после приема КОК и трудности диагностики данного состояния.

Е.М. Парфентьева*

НАРУШЕНИЕ БАЛАНСА МЕЖДУ ФИБРОГЕННЫМИ И АНТИФИБРОГЕННЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: д.м.н., профессор И. А Бондарь,

д.м.н., доцент В. В. Климонтов

Актуальность темы: в основе диабетической нефропатии (ДН) при сахарном диабете (СД) лежит прогрессирующий фиброз клубочков и интерстиция, формированию которого может способствовать дисбаланс между

фиброгенными факторами роста: трансформирующим фактором роста- $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$), фактором некроза опухолей- α (ФНО- α) и фактором роста фибробластов-2 (ФРФ-2) и антифиброгенными факторами роста, такими как фактор роста гепатоцитов (ФРГ) и костный морфогенетический протеин-7 (КМП-7).

Цель исследования: изучить мочевую экскрецию фиброгенных и антифиброгенных факторов роста и их взаимосвязь с клинико-лабораторными и морфологическими проявлениями нефропатии у больных СД 1-го типа.

Материалы и методы: обследовано 64 больных СД 1-го типа, 32 мужчины и 32 женщины, в возрасте от 16-ти до 50-ти лет (медиана 29 лет), включая 25 человек с нормальной альбуминурией, 30 — с микроальбуминурией и 9 больных с макроальбуминурией. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц. Определение экскреции факторов роста проводили в утренней порции мочи методом иммуноферментного анализа. У 22-х больных выполнены исследования биоптатов почек с помощью световой, электронной микроскопии и иммуногистохимии. Работа выполнена при поддержке гранта Президента Российской Федерации (МД-5725.2010.7).

Результаты: уровень экскреции фиброгенных факторов роста увеличивался с прогрессированием нефропатии. На стадии микроальбуминурии наблюдалось повышение ТФР- $\beta 1$ в сравнении со здоровыми лицами ($p=0,01$), ФНО- α по отношению к группе контроля и группе лиц с нормальной экскрецией альбумина с мочой ($p=0,01$ и $p=0,03$ соответственно) и ФРФ-2 по отношению к пациентам с нормоальбуминурией ($p=0,05$). У больных с макроальбуминурией зафиксировано увеличение экскреции ТФР- $\beta 1$ в сравнении с группой контроля и группой пациентов с нормоальбуминурией ($p=0,004$ и $p=0,02$ соответственно), ФНО- α с контролем ($p=0,04$), ФРФ-2 по отношению к показателям здоровых лиц и больных с нормоальбуминурией ($p=0,01$ и $p=0,05$ соответственно). У пациентов с артериальной гипертензией уровень экскреции всех фиброгенных факторов роста был выше, чем у больных с нормальным АД ($p<0,05$). Не наблюдалось достоверного повышения экскреции антифиброгенных факторов роста по мере выраженности нефропатии. Выявлена тенденция к повышению ФРГ у больных с макроальбуминурией по сравнению с группой пациентов с нормальной экскрецией альбумина с мочой ($p=0,06$). Уровень экскреции КМП-7 не изменялся с увеличением выраженности нефропатии ($\chi^2=1,4$; $p=0,5$). При ранговом корреляционном анализе выявлены тесные взаимосвязи между фиброгенными факторами роста и соотношением альбумин/креатинин мочи: ТФР- $\beta 1$ ($r=0,46$), ФРФ-2 ($r=0,43$), ФНО- α ($r=0,38$); уровнем экскреции коллагена IV типа: ТФР- $\beta 1$ ($r=0,3$), ФРФ-2 ($r=0,59$) ФНО- α ($r=0,39$). Прямые взаимосвязи обнаружены между величиной гликированного гемоглобина и экскрецией ТФР- $\beta 1$ ($r=0,33$), ФРФ-2 ($r=0,28$). Наблюдалась корреляция между экскрецией ТФР- $\beta 1$ и толщиной БМ прок-

симальных канальцев ($r=0,43$), а также ФНО- α и объемной долей интерстиция в корковом веществе ($r=0,37$).

Выводы. Развитие ДН при СД 1-го типа характеризуется нарушением баланса между фиброгенными и антифиброгенными факторами роста. Дисбаланс в продукции факторов роста может способствовать развитию фиброза почек при СД.

В.В. Печурина*, В.С. Путро*
**ИССЛЕДОВАНИЕ ПЯТЕН ТУЖИЛИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ПАНКРЕАТИТЕ**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю. Д. Чернякин*

Актуальность: диагностика заболеваний поджелудочной железы, в частности хронического панкреатита (ХП), представляет определенные трудности, это обусловлено глубоким забрюшинным анатомическим расположением поджелудочной железы, многочисленными экзо и эндокринными функциями, нередко неопределённой клиникой, что предполагает проведение дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования. Применяется много пальпаторных симптомов заболевания поджелудочной железы, однако, несмотря на большое количество методов своевременная диагностика ХП представляется затруднительной. В 1972 году С.А. Тужилин в своей работе описал кожные проявления при ХП, которые впоследствии были названы «пятнами Тужилина» или «брусничными пятнами». Однако это используется в настоящее время только как симптом при ХП, но по оценке взаимосвязи возникновения этих пятен в зависимости от стадии, тяжести течения, стажа заболевания, возраста и пола в литературе мы нашли единичные упоминания. В 2006 году студентами 3 курса начато исследование, которое продолжено с изменением и дополнением целей и задач.

Цель исследования: исследовать распространённость и установить связь возникновения пятен Тужилина у больных с ХП и хроническим холециститом (ХЦ) в зависимости от стажа заболевания, тяжести течения, стадии, а также возраста и пола.

Материалы и методы: нами в динамике обследовано 52 больных ХП и ХЦ находящихся на лечении в специализированном гастроэнтерологическом отделении МБУЗ ГКБ №1. Из них 38 женщины (69%), 16 мужчин (31%). Возраст от 21 до 76 лет, средний возраст — 48 лет. Стаж заболевания от 1 года до 30 лет (в среднем 19 лет). Больные разделены на 2 группы: 1 группа с диагнозом ХП — 33 больных, 2 группа с диагнозом ХЦ — 19 больных.

Диагноз устанавливался на основании полного клинического обследования больного. Оценивалось также наличие пятен Тужилина, их количество, локализация, размер.

Результаты исследования: в 1 группе у 23 больных ХП (70%) выявляются пятна Тужилина. Чаще всего этот симптом наблюдается у женщин в возрасте 50-76 лет. Количество пятен от 1 до 34. Размер от 0,1 до 3 мм. Расположение на животе, грудной клетке, спине. Преимущественное расположение на коже живота в эпигастральной области.

По виду пятна были либо плоские, либо выпуклые.

Установлена зависимость цвета пятен Тужилина от клинического течения ХП. Они появлялись у больных со стажем заболевания более 4 лет. В стадию обострения ХП они имели ярко-красный и даже малиновый цвет, у 12 пациентов отмечался зуд пятен. В стадию ремиссии, когда купировались клинические симптомы ХП, количество пятен уменьшалось, они меняли окраску на бледно-коричневую и бурую, а некоторые из них исчезали. Во 2 группе у 11 больных (58%) также выявлены пятна Тужилина.

Заключение:

1. Пятна Тужилина выявлялись не только при ХП, но и при ХЦ преимущественно в эпигастральной области, что может являться дополнительным диагностическим критерием заболевания поджелудочной железы

2.Срок появления пятен Тужилина более 4 лет после начала заболевания.

3. Механизм появления пятен Тужилина представляется в настоящее время неясным, что послужит предметом наших дальнейших исследований. Планируется проведение термометрии и капилляроскопии.

Ю. А. Плотникова

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ И ОСТЕОПЕНИИ

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 факторы риска и частоту переломов при постменопаузальном остеопорозе и остеопении.

Материалы и методы. Исследование проводилось «по обращаемости», с использованием анкетирования пациентов и денситометрического иссле-

дования осевого скелета на аппарате «Hologic». 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 составил $62,6 \pm 10,1$ лет, индекс массы тела $24,7 \pm 4,9$ кг/м², T — критерий — $3,2 \pm 0,5$ SD. Среди женщин с остеопенией переломы встречались чаще — 47,9% (23 человека), средний возраст больных в этой группе $59 \pm 7,5$ лет, индекс массы тела $28,5 \pm 4,5$ кг/м², T — критерий — $1,7 \pm 0,4$ SD. При анализе анкет было отмечено, что наиболее часто встречающимися факторами риска снижения минеральной плотности костной ткани явились: позднее менархе 64,3% и ранняя менопауза — 50%, гиподинамия 50%, наличие остеопороза у родственников выявлено в 42,8% случаев, наличие остеопороза у родственников выявлено в 42,8% случаев, недостаточное употребление молочных продуктов — 14,3%, употребление алкоголя 1 раз в неделю и курение в 14,3% случаев.

Заключение. Переломы при постменопаузальном остеопорозе встречались 26,8% и зависели от длительности менопаузы, а высокая частота переломов при остеопении (в 47,9%) определялась поздним менархе, ранней менопаузой, гиподинамией, наличием остеопороза у родственников.

О. С. Прокофьева, А. А. Воевода
КОМОРБИДНЫЕ ФОРМЫ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

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

Цель исследования. Изучить частоту и клинические проявления коморбидных форм сердечно-сосудистых заболеваний у больных вибрационной болезнью (ВБ).

Материал и методы исследования. Изучена частота и клиника заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) у 70 больных ВБ (58 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 50 до 81 года. ВБ 1 степени диагностирована у 68,6% рабочих, 2 степени — у остальных 31,4%. Стаж работы во вредных условиях производства составил $27,2 \pm 10,2$ лет, длительность послеконтактного периода — $16,7 \pm 3,6$ гг.

Результаты исследования. Большинство больных ВБ в прошлом трудились в условиях воздействия локальной вибрации (ЛВ) - 81,5%, сочетание ЛВ и общей вибрации (ОВ) отмечено у 11,4% и ОВ — у 7,1%. Патология СССР диагностирована у 87,1% рабочих, при этом наибольшая ее частота (67,2%) отмечена при ВБ 1 степени. В структуре заболеваний СССР превалировали артериальная гипертензия (АГ) — 95,1%, у остальных 4,9% выявлена ишемическая болезнь сердца (ИБС). Сочетанные формы заболеваний СССР, включающие АГ и ИБС, выявлены у каждого третьего пациента (в 29,5% случаев). Большинство больных с указанной патологией (82,0%) подвергались воздействию ЛВ, частота которой при АГ — составила 54,1%, при сочетании АГ и ИБС — в 24,6% и ИБС — в 3,3%.

У больных ВБ преобладала АГ 3 степени (42,5%), частота АГ 1 и 2 степени составила соответственно 30,0% и 27,5%. При ВБ 1 степени превалировала АГ 1 и 2 степени (27,5% и 25,0%), при ВБ 2 степени — АГ 3 степени (20,0%). Во всех случаях АГ выявлялась при стаже работы с вибрацией свыше 10 лет (преимущественно в сроки 10–20 лет и 21–30 лет — по 35,0% соответственно).

В группе лиц с сочетанной патологией также доминировала АГ 3 степени (83,3%), чаще встречаемая у больных ВБ 1 степени (55,5%) и реже — 2 степени (44,5%). У большинства пациентов данной группы выявлялась стенокардия напряжения (СН), функциональный класс (ФК) 2–3 — 44,5%, реже — аритмический вариант, представленный фибрилляцией предсердий (ФП), — 33,3% и постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) — 22,2%. При ВБ 1 степени преобладал аритмический вариант ИБС (33,3%), при ВБ 2 степени — стенокардия напряжения (27,8%). Большинство больных этой группы подвергалась воздействию преимущественно ЛВ в течение длительного времени (21–30 лет — 33,3%; 10–20 лет — 27,8%). Среди больных, имевших ВБ и изолированную ИБС, ПИКС разной давности (преимущественно через $10,0 \pm 5,1$ гг. после прекращения воздействия вибрации) имели 22,2% больных. В 2-х случаях диагностирована СН, ФК 2 и 3 и в 1-м — аритмический вариант ИБС (постоянная форма ФП). Во всех случаях ИБС выявлена на фоне ВБ, при среднем стаже работы с ЛВ $15,4 \pm 5,1$ лет.

У большинства больных ВБ (55,7%) выявлены различные нарушения липидного обмена, среди которых преобладала гиперхолестеринемия (31,5%), реже встречалось ее сочетание с повышением уровня липопротеидов низкой плотности (21,4%) и гипертриглицеридемия (2,8%). В осталь-

ных 44,3% случаев уровень липидов крови был в пределах нормативных значений.

Выводы. Среди больных ВБ заболевания ССС диагностируются в 87,1% случаев. В структуре коморбидных форм патологии преобладает АГ преимущественно 3 степени. Длительность и характер воздействия вибрации (преимущественно локальной) способствуют прогрессированию АГ и ИБС, усугубляя клинику профессионального заболевания и прогноз пациентов.

В. А. Семенова, А. А. Складан О. А. Филоненко
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*Кафедра внутренних болезней, Новосибирский государственный
медицинский университет; Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный университет*
*Научные руководители: к.м.н., доцент Л. А. Уколова.,
к.м.н. О. С. Шубина*

Актуальность исследования обусловлена значимым вкладом коммуникативных, в частности, внутрисемейных нарушений в процесс течения ревматоидного артрита (РА). Раннее выявление внутрисемейных проблем, их адекватная и своевременная коррекция позволяет оптимизировать процесс комплексной реабилитации и социальной адаптации больных с РА.

Цель и задачи исследования. Изучение взаимосвязи особенностей внутрисемейных отношений у больных с РА, а так же выявление взаимосвязи внутрисемейных проблем, со степенью активности РА, длительностью заболевания, уровнем образования пациентов.

Материалы и методы. Обследованы больные с РА, находящиеся на лечении в ревматологическом отделении ГНОКБ в период октябрь-декабрь 2011г. Проведено обследование пациентов, проанализированы данные лабораторных методов исследования, определена степень активности заболевания по шкале DAS 28. Для анализа внутрисемейных отношений использовалось клиничко-психологических интервью, опросники: «Конструктивно-деструктивная семья» (Э.Г.Эйдемиллер, В.В. Юстицкий), методика «Семейная социограмма» (Э.Г.Эйдемиллер, О. В. Черемисин). Статистическая обработка материала проводилась с использованием корреляционного анализа Спирмена и критериев сравнения независимых совокупностей Манна-Уитни.

Результаты исследования. Обследовано 14 пациентов с РА, из них 11 женщин, 3 мужчин. Средний возраст составил 52 года. В браке состояли 10 пациентов. Все больные имели высокую степень активности РА по шкале

DAS 28. Уровень образования у 10-среднеспециальное, у 3-х - среднее, у 1-го-высшее. Средняя продолжительность заболевания 4 года (+/-39,4 мес.). Четверо имеют 3 группу инвалидности. В исследуемой группе больных РА обнаружены проблемы внутрисемейных отношений, характеризующиеся стремлением больных к отчужденности ($P<0,05$), нежеланием понимать и решать данные проблемы, в результате чего больной испытывает нарастающее чувство вины ($P<0,05$), которое пытается компенсировать контролируя влияние на остальных членов семьи ($P<0,05$) и невозможностью решить внутрисемейные проблемы самостоятельно. В группе исследуемых, мужчины с РА не выделяют себя в качестве ключевой фигуры в семье, а женщины подчеркивают свое лидерство и зависимость от себя других членов семьи. Выявлена достоверная корреляционная связь между внутрисемейными проблемами и степенью активности РА. Зависимостей от длительности заболевания и уровня образования выявлено не было.

Заключение: проблема особенностей внутрисемейных отношений у больных с РА требует дальнейшего изучения, а проведенное исследование обосновывает необходимость участия психотерапевта в программе комплексной реабилитации больных с ревматоидным артритом.

О.Б. Серегина, О.В. Березина*, Л.Н. Грицай
**ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ
НЕХОДЖКИНСКИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ**

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

Актуальность проблемы. Развитие эндотелиальной дисфункции при неходжкинских злокачественных лимфомах (НХЗЛ) может быть обусловлено рядом причин, таких как эндогенная интоксикация, токсическое воздействие химиотерапевтических агентов и действие лучевой терапии, а также возникновение инфекционных осложнений основного заболевания, присоединяющихся на этапах полихимиотерапии (ПХТ). Кроме того, у пациентов может быть исходно нарушено состояние эндотелия, обусловленное наличием хронических заболеваний — атеросклероза, сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета и другой соматической патологии. Многочисленными работами доказана роль дислипидемии в развитии эндотелиальной дисфункции: в качестве наиболее важных повреждающих факторов выступают высокий уровень холестерина и перекисно-модифицированных липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), обладающих прямым цитотоксическим действием, вызывая повреждение эндотелия, стимулируя адгезию моноцитов на его поверхности, взаимодействуя с факторами свертываемости крови, активируя экспрессию тромбопластина и ингибитора активации

78

плазминогена, угнетая продукцию фактора релаксации эндотелия — NO и вызывая усиление продукции эндотелина — потенциального вазоконстриктора.

Цель исследования: изучить липидный спектр у больных неходжкинскими злокачественными лимфомами в момент диагностики заболевания и в динамике полихимиотерапии.

Материалы и методы: обследовано 36 больных на этапе диагностики заболевания и 28 человек после 2 курса ПХТ. В первой группе женщины и мужчины распределились поровну, средний возраст больных составил 62,8 лет. В динамике ПХТ мужчин было 16 человек и 13 женщин. Средний возраст — 62,3 лет. Исследования липидного спектра включали: измерение в сыворотке крови уровня холестерина, ЛПНП, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов, высчитывался индекс атерогенности.

Результаты исследования: в группе пациентов НХЗЛ в момент диагностики заболевания показатели липидного спектра не отличались от референсных значений: средний уровень холестерина составил 5,1 ммоль/л, средний уровень ЛПВП — 1,2 ммоль/л, уровень ЛПНП — 3,02 ммоль/л, средний уровень триглицеридов — 1,6 ммоль/л, индекс атерогенности — 3,5. На этапе проведения ПХТ отмечалась умеренная тенденция к росту показателей липидного спектра: уровень холестерина составил 5,4 ммоль/л, уровень ЛПВП — 1,32 ммоль/л, ЛПНП — 3,36 ммоль/л, средний уровень триглицеридов — 1,82 ммоль/л, в то время как индекс атерогенности имел тенденцию к снижению — 3,43.

Выводы: показатели липидного обмена у больных неходжкинскими злокачественными лимфомами в момент диагностики заболевания и в период проведения полихимиотерапии в целом не отличались от референсных значений. Для полной оценки липидного спектра и его влияния на формирование эндотелиальной дисфункции в динамике ПХТ необходимо учитывать ряд факторов: наличие сопутствующей патологии, возраст пациентов, вариант лимфомы и выбор программы полихимиотерапии.

Е. А. Сокорева

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., доцент В. В. Климонтов

Лечение сахарного диабета (СД) в подростковом возрасте имеет известные трудности, что связано с лабильностью обмена веществ, повышением потребности в инсулине, психологическими особенностями подростков.

Цель исследования: определить эффективность лечения у подростков с СД 1-го типа.

Обследовано 22 подростка с СД 1-го типа, от 15 до 18 лет, проживающих в сельских районах Новосибирской области. Средний возраст дебюта СД составил $9,5 \pm 0,7$ года, длительность заболевания — $7,6 \pm 0,7$ года. У 18 пациентов заболевание началось до пубертатного возраста, у 4-х — во время пубертата. Проведен анализ амбулаторных карт, а также анкетирование пациентов по разработанной нами анкете, содержащей вопросы по инсулинотерапии, самоконтролю, качеству компенсации заболевания, осложнениям.

Все пациенты получали интенсивную инсулинотерапию в базис-болюсном режиме. Большинство (19 человек) получали ультракороткие инсулины (НовоРapid, Хумалог), остальные — препараты инсулинов короткого действия. 9 больных получали аналоги инсулинов продленного действия (Лантус, Левемир), остальные — инсулины НРН. Двум пациентам проводилась инсулинотерапия с помощью помп. Средняя доза короткодействующего инсулина составила $0,5 \pm 0,1$ ЕД/кг/сут, пролонгированного — $0,45 \pm 0,09$ ЕД/кг/сут. Соотношение доз короткого/продленного инсулина составило $1,2 \pm 0,1$. Доза инсулина у большинства пациентов существенно менялась 1-2 раза в год, для более старшего возраста (17-18 лет) была характерна стабилизация дозы и тенденция к ее снижению. У шести пациентов имелись местные осложнения от инъекций инсулина — липодистрофии.

Регулярный самоконтроль гликемии проводили 12 пациентов. Среднее значение гликированного гемоглобина A1c (HbA1c) составило $9,4 \pm 0,4\%$. Уровень HbA1c $\leq 8\%$ имели 7 человек, $>8\%$ — 15 больных. Частота гипогликемии составила: у 6 пациентов — 1 раз в месяц, у 6 пациентов — 1 раз в неделю, у 5 — несколько раз в неделю, преимущественно в ночное время, у остальных гипогликемии наблюдались редко (раз в несколько месяцев). Кетоацидотические комы в анамнезе имели три пациента. У 6 пациентов выявлена диабетическая субклиническая полинейропатия (по данным электромиографии); у трех пациентов — кардиоваскулярная форма автономной нейропатии; у трех — непролиферативная ретинопатия, у двух — катаракта (у одного больного в анамнезе оперативное лечение); у 4-х — диабетическая нефропатия в стадии микроальбуминурии; у двух — стеатогепатоз. У одного пациента имела место задержка полового и физического развития.

Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте декомпенсации углеводного обмена, недостаточном самоконтроле и раннем развитии осложнений у подростков, больных СД 1-го типа. Для улучшения качества компенсации заболевания требуются повторные курсы обучения больных, развитие мотивации на самоконтроль, более частая коррекция дозы инсулина.

Е.А.Старостина
**УСПЕШНОЕ УСТРАНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ
У БОЛЬНОЙ С ПОРОКОМ МЕНКЕБЕРГА С ПОМОЩЬЮ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА
БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ
НАБЛЮДЕНИЕ)**

*Кафедра факультетской терапии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор А. Д. Куимов*

Успешное устранение симптомов у больной пороком Менкеберга с помощью хирургической коррекции аортального клапана биологическим протезом (клиническое наблюдение). Разбор темы посвящен кальцинированному стенозу устья аорты дегенеративного генеза - заболеванию с неизвестной этиологией, проявляющемуся прогрессирующим уплотнением створок аортального клапана с развитием кальцификации в их основании, формированием механического препятствия изгнанию крови из левого желудочка в аорту. Пациентка К., 83 лет, поступила с жалобами на: приступы головокружений при физической нагрузке, однократный обморок, перебои в работе сердца, боль за грудиной давящего, жгучего характера, возникающая при ходьбе на 30 метров, одышку при умеренной нагрузке.

Диагноз: Болезнь Менкеберга. Выраженный стеноз аортального клапана. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения, III ФК. Персистирующая фибрилляция предсердий. ХСН IIА ст., II ФК (NYHA). Диагноз был поставлен в 2008 году на основании отсутствия ревматического и инфекционного анамнеза, выраженности клинических симптомов, данных инструментальных методов обследования (в частности ЭхоКС). В 2010 году была предложена операция по поводу протезирования аортального клапана, от которой пациентка отказалась. В сентябре 2011 года на фоне возникновения аритмии (персистирующая фибрилляция предсердий) состояние больной резко ухудшилось. Компенсирована на фоне терапии, противопоказаний для операции не выявлено. В октябре 2011 года была проведена хирургическая коррекция аортального клапана биологическим протезом «БиоЛАБ-КА» № 27. На 4-е сутки переведена из операционного отделения. В послеоперационном периоде сохраняется стабильная гемодинамика, нагрузки переносит хорошо, клинические проявления сердечной недостаточности и синкопальных состояний не повторялись. Проблема обусловлена широкой распространенностью заболевания, высокой смертностью пациентов с клиническими симптомами, поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью. «Симптомные» пациенты с выраженным аортальным стенозом должны быть направлены на операцию протезирования аортального клапана, поскольку медикаментозная терапия малоэффективна.

Т.Д. Субботина, А.Ч. Янгутова
**ФАКТОРЫ РИСКА И СИМПТОМЫ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У
БОЛЬНЫХ СИНУСИТАМИ**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
кафедра оториноларингологии,
Иркутский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., асс. Е. В. Онучина,
к.м.н. М. В. Субботина*

Цель: изучение частоты встречаемости факторов риска и симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у больных с синуситами.

Материалы и методы. Обследовали 36 больных в возрасте от 20 до 59 лет с синуситами, последовательно поступавших в Клинику болезней уха, горла и носа ИГМУ. Путем антропометрии и анкетирования оценивали частоту и интенсивность факторов риска, пищеводных и внепищеводных симптомов ГЭРБ. Диагностику проявлений ГЭРБ осуществляли на основании рекомендаций Монреальского консенсуса. Сравнение количественных показателей проводили тестом Mann-Whitney, качественных — критерием χ^2 .

Полученные результаты. Средний возраст обследованных составил $38,4 \pm 15,5$ лет. Из них женщин — 69,4%. Средний ИМТ соответствовал $25,6 \pm 5,9$ кг/м², ОТ — $85,9 \pm 13,4$ см. Избыточную массу тела или ожирение имели пациенты 47,2% пациентов, абдоминальное ожирение 36,1%. Занимались табакокурением 19,4% обследованных, потреблением алкоголя — 63,9%. Частота изжоги составила 52,8%, отрыжки и ретростеральной боли — по 27,8%, одинофагии и дисфагии — по 16,7%. Першение или боль в горле беспокоили 36,1%, ком в горле — 19,4%, осиплость голоса — 61,1%, заложенность или боль в ушах — 61,1%, затруднение носового дыхания — 77,8%, хронический кашель — 38,9%, кардиалгии — 30,6%, перебои в работе сердца — 16,7% пациентов. На основании наличия изжоги и/или отрыжки с кратностью чаще 1 раза в неделю больные синуситами были разделены на две группы. Группу 1 составили лица с наличием типичных пищеводных жалоб ГЭРБ (n=19), группу 2 — без указанных жалоб — с одонтогенным генезом заболевания (n=17). Группы оказались сопоставимы по возрасту и полу. В группе 1 достоверно выше были ИМТ и ОТ: $27,1 \pm 6,3$, против $23,1 \pm 4,2$ кг/м² (p=0,03) и $92,2 \pm 14,0$ против $75,4 \pm 12,9$ см (p=0,0001). Только в этой группе выявляли больных с ожирением и абдоминальным ожирением. В обеих группах пациенты курили и выпивали одинаково часто, однако в группе 1 статистически значимо выше были показатель пачко/лет и количество «дринков» в неделю. Осиплость голоса, заложенность или боль в ушах, затруднение носового дыхания беспокоили больных групп 1 и 2 одинаково часто, тогда как в группе 1 достоверно чаще выявляли хронический кашель (63,2% против 11,8%, p=0,002), кардиалгии (47,4% против 11,8%, p=0,02) и

перебои в работе сердца (21,1% против 11,8%, $p=0,01$). Только в группе 1 регистрировали першение или боль в горле (68,4% против 0%, $p=0,00001$) и ком в горле (36,8% против 0%, $p=0,005$).

Выводы. Каждый второй больной с синуситами имеет факторы риска и симптомы ГЭРБ. Только у больных с изжогой и/или отрыжкой выявлены ожирение и абдоминальное ожирение, высокая интенсивность курения и злоупотребления концентрированным алкоголем. Для клинической картины синуситов, ассоциированных с ГЭРБ, характерны першение или боль и ком в горле, а также высокая частота хронического кашля (до 63,2%) и кардиалгий (до 47,4%). У больных, не имеющих симптомов ГЭРБ, основным установлен одонтогенный генез. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дополнительного обследования больных с синуситами для исключения или подтверждения наличия ГЭРБ с целью возможной коррекции образа жизни и лечения.

К. А. Сувалова

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САРКОИДОЗА

*Кафедра внутренних болезней лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. Н. Можина*

Актуальность: саркоидоз является достаточно редким заболеванием, встречающимся в нашем обществе. Поскольку этиология его до сих пор не достаточно изучена, методов профилактики не разработано. Поэтому изучение данной патологии востребовано в настоящее время.

Цель. Изучение и анализ течения саркоидоза.

Задачи: 1. Изучение течения данной патологии; 2. Выявление предрасположенности к данному заболеванию; 3. Определение тенденций течения саркоидоза в настоящее время; 4. Определение основных причин обращения в ЛПУ.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 87 историй болезни пациентов с саркоидозом за последние 4 года.

Выводы 1. Саркоидозу подвержены в основном женщины (84%) среднего возраста с ожирением I-II степени; 2. Наиболее часто встречались такие клинические признаки как кашель, ускорение СОЭ, рентгенологические изменения; 3. Очевидно, что самая распространенная форма — это саркоидоз легких и внутригрудных лимфатических узлов (II ст.), при этом возросло количество генерализованных форм; 4. Прослеживается тенденция к увеличению количества впервые выявленного заболевания; 5. Основной причиной обращения в ЛПУ по прежнему остаются профилактические осмотры.

А. В. Сударикова*
**ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ У
ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ
ГЕМОДИАЛИЗЕ**

*Кафедра эндокринологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доцент В. В. Климонтов*

Визуализация паращитовидных желез (ПЩЖ) при вторичном и третичном гиперпаратиреозе является одной из актуальных проблем эндокринологии. Технологии визуализации ПЩЖ включают УЗИ, радионуклидные методы, компьютерную, магнитно-резонансную томографию. Сравнительная информативность данных методов исследования у больных со вторичным и третичным гиперпаратиреозом остается дискуссионной.

Цель исследования: оценить информативность различных методов визуализации ПЩЖ у больных с вторичным и третичным гиперпаратиреозом, развившемся на фоне хронической болезни почек и лечения гемодиализом.

Обследовано 15 пациентов, 8 мужчин и 7 женщин, от 28 до 64-х лет (средний возраст — 42,2 года), получающих лечение программным гемодиализом в Государственной Новосибирской областной клинической больнице. Причинами хронической болезни почек являлись: хронический гломеруло-нефрит (у 9 человек), аномалии развития почек (у двух), тубулоинтерстициальный нефрит (у одного), системная красная волчанка (у одного), синдром Альпорта (у одного). Длительность лечения гемодиализом варьировала от 1,5 до 13 лет ($6 \pm 1,1$ года).

У всех больных был подтвержден диагноз гиперпаратиреоза на основании определения уровня паратиреоидного гормона (находился в диапазоне 847–3759 пг/мл, средний уровень 1909 пг/мл; норма — 10–62 пг/мл), кальция, фосфора и щелочной фосфатазы крови. Клинически гиперпаратиреоз проявлялся системным остеопорозом, ренальной остеодистрофией, у трех пациентов — кальцинатами створок митрального и аортального клапанов, у двух пациентов имелись патологические переломы костей в анамнезе, у одного — апулид нижней челюсти. Визуализацию ПЩЖ осуществляли с помощью ультразвукового исследования, двухиндикаторной двухфазной скintiграфии щитовидной и околощитовидных желез с применением ^{99m}Tc -пертехнетата, ^{99m}Tc -MIBI; трем пациентам проводилась компьютерная эмиссионная томография органов шеи и средостения.

При проведении УЗИ гиперплазия ПЩЖ выявлена у шести пациентов: увеличение одной железы выявлено в одном случае, двух — у четырех человек, трех желез — у одного пациента. Размер гиперплазированных желез варьировал от 10×6 до 29×39 мм. Еще у трех обследованных высказано предположение о возможной гиперплазии ПЩЖ (имелись затруднения с дифференцировкой выявленных образований с узлами щитовидной железы). При

проведении скintiграфии гиперплазия ПЩЖ выявлена у 12-ти пациентов (в том числе одной железы — у семи, двух желез — у трех, трех желез — у двух), аденома ПЩЖ — у трех. В одном случае выявлено эктопическое расположение ПЩЖ выше щитовидной железы на 1 см.

Результаты исследования указывают на недостаточную диагностическую информативность УЗИ в выявлении гиперплазий и аденом ПЩЖ у пациентов с клинико-лабораторными признаками вторичного и третичного гиперпаратиреоза, находящихся на гемодиализе. Комплекс обследования данных пациентов необходимо дополнять скintiграфией ПЩЖ.

Г. Б. Сушкова, М. А. Кондратова*
СИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

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

Цель работы. При инфицировании вирусами гепатита В (HBV) и С (HCV), наряду с поражением печени, наблюдается широкий спектр внепеченочных проявлений: эндокринные, гематологические, кожные, нейромышечные и суставные, почечные, аутоиммунные и другие. Внимание данной проблеме обусловлено тем, что при хронизации вирусного гепатита заболевание печени часто проявляется симптомами аутоиммунных и системных заболеваний, которые длительное время доминируют в клинике и маскируют тем самым основную патологию. Комплексное изучение клинических проявлений HBV и HCV-инфекции определяет особенности диагностической тактики при внепеченочных поражениях.

Материалы и методы. Обследовано 25 больных (13 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 22 до 74 лет (средний возраст $40,8 \pm 4,1$ года). У всех больных наблюдались различные заболевания, в развитии которых предполагается роль вирусного гепатита (эндокринопатии, артропатии, системные заболевания). Всем больным проводилось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Для верификации хронической HBV и HCV-инфекции использовались иммуноферментный метод и полимеразная цепная реакция.

Результаты и обсуждение. Хроническая HBV-инфекция диагностирована у 5, хроническая HCV-инфекция — у 18 и микст-инфекция (HBV + HCV) — у 2 больных. Желтушная форма острой стадии заболевания отмечена только у 3 больных (20%). У 3 пациентов с хронической HCV-инфекцией обнаружены признаки гепатоцеллюлярной карциномы. Предположительная давность заболевания у них достигала 24, 36 и 54 лет. Только у 10 больных (40%) удалось установить сроки инфицирования, которые колебались

от 1 до 13 лет (в среднем $3,7 \pm 1,1$ лет). В анамнезе у этих больных имелись факторы риска заражения вирусами гепатита (контакты с больными острым вирусным гепатитом и гемотрансфузии). Однако у большей половины больных (15 человек, 60%) давность заболевания установить не удалось. Все больные предъявляли жалобы на слабость, чувство тяжести и боли в правом подреберье, несколько реже отмечалась быстрая утомляемость, боли в суставах, кожный зуд. При оценке функциональных тестов печени высокая активность процесса (повышение аминотрансфераз выше 5 норм) зарегистрирована у 2 и умеренная активность (повышение АСТ и АЛТ от 1,5 до 4 норм) — у 13 больных. У остальных пациентов уровень активности аминотрансфераз не превышал контрольных значений.

Подавляющее большинство больных (20 человек, 80%) длительное время (от 2 до 18 лет, в среднем $9,2 \pm 1,3$ лет) наблюдались и лечились у врачей различных специальностей. У 9 больных (36%) имелась патология щитовидной железы — аутоиммунный тиреоидит. Причем у 4 из них наблюдалась стадия гипотиреоза средней степени тяжести (уровень тиреотропного гормона достигал 19–30 мкмолю/л). У 5 больных (20%) наблюдались расстройства углеводного обмена. Необходимо отметить, сахарный диабет

I типа характеризовался лабильным течением, а у больных со II типом через 1–3 года с момента манифестации болезни требовалось назначение инсулина. У 4 пациентов сахарный диабет сочетался с аутоиммунным тиреоидитом. Патология суставов наблюдалась у 7 (28%), поздняя кожная порфирия — у 7 (28%) и синдром Шегрена — у 1 (4%) больного. Различные сочетания выше указанных заболеваний зарегистрированы у 9 больных (36%).

Заключение. Таким образом, наши данные подтверждают положения о генерализованном характере хронической инфекции, вызванной вирусом гепатита В и С. В клинической картине у таких больных могут доминировать симптомы поражения щитовидной железы, суставов, возникают специфические ферментативные нарушения. Пациентов с нетипичным течением фонового заболевания необходимо обследовать на наличие инфекции обусловленной гепатотропными вирусами.

О. С. Тарасенко

ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ДИЕТИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Кафедра эндокринологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., доцент В.В. Климонтов

Обучение больных сахарным диабетом (СД) принципам планирования питания является одним из основных компонентов лечения заболевания.

Цель работы: оценить влияние обучения на приверженность к диетическим рекомендациям у больных СД 1-го типа.

Материалы и методы. Обследовано 29 больных СД 1-го типа, 21 женщина и 8 мужчин, в возрасте от 18 до 59 лет (медиана 27 лет). 16 пациентов находились в состоянии декомпенсации углеводного обмена, 13 — в состоянии субкомпенсации. Среди обследованных 12 больных — городские жители, 17 — жители села. Высшее образование имели 13 человек, среднее или среднеспециальное образование — 16. Все больные ранее проходили обучение в школе самоконтроля. Анализ уровня знаний и поведения, связанного с диабетом, проводился по разработанной нами анкете, содержащей 30 вопросов по планированию питания, связи питания с инсулинотерапией и самоконтролем.

Анализ результатов анкетирования показал удовлетворительный уровень знаний о принципах планирования питания у обследованных больных СД 1-го типа. Большинство пациентов правильно ответили на вопросы о содержании углеводов в хлебной единице (83% правильных ответов), расчете питания по системе хлебных единиц (65%), степени повышения сахара крови после приема углеводов (67%). Большее число ошибок было допущено при ответе на вопросы о дополнительном приеме углеводов при физических нагрузках (28% правильных ответов), соотношении углеводов, белков и жиров в рационе (17%), сахарозаменителях (7%).

Предметом отдельного анализа стала взаимосвязь питания с инсулинотерапией. Постоянный расчет хлебных единиц и дозы короткого (ультракороткого) инсулина в зависимости от принятого количества углеводов осуществляли 15 пациентов, непостоянно («время от времени») — 11. Три пациента не подсчитывали хлебные единицы и не осуществляли коррекцию дозы инсулина при изменениях количества принятых углеводов. Среди пациентов, постоянно рассчитывающих дозу инсулина в зависимости от питания, преобладали городские больные с высшим образованием (10 человек). Больные, которые осуществляли коррекцию доз инсулина непостоянно или не осуществляли ее вовсе, чаще проживали в сельской местности и имели среднее или среднеспециальное образование. Кроме того, на приверженность диетическим рекомендациям влияло число курсов обучения в школе диабета (в среднем 4,1 у больных, постоянно рассчитывающих питание и дозу короткого или ультракороткого инсулина; у остальных пациентов 1,8 курса, $p=0,04$). Качество компенсации СД было значительно лучше среди больных, планирующих питание, по сравнению с пациентами, не осуществляющими подсчет углеводов (средний уровень гликемии натощак 7,5 и 9,5 ммоль/л соответственно, $p=0,001$).

Таким образом, на приверженность диетическим рекомендациям у больных СД 1-го типа оказывают влияние частота обучения в школе диабета, доступность специализированной эндокринологической помощи, уровень образования. Выявленные особенности структуры знаний о планировании питания, связи питания с инсулинотерапией и самоконтролем следует учитывать при обучении больных СД.

Е.Н. Таркунова, А.В. Межин
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСОВЕРШЕННОГО
ОСТЕОГЕНЕЗА**

*Кафедра факультетской терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., Н. Г. Ложкина,
д.м.н. проф. А. Д. Куимов*

Актуальность. Несовершенный остеогенез (НО) — генетически обусловленное заболевание, в основе которого лежит нарушения синтеза коллагена, приводящее к повышенной хрупкости костей, а также разнообразным системным проявлениям.

Цели и задачи. Описание клинического случая больной с несовершенным остеогенезом.

Материалы и методы. В работе используются история болезни от последней госпитализации в травматологическое отделение МБУЗ ГКБ №1 в связи с переломом плечевой кости в августе 2011, выписки, рентгенограммы от различных дат анамнестические данные).

20 июля 2011 года в травматологическое отделение ГКБ №1 поступила П. 1961 г. р. по поводу перелома правой плечевой кости.

При осмотре обращает на себя внимание низкий рост больной, непропорциональное телосложение (небольшая длина конечностей по сравнению с длиной туловища). Треугольная форма лица. Мышечный тонус снижен, однако сила достаточная (как в нижних, так и в верхних конечностях). Варусная деформация голеней. Кифосколиоз. Оволосение по женскому типу. Грудная клетка уплощенной формы. Ногтевые пластины тонкие, продольно исчерчены, не доходят до кончиков пальцев. Голубой цвет склер. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Рост — 153 см, вес 64кг. Из анамнеза: в детском возрасте переломы случались при обычной нагрузке на конечности (ходьба). Отмечает, что боль при этих эпизодах была терпимой. Точное количество переломов голеней и бедер вспомнить не может, за всю жизнь — около 30. Из-за деформации нижних конечностей не может самостоятельно передвигаться, использует инвалидную коляску.

Выводы. Данный случай демонстрирует случай редкого заболевания — несовершенного остеогенеза, сопровождающийся частыми переломами костей с нетипичными клиническими проявлениями, что необходимо учитывать в клинической практике врача любой специальности.

Р. В. Тарновский*, Н. В. Тамкович*,
А. В. Мишенин*, О. В. Березина*
**МЕТОД БИОЧИПОВ (MICROARRAY) В ДИАГНОСТИКЕ
ХРОМОСОМНЫХ АББЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
ГЕМОБЛАСТОЗАМИ**

*Кафедра терапии, гематологии и трансфузиологии ФПК и ППВ
Институт химической биологии
и фундаментальной медицины СО РАН
Научный руководитель д.м.н. проф. И. Б. Ковынев*

Актуальность. В настоящее время microarray технологии находят применение в различных областях практической медицины. В частности, в онкогематологии данный метод позволяет одновременно выявлять широкий спектр клинически значимых генетических аномалий для определения прогноза и тактики лечения пациентов с гемобластозами.

Цель исследования: с помощью метода геночипирования определить наиболее характерные профили экспрессии химерных генов у больных бластными формами гемобластозов.

Материал и методы: на базе Городского гематологического центра г. Новосибирска обследовано 48 пациентов с бластными формами гемобластозов: 37 больных острым миелобластным лейкозом (ОМЛ), 9 пациентов с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ) и 2 человека с миелодиспластическим синдромом (МДС рефрактерная анемия с избытком бластов). Средний возраст больных составил $48 \pm 26,3$ лет. В зависимости от эффективности проводимой ПХТ все пациенты были разделены на две прогностические группы: с благоприятным прогнозом (7 человек (14,5%)) у которых удалось добиться стойкой клинико-гематологической ремиссии заболевания и с неблагоприятным прогнозом (41 пациент (85,4%)) у которых отмечалось прогрессирование или рецидив заболевания на фоне ХТ. У пациентов с помощью метода геночипирования проведен анализ 96 образцов РНК клеток КМ и периферической крови. 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). Полученные данные об экспрессии указанных генов сопоставляли с эффективностью программной полихимиотерапии и прогнозом заболевания.

Результаты исследования. Генетические мутации в клетках костного мозга и периферической крови были выявлены с одинаковой частотой в группе благоприятного и неблагоприятного прогноза 4 (58%) и 25 (60%) пациентов, соответственно. В группе благоприятного прогноза наиболее часто встречались одиночные хромосомные aberrации, приводящие к повышен-

ной экспрессии химерных генов — AML/ETO (у 3 пациентов с ОМЛ) и MLL (у 1 пациента с ОЛЛ). В группе пациентов с неблагоприятным прогнозом заболевания, в отличие от предыдущей группы, с частотой 28% отмечено наличие в клетках костного мозга и периферической крови 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). Одиночные хромосомные aberrации (наиболее часто ген AML/ETO) отмечены у 18 больных (72%, соответственно).

Выводы: полученные результаты указывают на то, что у больных бластными формами гемобластозов с неблагоприятным течением заболевания и рефрактерностью к проводимой терапии достоверно чаще встречаются множественные генетические aberrации с наиболее частым профилем аномальных генов: MLL, AML/ETO, BCR/ABL и MLL, AML/ETO и TEL/AML, в отличие от пациентов группы с благоприятным прогнозом заболевания, у которых преимущественно отмечаются одиночные генетические aberrации. Таким образом, определение генетического профиля методом геночипирования позволяет одновременно выявлять широкий спектр клинически значимых генетических аномалий для определения прогноза и тактики лечения пациентов с бластными формами гемобластозов.

Р.В. Тарновский*

АУТОИММУННЫЙ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ СИНДРОМ (ALPS): ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ, ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

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

Научный руководитель: д.м.н., проф. И. Б.Ковынев,

асс., к.м.н. Н. В. Скворцова

Актуальность. ALPS — заболевание, в основе развития которого лежат врожденные дефекты Fas-опосредованного апоптоза лимфоцитов, что приводит к потере контроля над пролиферацией лимфоидных клеток и негативной селекции лимфоцитов. Заболевание характеризуется хронической незлокачественной лимфопролиферацией и гипергаммаглобулинемией, которые могут сочетаться с различными аутоиммунными нарушениями (аутоиммунная гемолитическая анемия, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, аутоиммунная нейтропения и др.). Прогноз зависит от тяжести течения заболевания, которая определяется выраженностью аутоиммунных

проявлений. В тоже время, согласно данным литературы у пациентов, страдающих ALPS, со временем увеличивается частота развития злокачественных новообразований (гемобластозов, лимфом, солидных опухолей) и аутоиммунных заболеваний, что обуславливает необходимость своевременной диагностики и адекватной терапии данного патологического состояния.

Цель: описание особенностей манифестации, диагностики и клинического течения ALPS на примере пациентки молодого возраста.

Материал. Пациентка В. 18 лет, с июня 2010 года отмечает появление петехиальной сыпи и экхимозов на коже нижних конечностей. При обследовании в онкогематологическом отделении НЦРБ ВАСХНИЛ в ОАК: Нб-103г/л, Le-4,0x10⁹/л, Тр-4x10⁹/л, в миелограмме — раздражение мегакариоцитарного ростка. Выставлен диагноз: иммунная тромбоцитопеническая пурпура, проводилась терапия ГКС, уровень Тр повысился до 130x10⁹/л. В дальнейшем в ОАК отмечалось колебание уровня Тр-(30-50x10⁹/л), без кожно-геморрагического синдрома, терапии не получала. В марте 2011г после перенесенного ОРВИ в ОАК: панцитопения (Ег-1,8x10¹²/л, Нб-60 г/л (49 г/л — в динамике) Rt-70%, Le-1,2x10⁹/л, Тр - 70x10⁹/л), в Б/Х: непрямая гипербилирубинемия до 41 ммоль/л, СРБ 3 нормы, прямая проба Кумбса (+++). При объективном осмотре — увеличение шейно-надключичных л/у до 1,5-3 см, селезенка (+12 см), субиктеричность склер. По данным КТ брюшной полости — гепатоспленомегалия (S селезенки-122 см²), лимфоаденопатия брюшной полости и забрюшинного пространства (d-13,9мм). По данным КТ органов грудной клетки: интерстициальные инфильтративные очаговые изменений легочной ткани, увеличение внутригрудных лимфоузлов (до 5см в D). Госпитализирована в гематологическое отделение ГГЦ. При обследовании: в миелограмме 12,5% мелких и 3,5% крупных атипичных лимфоидных элементов. В отпечатках трепанобиоптата — 7,5% атипичных лимфоидных элементов. Проведена биопсия шейно-надключичного лимфоузла, гитоморфология и иммуногистохимия: хроническая реактивная фолликулярно-паракортикальная гиперплазия с Т-клеточной активацией. Гитологические препараты консультированы в Гематологической клинике г.Франкфурт — подтвержден реактивный характер процесса. Методом ПЦР исключены CMVi EBV-инфекции. Учитывая наличие основных критериев заболевания выставлен ДЗ: Аутоиммунный лимфопролиферативный синдром. Рекомендовано генетическое исследование генов Fas опосредованного апоптоза. Проведена терапия ГКС на фоне которой отмечается уменьшение размеров селезенки, купирование аутоиммунной цитопении.

Выводы. Таким образом, наличие у пациента лимфопролиферативного синдрома, аутоиммунной цитопении, гепатоспленомегалии не связанные с инфекцией, системными заболеваниями соединительной ткани и онкологическими процессами, а так же хороший ответ на терапию ГКС является показанием для включения в круг дифференциально-диагностического поиска аутоиммунного лимфопролиферативного синдрома (ALPS), с обязательным исследованием генов Fas опосредованного пути апоптоза.

И.А. Толмачёв
**АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО
ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА**

*Кафедра факультетской терапии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. А. Балашов*

Тема работы является весьма актуальной в свете таких фактов, как низкий процент высеваания возбудителя из образцов крови пациентов, а также в связи малой доступностью (для большинства пациентов) чреспищеводного ультразвукового исследования, что не дает возможности при постановке диагноза опереться одновременно на два «больших признака» инфекционного эндокардита. Следствием из вышесказанного является вывод о необходимости ориентироваться в многообразии «дополнительных признаков», а также состояний предикторов развития инфекционного эндокардита и в вариантах осложнения данной патологии. Данные состояния весьма вариабельны и достаточно жестко связаны эпидемиологическими, экологическими, экономическими и социальными факторами.

Цели исследования — выявить закономерности клинического течения современного инфекционного эндокардита, а так же составить наиболее полный «портрет» человека склонного к развитию инфекционного эндокардита.

В ходе исследования были использованы такие методы как:

- анализ литературы, посвященной инфекционному эндокардиту;
- разбор конкретных клинических случаев и анализ историй болезни пациентов в соответствии с целями и задачами исследования;
- статистический и системный анализ полученных данных;

В ходе исследования было рассмотрено 16 пациентов, которые проходили лечения в кардиологическом отделении МУЗ ГKB №1.

Были получены следующие результаты:

- возраст пациентов от 41 до 81 года, притом средний возраст составляет 58 лет, а наибольшая плотность пациентов в возрастной группе от 50 до 60 лет;
- 15 пациентов из 16 мужского пола и одна пациентка женского;
- 5 пациентов имели первичный эндокардит, 11 вторичный у 3 протезный эндокардит;
- возбудителя удалось обнаружить у 4 пациентов;
- среди пациентов достоверно курящих 10;
- от момента заболевания до постановки диагноза проходит в большинстве случаев 2–3 месяца, однако, есть случаи постановки диагноза и начала лечения через 2 недели, а также через 1,5 года.

— у 2 пациентов процесс локализован одновременно на 2 клапанах у одного на митральном и аортальном, а у другого на трикуспидальном и митральном;

тральном клапане, у 2 пациентов на трикуспидальном, у 6 на митральном, у 6 на аортальном;

— как правило при лечении наблюдается положительная динамика, однако 3 пациентам назначена операция по замене клапана протезом;

— для антибактериальной терапии в большинстве случаев используется цефалоспорины III поколения, либо пенициллины в сочетании с «Гентомицином», а при неэффективности с переходом на «Ванкомицин», в 1 случае использован «Зивакс».

Выводы — на основании исследованного материала и рассмотренных клинических случаев было отмечено разнообразие клинических форм эндокардита, частая «размытость» клинической картины, длительный интервал между началом заболевания и постановкой диагноза, что приводит к значительной деформации клапанов и инвалидизации пациентов. Из этого сделан вывод о необходимости расширения кабинетов проводящих чреспищеводное УЗИ, а так же создание централизованной городской бактериологической лаборатории имеющей качественные среды.

Т. С. Тотолина*, С. Р. Ноговицина*,
Н.Ф. Яковлева

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Кафедра поликлинической терапии и ОВП,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Н. Березикова*

Цель исследования. Изучить влияние полиморфных вариантов генов eNOS на состояние функции эндотелия, а также на риск развития и характер течения ХСН у больных с ИБС.

Материал и методы. Обследовано 106 пациентов с ХСН ишемической этиологии (средний возраст $55,9 \pm 5,8$ лет). Идентификацию генотипов проводилась с помощью ПДРФ-анализа ПЦР-продуктов. Эндотелиальная дисфункция оценивалась доплерометрическим измерением диаметра плечевой артерии в покое и в пробе с реактивной гиперемией и нитроглицерином. Группу контроля составили 136 практически здоровых лиц (средний возраст $53,6 \pm 4,8$ лет).

Результаты. Дисфункция эндотелия нарастала по мере прогрессирования ХСН. Прирост диаметра плечевой артерии в пробе с нитроглицерином в группе пациентов с I ФК составил 16,5%, что было на 19,5% меньше данного показателя в контрольной группе ($p < 0,01$). У пациентов с II ФК ХСН и в группе с более тяжелыми III–IV ФК ХСН прирост диаметра плечевой

артерии проявлялся еще в меньшей степени, чем в группе контроля (на 25,8% и 38,0%, соответственно, $p < 0,01$). Аллель Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS ($OR=1.731$, $C.I.=(1.229-2.438)$, $p=0.002$) и генотип Glu/Glu ($OR=1.842$, $C.I.=(1.286-2.638)$, $p=0.0008$) проявили себя как факторы риска развития ХСН. Аллель Asp ($OR=0.578$, $C.I.=(0.410-0.814)$, $p=0.002$) и генотип Glu/Asp ($OR=0.478$, $C.I.=(0.301-0.759)$, $p=0.002$) гена eNOS - как протективные факторы. При этом гомозиготы по аллелю Glu гена eNOS имели более выраженные нарушения эндотелийзависимой вазодилатации, по сравнению с носителями аллеля 298Asp.

Выводы. Аллель Glu (Glu298Asp) гена eNOS в гомозиготном состоянии ассоциируется с дисфункцией эндотелия, повышенным риском и характером течения ХСН у больных ИБС.

О.И. Харитонов*
**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ШУМА НА
ОРГАН СЛУХА**

*Кафедра неотложной терапии с эндокринологией и
профпатологией ФПК и ППВ,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Е. Л. Потеряева*

В настоящее время в структуре профессиональных заболеваний одно из ведущих мест занимает профессиональная нейросенсорная тугоухость, уровень которой в ряде отраслей промышленности достигает 35–40%, что обуславливает необходимость поиска и разработки новых методов и средств лечения с использованием современных технологий, приемов нетрадиционной терапии и других методов

В исследовании использован метод лечения хронической нейросенсорной тугоухости, основой которого является воздействие комплекса физических факторов (электростимуляция, магнитотерапия и светостимуляция), обеспечивающего высокоэффективное лечение нейросенсорной тугоухости.

Проведен анализ эффективности лечения с использованием комплексного физиотерапевтического метода. При проведении периодического медицинского осмотра мы выделили группу лиц шумоопасных профессий (60 мужчин), имеющих признаки воздействия шума на орган слуха. Это лица, при обследовании которых (осмотр ЛОР-врача, акуметрическое, аудиометрическое обследование), выявлено изменение со стороны органа слуха аудиометрически — повышение порогов звуковосприятия на высокие частоты

(4000–6000 Гц), объективный отоскопический осмотр и Ш.Р. (6 метров) не изменены.

Пролечено 30 мужчин с признаками воздействия шума на орган слуха с использованием комплексного физиотерапевтического метода и медикаментозной терапии (вазоотропные препараты, витамины группы В и антиоксиданты). Контрольную группу составили пациенты (30 мужчин) с признаками воздействия шума у которых в лечении использовалась только медикаментозная терапия. Средний возраст в обеих группах составил: опытная группа — 47,5 лет, контрольная группа — 45,4 лет. Эффективность лечения оценивалась по улучшению аудиометрических показателей.

После лечения в опытной группе у 24 % обследуемых данные аудиометрии полностью нормализованы. Это лица, у которых нет сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, возраст которых составил 35–42 года. При наличии сопутствующей патологии (вегето-сосудистой дистонии, артериальной гипертензии, шейного остеохондроза) наблюдалось улучшение аудиометрических показателей, повышение порога восприятия на 20–25 дБ. Отсутствие каких-либо положительных изменений при аудиометрическом обследовании после лечения были выявлены у 6 % обследуемых в опытной группе.

В контрольной группе у 20 % обследуемых после лечения данные аудиометрии полностью восстановлены. У 56% обследуемых наблюдалось улучшение аудиометрических показателей в виде повышении порога восприятия на 20–25 дБ. У 24% обследуемых значимых изменений не выявлено.

Таким образом, при использовании сочетанных (одномоментных) физиовоздействий вместе с медикаментозной реабилитацией у большего числа пациентов с признаками воздействия шума восстанавливаются аудиометрические показатели. Такие лица дольше сохраняют трудоспособность в своей профессии, снижается риск возникновения профессиональных заболеваний.

Д.В. Цайзер*

**ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ
РАБОТНИКОВ НЕФТЕГАЗОВОГО КОМПЛЕКСА**

*Кафедра неотложной терапии с эндокринологией и
профпатологией ФПК и ППФ,*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Е. Л. Потеряева*

Ключевой момент новой идеологии в области охраны труда — переход от реагирования на уже произошедшие несчастные случаи к их предупре-

ждению, реализация комплекса превентивных мер, направленных на сохранение здоровья работающего населения.

Нефтегазодобывающая отрасль является одной из ведущих отраслей промышленности в нашей стране. На работах в нефтедобыче заняты сотни тысяч человек. Это обуславливает интерес работодателей к повышению эффективности систем менеджмента охраной профессионального здоровья. В этой связи важную научно-практическую значимость и актуальность приобретают исследования, направленные на выработку научно-обоснованных методов профилактики и здоровьесберегающих технологий в производственных отраслях экономики.

Целью исследования являлась разработка эффективной модели организации комплексного медицинского обслуживания работников на основе изучения состояния проблемы медицинского обеспечения на развивающемся нефтедобывающем предприятии ЗАО «Ванкорнефть» (Красноярский край).

Данный проект ставил перед нами следующие задачи:

1. Реализация комплексной модели охраны здоровья работников промышленных предприятий, включающей учет оценки вредных факторов и условий труда на рабочем месте (оценка профессионального риска).
2. Удовлетворение потребностей работников в качественной и доступной медицинской помощи с использованием передовых медицинских и информационных технологий, в том числе использование телемедицины.
3. Предоставление предприятию услуг по сохранению и укреплению здоровья персонала; снижению экономических и юридических рисков, связанных с временной нетрудоспособностью, утратой здоровья, производственным травматизмом; создание эффективной системы социальной поддержки и мотивации персонала, направленной на увеличение производительности.

Разработана инновационная модель здоровьесбережения работников нефтегазового комплекса, состоящая из нескольких блоков:

1. Медицинское обслуживание, включающее в себя проведение медицинских осмотров, круглосуточное медицинское обслуживание на производственных участках, вакцинопрофилактика сезонных и эндемичных заболеваний, реабилитация, создание электронной базы данных работников предприятия по результатам медосмотров и медицинского обслуживания.
2. Система аттестации рабочих мест по условиям труда и производственного контроля на предприятии.
3. Образовательные технологии для осуществления обучения работников предприятий методам оказания первой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях с учетом специфики нефтегазовой отрасли.

Данная модель возможна и эффективна только при участии сторонней специализированной организации на принципах аутсорсинга. Предлагаемый инновационный подход к здоровьесбережению работников нефтедобывающей отрасли является наиболее эффективной и экономически выгодной в современных условиях.

Е.А. Чекалина, Е.Н. Новохотько
**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ
СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ**

*Кафедра внутренних болезней лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Т. С. Суворова*

Актуальность. Системные васкулиты — группа заболеваний, в основе которых лежит генерализованное поражение сосудов с вторичным вовлечением в патологический процесс различных органов и тканей. В последние годы во всем мире наметилась тенденция к повышению заболеваемости системными васкулитами. Клиническая картина большинства этих заболеваний неспецифична, что приводит к диагностическим ошибкам. Системные васкулиты относятся к инвалидизирующим заболеваниям, в связи с чем существует необходимость их ранней диагностики.

Цель данного исследования: изучение основных клинико-эпидемиологических аспектов при системных васкулитах у больных Новосибирской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 37 историй болезни больных (мужчин 11 (30 %) и женщин 26 (70 %)) системными васкулитами, находившихся на лечении в нефрологическом, пульмонологическом, ревматологическом отделениях ГБУЗ НСО ГНОКБ в период с 1 января 2010 года по 31 января 2012. Возраст больных колебался от 18 до 73 лет. Средний возраст составил $47,6 \pm 3,5$ лет. Прижизненная биопсия почки проводилась 6 больным, кожного лоскута у одного пациента: данные патоморфологического исследования подтвердили диагноз в 100 % случаев: 8 АНЦА (22%) наблюдений АНЦА-ассоциированного васкулита (микроскопический полиангиит, гранулематоз Вегенера, синдром Чардж-Стросса) и 29 (78%) — других системных васкулитов (узелковый полиартрит, криоглобулинемический васкулит, геморрагический васкулит, неспецифический аортоартериит, болезнь Гудпасчера). IV. Результаты. Пик заболеваемости пришелся на возраст 50–60 лет, обусловив 8 (22%) новых случаев в общей исследуемой группе. Число госпитализаций в среднем составило $3,5 \pm 0,8$, возрастая до $6,0 \pm 1,5$ в группе больных гранулематозом Вегенера; в группе других системных васкулитов этот показатель был равен $3,2 \pm 1,2$. Указание на возможный этиологический фактор имели место у 7 пациентов (18,9%): вирусные гепатиты В (2,7%) и С (10,8%), с применением лекарственных средств (димексид (2,7%), цефалоспорины III поколения (8,1%)). В 18 (48,6%) случаев болезнь дебютировала поражением почек (остронефритическим синдромом (38,8%), нефротическим синдромом (33,3%), быстропрогрессирующей почечной недостаточностью (22,2%); в 3 (8,1%) случаях легких (бронхообструктивным синдромом (2,7%), дыхательной недостаточностью (5,4%); в 14 случаев

(37,8%) сосудистой пурпурой кожи (35,1%), язвенно-некротическим васкулитом (16,2%), геморрагической сыпью (8,1%); в 17 (45,9%) случаях лихорадочным синдромом, в 8 (21,6%) случаях похудением. С течением времени поражения почек развивались у 70,3% пациентов, легких у 62,2%, кожи у 59,5%, сердечно-сосудистой системы у 21,6%, периферической нервной системы 45,9%, лор-органов у 18,9%, опорно-двигательного аппарата у 62,2%, офтальмологических у 10,8%. Активность процесса определенная на основании клинико-лабораторных данных с использованием шкалы BVAS распределилась следующим образом: I степень — 18,3%, II степень — 40,8%, III степень — 40,9%, при этом она коррелировала со степенью снижения СКФ, уровнем повышения креатинина, повышением уровня фибриногена, СОЭ, ревматоидного фактора, спектра антиядерных антител и присутствия АНЦА.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о преобладании в группе исследуемых больных пациентов женского пола в возрасте 50-60 лет, наиболее частые поражения легких, почек, опорно-двигательного аппарата и кожи, степень активности процесса по шкале BVAS сопровождалась повышением уровня креатинина, фибриногена, СОЭ, спектра антиядерных антител и АНЦА, понижением СКФ.

Л.О. Яковлева, Л.Ю. Карпова
**СОСТОЯНИЕ НУТРИЦИОННОГО СТАТУСА И ХАРАКТЕР
ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

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

Цель исследования. Методом анкетирования оценить характер питания и индекс массы тела (ИМТ) у больных старшего возраста.

Материал и методы исследования. Обследовано 58 больных (11 мужчин и 47 женщин) в возрасте 70–87 лет. Анкета содержала 15 вопросов, включающих оценку аппетита, рациона питания и функцию кишечника пациентов. Исследование индекса массы тела проведено согласно весоростовому индексу (Кеттле).

Результаты исследования. У основной группы больных (75,9%) в период госпитализации в терапевтическое отделение наблюдались заболевания сердечно-сосудистой системы (с преобладанием артериальной гипертензии — АГ (72,7%), значительно реже — респираторной (12,1%) и других систем. Оценка аппетита показала, что за последние 3 месяца у 65,5%

больных он не менялся, тогда как у 31,0% был снижен, а у 3,5% (2 человека) полностью потерян. Наиболее вероятно, причинами снижения аппетита являлись декомпенсация хронической сердечной недостаточности; полная потеря аппетита была обусловлена наличием у больных обострения эрозивного гастрита и язвенной болезни 12-перстной кишки (по 1 случаю). За последние 2–3 месяца похудание на 1–4 кг отметили 36,2% больных (в основном с АГ). Среди продуктов, богатых белком, 44,8% пациентов предпочитали ежедневный прием мяса, рыбы и птицы, 36,2% — ежедневный прием молочных продуктов, а 19,0% — еженедельный прием бобовых и яиц. Прием овощей ежедневно отметили только 62,1% больных. Проблемы с питанием отсутствовали у 79,4% пациентов, 10,3% не могли его оценить и 10,3% (6 человек) считали, что они питаются плохо, объясняя это недостатком денежных средств. При этом индекс массы тела (ИМТ) у 5 из них был в диапазоне 21,0–23,0, а у 1 — 27,4. Основная группа пациентов (89,7%) принимала пищу в течение дня 3-кратно и 10,3% — 2-х-кратно. Исследование ИМТ свидетельствует, что у 75,9% больных наблюдались либо избыточная масса тела (МТ) — 48,3%, либо ожирение 1 (19,0%) и реже — 2 и 3 степени (6,9% и 1,7%). Остальные 17,2% больных имели нормальный ИМТ, а у 6,9% (4 человека) был его дефицит (ИМТ менее 18,5). В группе больных с избыточной МТ, ожирением и нормальным ИМТ преобладали женщины, тогда как при дефиците МТ мужчин и женщин было поровну. У 48,3% пациентов нарушений со стороны дефекации не наблюдалось, у 41,4% выявлена склонность к запорам и у 10,3% — к частым поносам и их чередованию с запорами. Исследование ИМТ показало, что у 4 человек он соответствовал избыточной МТ, у 6 — нормальной и у 1 — был менее 19 (все пациенты с АГ). В целом, уровень общего белка у обследованных пациентов составил $72,2 \pm 4,7$ г/л, альбуминов — $42,8 \pm 3,3$ %. При этом в 15,5% случаев уровень общего белка соответствовал $62,6 \pm 2,1$ г/л, а в 5,2% наблюдалась гипоальбуминемия ($29,7 \pm 2,1$ %). Среди пациентов с пониженным уровнем белка крови у 5 человек имелись избыточная МТ и ожирение 1 степени, у 3 — нормальный вес и только у 1 больного его дефицит неуточненного генеза.

Выводы. Среди пациентов старших возрастных групп нередко наблюдается снижение аппетита и некоторое похудание, обусловленное наличием общесоматической патологии. В целом, по уровню потребления белка питание больных следует признать полноценным, тогда как по уровню приема овощей — нерациональным. При этом у более $\frac{3}{4}$ пациентов выявлены избыточная МТ и ожирение преимущественно 1 степени. Указанное диктует необходимость индивидуальных диетических рекомендаций, направленных на снижение МТ и адекватную физическую активность больных.

М.А. Калачева, О. А. Коровина,
**СОДЕРЖАНИЕ ЛИПИДОВ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНОГО
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЛЕЧЕНИЯ**

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

Цель работы: определить зависимость содержания липидов крови от уровня тревожности и темперамента пациента, а также антигипертензивной терапии (АГТ), связанной (АГТ+С) и не связанной (АГТ) с назначением седативных препаратов (С).

Материал и методы. С 2008 по 2012г обследовано 208 мужчин ($50,4 \pm 0,4$ 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, содержание в сыворотке крови: общего холестерина (ОХ), триглицеридов (Тг), липопротеидов (ЛП) высокой (ЛПВП) и суммарную фракцию ЛП низкой и очень низкой плотности (ЛПНП+ЛПОНП). Группы «ВТ-1»-пациентов Х, С, Ф и М и НТ-пациентов Х, С, Ф и М (по 24–26 чел в каждой) получали АГТ без седативных. Группы «ВТ-2» Х, С, Ф и М-пациентов получали «АГТ+С». Из седативных в 96% случаев — сибазон. НТ в седативных не нуждались. В 96% случаев НТ получали препараты АГТ в минимальной суточной терапевтической дозе ввиду выраженного гипотензивного эффекта, а ВТ- в максимальной суточной терапевтической дозе. Учитывали долю лиц в группах больных, перенесших транзиторное острое нарушение мозгового кровообращения (Т-ОНМК).

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. Содержание ОХ, Тг, ЛПНП+ЛПОНП снижалось, а ЛПВП увеличивалось в том же порядке. Причем, у ВТ-лиц содержание ОХ, Тг, ЛПНП+ЛПОНП было выше, а ЛПВП ниже, чем у НТ соответствующего темперамента. У ВТ(НТ)-пациентов содержание липидов атерогенных фракций (ОХ, Тг, ЛПНП+ЛПОНП) было выше, а ЛПВП ниже, чем у здоровых ВТ(НТ)- лиц равного темперамента. Исследование показало, что на фоне «АГТ+С» величина РТ(ЛТ) достоверно снижалась в указанном выше «темпераментальном» ряду на $30,6 \pm 0,5\%$, $32,5 \pm 0,6\%$, $34,4 \pm 0,5\%$ и $36,4 \pm 0,6\%$, соответственно. Это сочеталось с тем, что в указанном ряду содержание ОХ, Тг, ЛПНП+ЛПОНП было на $19,4 \pm 0,5\%$, $18,5 \pm 0,4\%$, $17,8 \pm 0,6\%$ ниже, а ЛПВП на $19,6 \pm 0,5\%$ выше, чем у ВТ, получавших только «АГТ».

Содержание липидов у ВТ, получавших «АГТ+С» приближалось к таковому у НТ-пациентов соответствующего темперамента. Также было установлено, что доля лиц, перенесших транзиторные ишемические атаки головного мозга в группе ВТ-пациентов на фоне АГТ было на $27,3 \pm 0,4\%$, чем в группе ВТ, получавших «АГТ+С». У последних число лиц с Т-ОНМК приближалось к таковому в группе НТ-пациентов.

Заключение. У ВТ-пациентов содержание ОХ, Тг, ЛПНП+ЛПОНП выше, а ЛПВП ниже, чем у НТ-пациентов. С такими различиями тесно связано увеличение доли лиц с Т-ОНМК в группе ВТ-лиц. Назначение «АГТ+С» снижало величину РТ(ЛТ) в среднем на 30%, что сочеталось с повышением содержания ЛПВП, снижением липидов атерогенных фракций и доли лиц, перенесших транзиторные ОНМК.

М.А. Калачева, О.А. Коровина
**ДИНАМИКА МИНУТНОГО ОБЪЕМА КРОВОТОКА
В МАГНИТОВОЗМУЩЕННЫЕ ДНИ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ
ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ**

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

Цель работы. В магнитовозмущенные дни изучить особенности изменения минутного объема кровотока (МОК, л) у больных гипертонической болезнью (ГБ) мужчин с различным темпераментом, высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем тревожности.

Материал и методы. С 2008 по 2012гг обследовано 248 мужчин ($54,2 \pm 1,8$ года) страдающих ГБ-II стадии, 2 степени риск 3. Посредством психологических тестов в ВТ- и НТ-группах определен превалирующий темперамент: холерический (Х), сангвинический (С), флегматический (Ф) и меланхолический (М). Группа контроля — 95 здоровых мужчин. Группы сопоставимы. Рассчитывали МОК, определяли активность симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отделов ВНС посредством вегетативного индекса Кердэ (ВИК). Учитывали гамма-фон окружающей среды. Данные анализировали за 1–7 суток до магнитной бури (МБ), в период (0) и в течение 1–7 дней от начала МБ.

Результаты. Установлено, что у ВТ/Х и ВТ/С превалировал SNS-, а у ВТ/Ф и ВТ/М – PSNS отдел ВНС. У НТ/Х и НТ/С равновесность отделов несущественно смещена в сторону SNS, а у НТ/Ф и НТ/М — PSNS-отдела ВНС. Содержание кортизола у первых было выше, а альдостерона ниже, чем у вторых, что трактовалось как превалирование активности ренин-

ангиотензин-альдостероновой системы (РААС, по альдостерону) у Ф и М. Больные получали антигипертензивную терапию (АГТ), которая совпадала или не совпадала с блокадой активности SNS (β -адреноблокаторы или БАБ) у ВТ(НТ)Х и ВТ(НТ)С или активности РААС (ингибиторы АПФ) у ВТ(НТ)Ф и ВТ(НТ)М. Во все дни исследования МОК достоверно снижались в ряду: ВТ(НТ) Х>С>Ф>М. До МБ МОК у ВТ был выше, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента на $35,2 \pm 0,3\%$ ($5,5 \pm 0,2$ и $3,6 \pm 0,2$ л, соответственно. За сутки и в 1-2 сутки МБ гамма-фон увеличивался с $9,9 \pm 0,2$ до $11,9 \pm 0,3$ мкР/час. В дни МБ у ВТ/Х и ВТ/С положительные значения ВИК существенно увеличивались, а у ВТ(НТ)Ф и ВТ(НТ)М снижались. МОК у всех ВТ(НТ)- больных увеличивался от исходного на $45,5 \pm 0,4\%$. Однако изменения ВИК и увеличение МОК у ВТ(НТ)/Х пришлось за сутки до МБ, у ВТ(НТ)/С в день МБ, у ВТ(НТ)/Ф на 2-е, а у ВТ(НТ)/М на 3-и сутки от начала МБ. В последующее сутки МОК снижался до исходного: у ВТ(НТ)Х на 2-е, у ВТ(НТ)/С на 3-и, у ВТ(НТ)Ф и М на 4 сутки от начала МБ. Если АГТ совпадала с блокадой SNS (БАБ) у ВТ(НТ)Х и С, а у ВТ(НТ)Ф и М с блокадой РААС (иАПФ), то МОК у ВТ(НТ)-лиц был ниже в среднем на $20,2 \pm 0,2\%$. В связи с повышением гамма-фона среды (в границах нормы) нельзя исключить повышение свободно-радикального перекисного окисления липидов, повышения активности SNS и МОК, перехода организма на более напряженный уровень функционирования.

Заключение. На фоне АГТ величина МОК зависит от темперамента и уровня тревожности: у симпатотоников Х и С он выше, чем у парасимпатотоников Ф и М, а у ВТ МОК выше, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. В период МБ МОК увеличивался: у Х и С в 1-2 сутки, у Ф и М 3-4 сутки от начала МБ. АГТ, совпадающая с блокадой SNS-отдела ВНС у Х и С, и РААС у Ф и М более эффективно снижает МОК во все дни, в том числе и в период МБ.

Ф.В. Никольский, Е.А. Олейник, Д.Ю. Коллойда,
П. В. Жеребцов, Е. Л.Сарычев, И. В. Карпушкина, А. Г. Усенко,
Т. Ю. Козырева, Н. П. Величко, О. Н. Нищета

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ
ЭТАНОЛОМ У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ
И ТРЕВОЖНОСТЬЮ**

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

Цель работы. Изучить особенности течения острого отравления этанолом средней степени тяжести у мужчин с различным темпераментом,

высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем тревожности, а также оценить эффективность базовой детоксикационной терапии (БДТ) с применением и без применения седативных препаратов.

Материал и методы. В период с 2008 по 2012гг обследовано 96 мужчин ($38,3 \pm 0,3$ года) с острой алкогольной интоксикацией на фоне хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). Посредством психологических тестов в каждой группе определен превалирующий темперамент: холерический (Х), сангвинический (С), флегматический (Ф) и меланхолический (М), а также уровень тревожности и степень депрессивности. Равновесность отделов ВНС: симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) определяли посредством вегетативного индекса Кердэ (ВИК). Рассчитывался лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). ВТ-пациенты *группы сравнения* ($n=34$) и НТ (*контрольной группы*, $n=32$) получали только «БДТ», *основная группа* ВТ пациентов ($n=30$) получали «БДТ+ Сибазон».

Результаты. Было установлено, что из 64 ВТ-лиц 45 (65,6%) поступили в коматозном состоянии, а в группе НТ-7 человек (25%) ($p<0,05$). В последующие сутки значения ВИК у ВТ свидетельствовали о превалировании SNS- влияний, а у НТ PSNS (у 46%) и равновесности отделов ВНС (у 56%). Величина ЛИИ у ВТ, получавших БДТ, был достоверно выше, чем у НТ. Депрессивность легкой степени (ситуативного) характера отмечена только у ВТ/Ф и ВТ/М. На фоне БДТ НТ пациенты выписывались на $4,2 \pm 0,3$ сутки, ВТ — на $7,3 \pm 0,3$ сутки ($p<0,05$). Однако в основной группе ВТ-пациентов, получавших «БДТ + Сибазон», ЛИИ был практически таким же, как у НТ-лиц и такие ВТ-пациенты выписывались в те же сроки, что и НТ: на $4,8 \pm 0,4$ сутки ($p>0,05$)

Таким образом, в отличие от низкого-, наличие высокого уровня тревожности на фоне ХАИ (в посткоматозный период) сочеталось с повышением активности SNS отдела ВНС и являлось фактором, способствующим объективно более длительному восстановлению организма (по койко-дням), что не позволяло врачу выписать в сроки, указанные для НТ. Это и наличие высокого ЛИИ могут говорить о более низких резервных и адаптивных возможностях ВТ-организма, по сравнению с НТ, в указанных условиях отравления.

Заключение. На фоне ХАИ у ВТ-лиц, в отличие от НТ, острое отравление этанолом сопровождается состоянием с высоким риском для жизни (кома I) и последующей депрессией у ВТ/Ф и ВТ/М. Течение адаптивной реакции у ВТ протекает с повышением активности SNS, а у НТ- PSNS отдела ВНС, либо их равновесности. Длительность лечения у ВТ на 3 суток выше, чем у НТ. На фоне базовой детоксикационной терапии назначение седативных средств ВТ-пациентам приближает сроки выписки к таковым у НТ-пациентов.

М.А. Калачева, О.А.Коровина, Д. Ю. Коллойда,
Е. Л. Сарычев, П. В. Жеребцов, И. В. Карпушкина,
А. Г. Усенко, Т. Ю. Козырева, Н. П. Величко, О.В.Нищета,
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ
УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ
ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ**

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

Цель работы. По данным фиброгастродуоденоскопии изучить особенности прижигающего действия УК на слизистую пищевода, желудка и 12-перстной кишки у мужчин трудоспособного возраста с различным темпераментом и уровнем тревожности.

Материал и методы. В период с 2008–2012 гг в условиях токсикологического центра (ТЦ) обследовано 85 мужчин ($42,3 \pm 0,4$ года) с отравлением УК средней степени тяжести на фоне хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). Посредством психологических тестов в каждой группе определен преобладающий темперамент: холерический (Х), сангвинический (С), флегматический (Ф) и меланхолический (М), степень депрессивности, а также уровень высокой (ВТ, $n=44$ чел.) и низкой (НТ, $n=41$ чел.) тревожности. Равновесность отделов ВНС: симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) определяли посредством вегетативного индекса Кердэ (ВИК). Учитывался лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). ВТ-пациенты (основная группа) и НТ (группа сравнения) получали одну и ту же терапию: обезболивающие, антигистаминные, седативные препараты, гастропротекторы внешней- (алмагель) и внутренней (блокаторы протонной помпы, H_2 -гистаминовых рецепторов) защиты слизистой желудка, витамины группы «В» и «С». ВТ- и НТ-группы различного темперамента были сопоставимы по антропо-социальным показателям.

Результаты. Установлено, что среди ВТ-лиц коматозное состояние обнаружено у 17 человек (39%) а у НТ — 5 (12,2%)($p<0,05$). На 4–15 сутки гиперсимпатикотония отмечена у 42 ВТ-лиц (96%) а у НТ у 4 (9,8%)($p<0,05$). Величина ЛИИ у ВТ-лиц была существенно выше, чем у НТ. Такие различия сохранялись до выписки из ТЦ. ВТ выписывались через $10,2 \pm 0,4$, а НТ через $7,2 \pm 0,2$ суток от момента поступления. Данные ФГДС показали наличие катарально-серозно-фибринозно-эрозивного поражения слизистой желудка: у ВТ/Х, ВТ/С, ВТ/Ф и ВТ/М — всего 42 человек (96%), а у НТ/Х, НТ/С, НТ/Ф и НТ/М такие сдвиги получены всего у 10 человек (24,4%)($p<0,05$). Отравление УК проявляется местным прижигающим действием на пищевод, желудок, ДПК и резорбтивным (гемолиз, поражение канальцев почек и др.) Судя по всему, ВТ-организм, в отличие от НТ, пред-

ставляет собой более уязвимую мишень. В условиях гиперсимпатикотонии у ВТ/Х и ВТ/С, происходит увеличение притока крови к «ядру тела» (мозг-сердце), но снижение кровотока и слизиобразования в органах желудочно-кишечного тракта. Вероятно, у ВТ/Ф и ВТ/М на фоне депрессии также снижено слизиобразование, что и привело к более тяжелому поражению. Таким образом, защита слизистой у ВТ-лиц ниже, а выраженность поражений выше, чем у НТ.

Заключение. На фоне ХАИ и проводимой однотипной детоксикационной терапии ВТ-лица, в отличие от НТ, являются группой риска, более выраженного поражения слизистой желудка и длительного лечения в ТЦ.

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Л.А.Иващенко*

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ «СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС» В РАБОТУ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА БУЗ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Кафедра сестринского дела,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю.О. Ким.

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» и «Концепции демографического развития Российской Федерации до 2015 года» предусматривает сохранение и улучшение здоровья населения, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности. Одним из решений этой стратегической задачи является разработка оптимальных вариантов организации сестринского ухода за пациентами, исходя из особенностей социально-экономического уровня развития региона, состояния здоровья населения и обеспеченности ресурсами системы здравоохранения.

Цель исследования. Определение эффективности внедрения технологии «сестринский процесс» в отделении для новорожденных недоношенных детей БУЗОО «Областная детская клиническая больница».

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Областная детская клиническая больница». В рамках исследования определено значение инновационной деятельности сестринского персонала на примере отделения для новорожденных недоношенных детей и обоснование внедрения сестринского процесса в работу отделения; проведен анализ инновационной деятельности сестринского персонала, определена эффективность внедрения технологии «сестринский процесс»; проведена оптимизация кадрового состава медицинских работников отделения; разработаны рекомендации по дальнейшему совершенствованию работы медицинских сестер в условиях инновационных технологий.

Результаты исследования. Большинство детей поступают в отделение для новорожденных недоношенных детей в тяжелом состоянии: гипоксическое поражение центральной нервной системы — 71%, инфекционные заболевания — 13%, пороки развития 11%, различные заболевания — 5%. Все эти пациенты требуют интенсивной терапии и современных подходов к выхаживанию, поэтому было принято решение о внедрении новых сестринских технологий по организации ухода за недоношенными детьми. Во время подготовки к работе в новых условиях была разработана модель внедрения технологии «сестринский процесс» в практическую деятельность отделения и определены этапы ее внедрения, разработан пакет документации, касающийся рабочих мест: штатное расписание, должностные инструкции, почасовые графики работы, стандартные планы сестринского ухода за новорожденным согласно банка сестринских диагнозов, рекомендации по уходу, критерии качества сестринской помощи и т.д. С целью снижения нагрузки на медсестру в штатное расписание были введены должности медсестры-координатора медсестры-консультанта, медсестры молочной комнаты и медсестры по массажу. Перераспределение обязанностей позволило палатным медсестрам увеличить время на квалифицированный индивидуальный уход, от которого зависит жизнь ребенка.

Выводы:

1. Внедрение технологии «сестринский процесс» в работу отделения позволило: улучшить основные показатели работы отделения; увеличить количество времени на индивидуальный уход за недоношенным ребенком; обеспечить обучение и психосоциальную поддержку матерей, пребывающих совместно с детьми в отделении.

2. Распространение опыта внедрения технологии «Сестринский процесс» в работу других отделений больницы улучшит качество оказания медицинской помощи.

М. Ю. Дорошенко*

СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Кафедра сестринского дела,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю. О. Ким

Управление — это административная работа, организация дела, а также иногда представляется как дисциплина, которая обеспечивает приведение системы в нормальное запланированное состояние.

Цель исследования: определение современной формы управления сестринской деятельностью.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе БУЗ Омской области «Наркологический диспансер». В рамках исследования проведен анализ кадрового обеспечения сестринским персоналом наркологического отделения. С целью определения целей и задач для дальнейшего повышения эффективности управления сестринской деятельностью было проведено анкетирование 87 медицинских сестер. Анкета содержала вопросы, касающиеся удовлетворенности условиями труда; психологического климата в коллективе; возможности самореализации; удовлетворенности системой управления ЛПУ.

Результаты исследования. Анализ кадрового обеспечения сестринским персоналом, показал, что укомплектованность составляет 71%; сертификаты имеют 98,1% сотрудников; аттестовано 89% медицинских сестер. Динамика показателей в сравнение с 2010 годом имеет рост увеличения: аттестованных и сертифицированных специалистов. Анализ анкетирования медицинских сестер показал, что лучше всего налажена управленческая деятельность в системе последиplomного образования. 69% респондентов считают, что в диспансере организована система непрерывного последиplomного образования, 31% не знают. 100% респондентов назвали все предложенные формы профессиональной подготовки. 73,5% удовлетворены формами последиplomной профессиональной подготовки, 2,2% респондентов не удовлетворены, 24,3 % не знают. Чуть хуже обстоят дела по вопросам удовлетворенности управленческой деятельностью. 75 респондентов думают, что управляет сестринским персоналом главная медицинская сестра, 15 респондентов, что это главный врач, 10 отметили все вышеперечисленное, 7 совет по сестринскому делу и 2 думают, что это заместитель главного врача по медицинской части. 54 % респондентов считают самым результативным и объективным в системе контроля является устное порицание руководителя сестринской службы, 25,3% считают, что это производственное собрание, 11,5% считают приглашение на совет по сестринскому делу, а 9,2% считают, что это выговор. А вот на вопросы возможности самореализации следует обратить особое внимание. Только 50 % персонала согласно продолжить работу на тех же условиях. Отсюда следует вывод, что для оптимизации управления и сохранения персонала необходимы перемены. Медицинские сестры имеют достаточный опыт и знания, а главное желание, инициативу и готовность к новой форме управления — мотивационной. Путь к эффективному управлению человеком лежит через понимание его мотивации. Только зная то, что движет человеком, что побуждает его к деятельности, какие мотивы лежат в основе его действий, можно разработать эффективную систему форм и методов управления им.

Вывод. Анализ кадрового обеспечения сестринского персонала в Наркологическом диспансере», показал необходимость пересмотра системы подбора кадров, разработки анкеты, способствующей качественному планированию кадрового обеспечения, путем выявления у вновь поступающих на

работу необходимых качеств, для эффективной работы в наркологии. Разработанный нами план мероприятий по дальнейшему повышению эффективности управления сестринской деятельностью позволит мотивировать сестринский персонал для качественного осуществления своих должностных обязанностей.

М.А.Заиграева*
**ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
ПОЛИКЛИНИКИ**

*Кафедра педагогики и психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. А. Севостьянов*

В настоящее время синдром эмоционального выгорания признан проблемой, требующей медицинского вмешательства, и на этом основании внесен в Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения. В МКБ-10 синдром выгорания выделен в отдельный диагностический таксон — Z 73 (проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью). В связи с этими обстоятельствами, жизненно важной задачей является гармонизация личностной структуры медицинского работника и поддержание ее на достаточно высоком уровне, адекватном успешной профессиональной деятельности. Принципиально важным для успешной профилактики и коррекции синдрома «эмоционального выгорания» является вопрос о личностных факторах, способствующих и препятствующих его возникновению. Психическое состояние медицинского работника является одним из важнейших условий его труда и оказывает значительное влияние на пациента.

Цель исследования: выявление особенностей СЭВ у медицинских работников МБУЗ ГП № 22 и определение методов по профилактике, которые могут предотвратить, ослабить или исключить его возникновение.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось в МБУЗ ГП № 22 г. Новосибирска. Выборка состояла из представителей амбулаторно-поликлинической службы: врачей и медицинских сестер. Число испытуемых — 50 человек.

Результаты исследования: Статистический анализ показал, что средний возраст респондентов — 25–35 лет. 26% респондентов имеет уровень заработной платы выше среднего в целом по муниципальным бюджетным учреждениям здравоохранения города Новосибирска (определяется ежегодно Главным управлением здравоохранения мэрии города Новосибир-

ска), 64% — доход среднего уровня и 10 % — доход ниже среднего уровня. Большинство респондентов (70%) состоят в браке и имеют детей, 12% — разведены и воспитывают детей, 18% — не имеют семьи. Наиболее подвержены синдрому эмоционального выгорания респонденты, не имеющие увлечения или хобби, со стажем работы более 3 лет. Это, возможно, свидетельствует о формировании у них более слабых защитных механизмов и их недолговечности, ввиду замкнутости только на работе и отсутствия различных интересов в жизни. На стадии резистенции и истощения медработники уже нуждаются в квалифицированной психокоррекционной помощи. При проведении профилактических и психокоррекционных программ должны учитываться: фазы развития синдрома «эмоционального выгорания», преобладающие симптомы, стаж работы, информированность о лицах с наибольшей предрасположенностью к выгоранию. С целью снижения риска возникновения и развития синдрома эмоционального выгорания предложены определенные шаги по профилактике, которые могут предотвратить, ослабить или исключить его возникновение.

Выводы. Синдром эмоционального выгорания — сложный психофизиологический феномен. Главный источник эмоционального выгорания — это взаимодействие с людьми. Проведенные исследования выявили наиболее уязвимые для формирования личностных деформаций группы специалистов и доминирующие симптомы «эмоционального выгорания», которые должны быть положены в основу создания профилактических и психокоррекционных программ. Наиболее продуктивна профилактическая работа на первом, начальном этапе формирования синдрома выгорания.

Е.И. Кныш*

РОЛЬ И ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор А. В. Калиниченко*

В настоящее время сестринский персонал, составляющий самую многочисленную категорию работников здравоохранения, и предоставляемые им услуги рассматриваются как ценный ресурс системы здравоохранения. Мирровая практика показывает, что рациональное использование сестринских кадров ведет к значительному улучшению качества оказываемых медицинских услуг и повышению эффективности медицинской помощи в целом.

Развитие всех видов специализированной высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП), в том числе и кардиологической, применение

новейших методов диагностики и лечения выдвигают и новые требования к подготовке медицинских сестер и управлению сестринской деятельностью.

Цель исследования. Выявление роли и особенностей деятельности медицинской сестры в работе кардиологического отделения.

Материалы и методы. Основной исследовательской и экспериментальной базой, где отрабатывались подходы и методы, явилась ОАО РЖД Многопрофильное лечебное учреждение «Отделенческая клиническая больница», отделение кардиологии.

Период работы включал несколько основных этапов, позволивших провести предварительную работу подготовки к самостоятельному исследованию, выделить объекты, осуществить сбор, анализ и оценку информации, разработать перспективные направления развития сестринской службы кардиологического отделения. На основе хронометража проведен анализ затрат рабочего времени медицинской сестры отделения кардиологии. Проведено сравнение показателей с должностными инструкциями и рекомендациями по нормированию труда. На основе результатов исследования даны практические рекомендации по оптимизации работы сестринского персонала и совершенствованию работы кардиологического отделения.

Результаты исследования. На основе должностных инструкций медицинских сестер и рекомендаций по нормированию труда разработан перечень видов деятельности и трудовых операций, выполняемых медицинскими сестрами. Выделяется четыре основных вида деятельности, с распределением времени на их реализацию согласно эталону: основная деятельность (50%); вспомогательная деятельность (10%); работа с документацией (30%); служебные разговоры (10%). Нами же было выделено 6 групп: основная работа (50%); вспомогательная деятельность (15%); работа с документацией 13,6%); служебные разговоры (10%); хозяйственная и прочая деятельность; личное время. Основную деятельность мы поделили на условно «зависимую» (20%) и условно «независимую» (30%). Хозяйственная и прочая деятельность занимает 3,4% рабочего времени, т. к. эта работа обеспечивает связь между другими видами деятельности; в ОКБ личное время сотрудников занимает 8%. Этот показатель можно взять за основу и включить в нормативные документы, т. к. в эталоне этот показатель не определен.

Выводы. Наибольшие трудозатраты по основной деятельности медсестер приходится на работу с лекарственными средствами, составляя около 25% всех трудозатрат, а также манипуляций, связанных с обеспечением санитарно-противоэпидемического режима. Снижение трудозатрат на вспомогательную деятельность возможно введением в штат должности младшей медсестры, что позволит увеличить время, затрачиваемое на общение с пациентами. Уменьшение трудозатрат на заполнение документации возможно за счет внедрения более совершенных форм ведения документации.

Н.В. Лубинец*

ВЗАИМОСВЯЗЬ САМООЦЕНКИ И КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ

*Кафедра педагогики и психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент Д. А. Севостьянов*

Коммуникативная компетентность является одной из характеристик социально-психологической компетентности и определяется как способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. Умение эффективно взаимодействовать с окружающими людьми особенно важно для руководителя в лечебно-профилактическом учреждении.

Цель исследования. Выявить уровень развития коммуникативной социальной компетентности медицинских сестер-руководителей, их личностные особенности и уровень самооценки.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе медицинского центра «Инсайт» в рамках психологического тренинга «личностный рост руководителя». В исследовании приняли участие 45 медицинских сестер-руководителей в возрасте от 32 до 52 лет, общий медицинский стаж работы от 10 лет до 28 лет, стаж руководителя от 1 года до 17 лет. Применялись 1. «Диагностика коммуникативной социальной компетентности» (Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г.Н.), 2. опросник «Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла 16-PF (форма С)».

Результаты исследования. Исследование медицинских сестер-руководителей по диагностике коммуникативной социальной компетентности показало, что большинство медицинских сестер достаточно открытые и общительные: 40% имеют средний уровень общительности, 40% уровень выше среднего, 13% — высокий уровень общительности, и только у 7% зафиксированы низкие показатели. Согласно результатам исследования по методике Кеттелла выявлен следующий профиль личностных особенностей медицинских сестер: 1. Коммуникативные свойства — высокий уровень внимания к окружающим, высокая социальная адаптация, открытость, направленность на общение, эмоциональная значимость социальных контактов, динамичность общения, настойчивость в достижении цели, деловая направленность. Выражены: конформизм, социабельность, ориентация на социальное одобрение. 2. Эмоционально-волевые свойства: эмоциональная устойчивость, ригидность, устойчивость интересов, работоспособность, точность и ответственность при выполнении социальных требований, хороший уровень эмпатии. 3. Интеллектуальные особенности: практичность, конкретность мышления, наличие творческого потенциала, ориентация на традиции и конкретную практическую деятельность. Адекватная самооцен-

ка выявлена у 53% респондентов, заниженная у 20%, а завышенная у 27% . Адекватность самооценки влияет на уровень конформизма, эмоциональной устойчивости, нормативности, самоконтроля, доминантности.

Вывод. Согласно результатам исследования 47% имеют неадекватную самооценку (20% — заниженная, и 27% — завышенная), что неминуемо отрицательно отразится на эффективности управления. Следовательно, данная группа нуждается в прохождении психологического тренинга «личностный рост руководителя». Полученные данные следовало бы учитывать при разработке обучающих программ по повышению коммуникативной компетентности медицинских сестер.

И.А. Оснач

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ТРУДА И БЫТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Кафедра сестринского дела,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ассистент Н. В. Куликова

Специфика трудовой деятельности, содержание и условия труда сестринского персонала связаны с воздействием на их организм целого ряда неблагоприятных профессиональных факторов: лекарственные препараты, микроклиматические условия, продолжительные рабочие и ночные смены, работа по совместительству, высокое нервно-эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая поза, вредные химические вещества и многое другое.

Цель исследования: выявление влияния социально-гигиенических условий труда и быта на качество жизни сестринского персонала и разработка системы мероприятий по повышению качества жизни и укреплению здоровья медицинских сестер.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе МБУЗ г. Новосибирска ГКБ№1. С целью определения социально-гигиенических условий труда и быта проводилось анкетирование 92 медицинских сестер. Оценка качества жизни (КЖ) медицинских сестер проводилась с помощью опросника SF-36.

Результаты исследования. В условиях дефицита сестринских кадров, медицинские сестры вынуждены подрабатывать. Так 92% опрошенных работает более чем на ставку. Основной причиной совмещения, как указало 64 % респондентов, является недостаток материальных средств в семье, с отсутствием специалиста совмещение связывают 36% опрошенных. Результаты исследования показали, что общее здоровье и психическое здоровье у медицинских сестер ниже физического функционирования на 25% и 22%

соответственно, что говорит о высокой физической активности в ущерб психическому и общему здоровью. Кроме того, отмечается низкий показатель социального функционирования — он ниже физического на 54%, что свидетельствует о низкой социальной активности сестринского персонала. Медицинские сестры не достаточно мотивированы на сохранение своего здоровья и профилактику заболеваний: листок нетрудоспособности при заболеваниях берут всегда всего 14% опрошенных, оставшиеся 86% берут лист нетрудоспособности в исключительных случаях, либо вообще никогда его не берут. Оценка качества жизни показала, что сотрудники, критично относящиеся к своему здоровью имеют, достаточно высокие показатели физического компонента здоровья (ФКЗ). Наиболее низкие показатели ФКЗ у тех, кто никогда не берет лист больничные листы. 42% медицинских сестер не удовлетворены организацией своих рабочих мест. Большинство опрошенных нами медицинских сестер не всегда имеют время на отдых и прием пищи. Соответственно и снижаются показатели качества жизни. У медицинских сестер, имеющих время на отдых и прием пищи показатели физического и психического компонентов здоровья выше, чем у медсестер не имеющих такой возможности. Снижение показателей КЖ наблюдается у сотрудников, не имеющих времени на досуг, вынужденных подрабатывать и предпочитающих отдых в кругу семьи. По результатам проведенного исследования нами был разработан план мероприятий, способствующих повышению качества жизни сестринского персонала.

Выводы:

1. В результате проведенного исследования выявлены факторы, наиболее негативно влияющие на качество жизни медицинских сестер: низкая заработная плата при чрезмерной нагрузке, нестабильный режим труда и отдыха, недоступность полноценной культурной и социальной жизни.
2. Разработанный нами план мероприятий, может способствовать повышению качества жизни медицинских сестер и сохранению трудового потенциала сестринского персонала.

Т. В. Петельская*

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ
ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА**

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

Медицинские работники, спасая миллионы человеческих жизней, стремясь предотвратить распространение инфекции у пациентов, сами порой

оказываются недостаточно защищенными. По статистике, заболеваемость медицинского персонала целым рядом инфекций намного выше, нежели у других групп населения, особенно актуальна проблема заражения медицинских работников гемоконтактными инфекциями.

Цель исследования. Оценка уровня организации инфекционной безопасности медицинского персонала в МЛПУ «Городской клинической инфекционной больницы №8» города Новокузнецка и определение путей ее совершенствования.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе МЛПУ «Городской клинической инфекционной больницы №8» г.Новокузнецка. В исследовании приняли участие 17 врачей и 51 медицинская сестра. Предметом исследования явилось изучение системы инфекционной безопасности медперсонала в МЛПУ ГКИБ №8, факторов риска инфицирования и частота травматизации медицинского персонала, оснащенность ЛПУ средствами защиты для персонала и пациентов, а также знаний и отношения к данной проблеме стороны врачей и сестринского персонала.

Результаты исследования. Статистический анализ показал, что укомплектованность медицинским персоналом МЛПУ ГКИБ №8 имеет тенденцию к снижению. Анализ заболеваемости пациентов гемоконтактными инфекциями показал тенденцию в сторону увеличения, но случаев внутрибольничного заражения медицинского персонала не выявлено. С целью профилактики гемоконтактных инфекций среди персонала проводится иммунопрофилактика и профилактический скрининг на наличие инфекций при приеме на работу и периодически с учетом специфики работы. Анализ случаев регистрации аварий с кровью за три года показал, что процедурный кабинет является наиболее опасным участком травматизации, так как почти все случаи аварийных ситуаций были зарегистрированы процедурными сестрами. Важно отметить тот факт, что официальная статистика по частоте полученных травм значительно занижена. Среди причин возникновения аварийных ситуаций ведущее место занимает большой объем работы — 45%, отсутствие современного оснащения процедурного кабинета — 40%, зачастую сотрудники просто хотят поскорей закончить манипуляции — 15%. Также выделены факторы, способствующие повышению риска инфицирования медицинского персонала. Анализ анкетирования сотрудников позволил определить отношение медицинского персонала к инфекционной безопасности, удовлетворенность по качеству и обеспечению средствами индивидуальной защиты. С целью снижения риска инфицирования медицинского персонала предложена программа совершенствования системы инфекционной безопасности.

Выводы. Для снижения риска не соблюдения мер инфекционной безопасности медицинским персоналом необходимо: создать электронную базу нормативно-правовых документов по профилактике гемоконтактных

инфекций доступную для медицинского персонала; закупить современное оборудование снижающее риск инфицирования медицинского персонала; на медицинских советах разбирать все случаи аварий с биологическими жидкостями, с последующей коррекцией причин, приведших к аварийной ситуации; ввести в штатное расписание должность лица, ответственного за сбор и сдачу медицинских отходов класса Б.

И. А. Садовенко*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР (НА ПРИЕМЕ ОМСКОГО РАЙОНА)

Кафедра сестринского дела,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю. О. Ким.

Современный рынок труда требует адаптивных работников, ориентированных на постоянное обучение, профессиональное и личностное самосовершенствование. Таким образом, на первый план сегодня выдвигается проблема актуализации содержания профессионального образования, подготовки выпускников профессиональных учебных заведений. В настоящий момент целесообразно введение новых форм повышения квалификации в существующую систему последиplomного образования сестринского персонала, которые будут стимулировать развитие самостоятельной творческой активности медицинской сестры с позиции непрерывного обучения на протяжении всей профессиональной деятельности.

Цель исследования. Изучение и усовершенствование профессионального образования медицинских сестер в Омском районе.

Материалы и методы. В ходе исследования проведен анализ состояния системы многоуровневого профессионального образования медицинских сестер в России и Омском регионе, анализ кадрового состава медицинских сестер Омского района, исследование составляющих существующей системы непрерывного профессионального образования сестринского персонала Омского района, результатов экспертной оценки аттестации на рабочих местах и анкетирования медицинских сестер (205 человек), с целью выявления их степени удовлетворенности различными формами повышения квалификации и предпочтений в направлениях процесса непрерывного профессионального образования.

Результаты исследования. Анализ состояния системы многоуровневого профессионального образования медицинских сестер показал, что достижением последних десятилетий является создание и закрепление дифференцированного подхода к образованию медицинских сестер, который

в настоящее время начинает новый уровень развития в связи с введением профессионального стандарта. Особая роль в профессиональном стандарте отводится работодателям, которые должны влиять на процесс формирования профессионального образования через определение ими требований к выпускнику. С целью выявления степени удовлетворенности различными формами повышения квалификации и предпочтений в направлениях процесса непрерывного профессионального образования проведено анкетирование 205 медицинских сестер. Анализ анкетирования показал, что большинство специалистов, имеющих стаж работы более 10 лет, понимают профессиональную необходимость в постоянном повышении квалификации. Однако имеющиеся формы и методы повышения квалификации сестринского персонала, развитые в Омской области не всегда удовлетворяют в получении новых теоретических знаний и практических навыков. Многие специалисты удовлетворены формами повышения квалификации принятыми в ЛПУ, вместе с тем все респонденты заинтересованы в открытии учебно-методического кабинета. В результате проведенного исследования была разработана программа непрерывного профессионального образования медсестер Омского района.

Выводы. Анализ развития профессионального образования в Омском районе выявил: низкую мотивацию медицинских сестер с большим стажем работы к традиционному прохождению повышения квалификации; потребность в создании в ЛПУ учебно-методических кабинетов. Разработанная программа профессионального образования медицинских сестер Омского района позволит не только повышать уровень мастерства специалистов сестринского дела и качество оказания сестринской помощи населению, но и решать социальные вопросы, связанные с особенностями кадрового состава сестринского персонала Омского района.

Б. Г. Турабаева*
**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ «ГОРОДСКАЯ
БОЛЬНИЦА № 9»**

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

Сегодняшнее время — время радикальных перемен в деле охраны здоровья населения. Специалисты сестринского дела в значительной степени обеспечивают результат и качество медицинского обслуживания в целом, поэтому реформа здравоохранения не может развиваться без перемен в сестринском деле.

Цель исследования: определение условий и целесообразности внедрения в работу сестер хирургического отделения МУЗ «Городская больница № 9» периоперативного процесса.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе хирургического отделения МУЗ «Городская больница № 9» г.Омска. В рамках исследования проведен анализ работы хирургического отделения. С целью определения готовности сестринского персонала к внедрению технологии «периоперативный процесс» и определения основных направлений ее организации проведено анкетирование операционных сестер. Разработана модель периоперативного процесса для внедрения в работу сестринского персонала объединенного хирургического отделения. С целью оценки эффективности «периоперативного процесса» и определения уровня удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи по новой технологии проведено анкетирование 65 пациентов хирургического отделения. Периоперативная программа проходила апробацию в III квартале 2009 года. В эксперименте приняли участие 150 пациентов.

Результаты исследования. Полная укомплектованность сестринскими кадрами (95%) и высокий уровень квалификации сестринского персонала, поддержка со стороны руководителей ЛПУ дает возможность внедрения в работу сестер инновационных сестринских технологий. В 2009 г. с целью оптимизации работы сестринского персонала, было принято решение о внедрении в хирургическом отделении технологии «Периоперативный процесс». Анализ анкетирования операционных сестер показал, что информации о пациенте, которую операционные сестры получают от постовой медсестры им недостаточно для качественной подготовки пациента к операции. По мнению операционных сестер, перед операцией в первую очередь нужно давать пациенту информацию о возможных исходах и осложнениях предстоящей операции; об ощущениях и поведении сразу после операции. С целью выработки механизма работы по технологии периоперативной практики, была разработана модель освоения и внедрения технологии. На организационном этапе был разработан пакет документов: должностные инструкции, сестринская документация, стандарты практической деятельности медицинской сестры, рекомендации пациентам и их родственникам, введена в штатное расписание должность периоперативной медицинской сестры, которая возглавляет сестринскую бригаду по уходу за пациентами. Анализ уровня удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи показал, что пациенты получают от медицинских сестер всю необходимую информацию, удовлетворены тем, что в период лечения их сопровождала одна и та же медицинская сестра, все пациенты принимают участие в планировании ухода и довольны качеством ухода.

Выводы.

1. Внедрение периоперативного процесса и введение в штатное расписание должности периоперативной медицинской сестры дает возможность оптимизировать работу сестринского персонала.

2. Разработанная в ходе исследования модель периоперативного процесса способствует согласованности действий медицинского персонала и обеспечивает непрерывный сестринский уход в периоперативный период, что позволяет избежать развития многих осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Т.П. Гришина*

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ УПРАВЛЕНИЯ
СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ НА ПРИМЕРЕ МБУЗ
«МИНУСИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»**

Кафедра сестринского дела,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю. О. Ким

Сестринское дело, это важнейшая составная часть системы здравоохранения. Одной из тенденций мирового здравоохранения является повышение роли сестринского персонала с различным уровнем подготовки и, в частности, широкое использование сестринских кадров в управлении. Эффективное управление сестринским персоналом является одним из приоритетных направлений Отраслевой программы развития сестринского дела. Поэтому крайне важно на примере конкретного ЛПУ проанализировать, готовы ли руководители сестринских служб к решению новых задач, поставленных перед ними в области реформирования сестринского дела.

Цель исследования. Совершенствование системы управления сестринской службой МБУЗ «Минусинская центральная районная больница».

Материалы и методы: исследование проводилось на базе Муниципального Бюджетного Учреждения Здравоохранения «Минусинская центральная районная больница».

В исследовании приняли участие старшие медсестры, главная медсестра — 24 чел. (100% от штата ЛПУ); медицинские сестры — 160 чел. (50%); врачи — 40 чел. (45%); пациенты больницы — 50 чел.

В ходе исследования были изучены существующие модели управления сестринской службой и проведен анализ эффективности управления МУЗ «Минусинская ЦРБ».

Результаты исследования. Проведенное исследование выявило высокую степень нагрузки руководителей сестринских служб, которая является следствием нерациональной организации их деятельности. В результате этого у них снижена возможность для полноценного контроля деятельности подчиненных. Все руководители сестринской службы — 100% (24), 68% (27) врачей и 54% (86) медсестер отметили необходимость изменения существующей модели управления сестринским персоналом. Проанализировав

опыт работы наших коллег из других регионов, мы пришли к выводу, что сегодня возможна реорганизация структуры управления сестринской службой. Для дальнейшего совершенствования управления сестринским и младшим медицинским персоналом необходимо ввести новые должности, закрепив за ними определенные функциональные обязанности и ответственность.

Наиболее оптимальным является формирование управленческой структуры медсестринской службы по функциональному типу с введением должностей: заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом; менеджера по кадрам, с полномочиями по обучению сестринского и младшего медицинского персонала, разработке и организации мероприятий по аттестации и сертификации сестринского персонала; менеджера по медицинскому снабжению, решающему вопросы фармакологического обеспечения больницы и соблюдения фармакологического порядка, а также снабжения больницы изделиями медицинского назначения, медицинским оборудованием и аппаратурой, а так же целесообразно предусмотреть должности курьеров, регламентировав их обязанности согласно выполняемым функциям.

Выводы: 1. Анализ существующей модели управления сестринским персоналом МБУЗ «Минусинская ЦРБ» позволяет сказать о недостаточно эффективном управлении сестринским персоналом. 2. В пользу изменения существующей модели управления сестринским персоналом высказались 80% персонала ЛПУ, отметив при этом необходимость введения новых должностей. 3. Разработанная нами модель управления сестринской службой позволит повысить эффективность работы, усилить роль сестринского, создать условия для дальнейшей перспективы развития сестринской службы.

Е.В.Драчева*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кафедра сестринского дела,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю. О. Ким

Инсульт в России занимает лидирующее место среди причин инвалидизации населения из них 31% — требуют постороннего ухода, 20% — не могут самостоятельно ходить, и только 8% — могут вернуться к прежней работе.

Опыт ведения пациентов с нарушением мозгового кровообращения пожилого и старческого возраста, показывает, что основная тяжесть ухода ложится на плечи родственников — жен, мужей, родителей, детей. При этом,

как правило, оставшись «один на один» с больным — у родственников, возникает масса различных проблем, начиная с вопроса «что делать?» и до сложностей с оформлением группы инвалидности. Кроме того, родственники обычно быстро понимают, что помощи ждать неоткуда и начинают действовать сами, спрашивая у знакомых, читая информацию в Интернете, постепенно приобретают собственный опыт, и чаще всего делают это неумело, с многочисленными ошибками. Чтобы избежать ошибок в помощи пациентам и родственникам необходимо развивать и совершенствовать амбулаторную реабилитацию.

Цель исследования. Оценка эффективности и определение путей совершенствования программы по реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших ОНМК.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе МУЗ Поликлиника № 29 г. Новосибирска. В ходе исследования была разработана обучающая программа по уходу и реабилитации для родственников пациентов с ОНМК. Методом анкетирования 26 пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших ОНМК и 42 родственников определена эффективность разработанной программы реабилитации. Анкета содержала вопросы, касающиеся уровня удовлетворенности пациентов и родственников процессом реабилитации и его эффективностью.

Результаты исследования. Анализ результатов анкетирования показал, что 100% опрошенных признают необходимость реализации программы реабилитации в амбулаторных условиях, полностью удовлетворены процессом реабилитации 61,4% респондентов; 51,4% родственников прошли обучение уходу, самостоятельно могут себя обслуживать 27,9% пациентов; недостаточность теоретической и практической подготовки медицинских сестер участковой службы отметили 10,9%.

Выводы. Необходимо повышать эффективность программы реабилитации путем усиления теоретической и практической подготовки медицинских сестер участковой службы.

В.М. Иванова*

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

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

Актуальность исследования. Наиважнейшей проблемой современной медицинской этики состоит в том, что охрана здоровья должна быть

правом человека, а не привилегией для ограниченного круга лиц, которые в состоянии себе ее позволить. Однако эта норма как нравственное требование должна лежать в основе профессиональной деятельности медицинского работника, которому по роду своей профессии приходится взаимодействовать с большим количеством совершенно разных людей, и каждый из них должен рассматриваться как равный в том, что связано с его достоинством, свободой.

Цель работы: провести оценку этических и деонтологических аспектов деятельности медицинских сестер отделения анестезиологии и реанимации с точки зрения врачебного персонала.

Предмет исследования: соблюдение принципов этики и деонтологии в работе среднего медицинского персонала отделения анестезиологии — реанимации Государственной Новосибирской областной клинической больницы. База исследования: отделение анестезиологии — реанимации Государственной Новосибирской областной клинической больницы. Методы исследования: социологический, статистический.

Результаты исследования. Нами было проведено социологический опрос с целью изучения соблюдения основных аспектов медицинской этики и деонтологии в деятельности медицинской сестры отделения анестезиологии — реанимации. Оценка соблюдения данных принципов проводилась на основании результатов опроса врачей. 82,9 % опрошенных заявили, что средний медперсонал полностью соблюдает принципы деонтологии, 11,5% считают, что медицинские сестры руководствуются данными принципами в достаточном объеме и 5,6% полагают, что медсестры недостаточно соблюдают принципы деонтологии.

Среди врачей распределение мнений о значимости качеств медицинских сестёр выглядит следующим образом: за наибольшую значимость профессиональных качеств высказались 90% опрошенных, личностных качеств — 57% и внешнего вида — 34%. По мнению врачей, лидирующую позицию занимает такое качество, как внимательность (82%), на втором месте исполнительность (79%), далее следовали исполнительность (67%) и дисциплинированность (61%). Чтобы отвечать требованиям коллег по работе, медицинская сестра должна постоянно совершенствоваться: повышать свои профессиональные знания и умения — так считают 70% врачей, более рационально распределять рабочее время — 58%, внимательно следить за культурой речи 46% — в этом резервы улучшения качества медицинского обслуживания. В таких условиях обучение среднего медицинского работника этике и психологии общения, повышение правовых знаний и рост культурного уровня является непреложным условием соответствия специальности.

Выводы. Деятельность медицинской сестры по уходу за больными является одним из условий скорейшего выздоровления пациентов, необходимо установление доверительных отношений между медицинской сестрой и пациентами. Создание таких отношений невозможно без соблюдения средним медперсоналом принципов медицинской этики. Следование деонтологиче-

ским принципам: соблюдение медицинской сестрой врачебной тайны, обладание определенной мерой ответственности за жизнь и здоровье пациента и установление взаимоотношений между медицинским персоналом в коллективе способствует наиболее эффективной и качественной работе всего отделения в целом, и как следствие эффективному процессу лечения и реабилитации больных. Следование нормам медицинской этики и деонтологии средним медицинским персоналом способствует консолидации, повышению престижа и авторитета сестринской профессии в обществе.

С. А. Иванова*

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА «КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ»

Кафедра сестринского дела,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю. О. Ким

Как показывает современная практика, большинство видов внутривенной терапии, проводимых ранее через центральные катетеры, более целесообразно и безопасно проводить через периферические внутривенные катетеры. Широкое применение периферических венозных катетеров объясняется преимуществами, которые они имеют по сравнению с обычным методом проведения инфузионной терапии. Проведение внутривенной терапии через периферический венозный катетер наиболее удобно и безопасно как для медицинских работников, так и для пациентов. Метод предполагает надежный и доступный венозный доступ.

Цель исследования. Улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях, требующих катетеризации вен при проведении лечения, оказания неотложной помощи, для снижения летальности и осложнений.

Материалы и методы. Разработка и внедрение технологического протокола проводилась на базе отделения анестезиологии и реанимации МУЗ Тюкалинская ЦРБ, Омской области. В процессе исследования проведен сравнительный анализ историй болезни в период с 2008 по 2010 г. у 1350 пациентов реанимационного отделения, 650 из которых были катетеризованы центральными венозными катетерами (ЦВК), а 700 — периферическими (ПВК). На основе полученных данных разработан технологический протокол «катетеризации периферической вены ПВК».

Результаты исследования. Анализ наблюдений показал, что: число катетеризаций центральных вен уменьшается, в пользу периферических, учет катетеризаций периферических вен не проводится и как следствие осложне-

ния не регистрируются, существующая техника катетеризации, фиксация и уход не позволяют уменьшить осложнения, связанные с катетеризацией. Из осложнений при применении ПВК в практике чаще всего встречаются: флебит — 50%, перегиб катетера — 30%, тромбоз катетера — 10% и др. Анализ мнения сотрудников отделения анестезиологии и реанимации (20% — врачи анестезиологи-реаниматологи, 80% медицинские сестры) показал, что основными причинами осложнений ПВК являются: нарушение ухода за катетером (33%), нарушение обработки операционного поля (27%), нарушение правил асептики (20%), несоответствие № катетера и размера вены (20%). С целью повышения качества сестринской помощи нами был разработан «Технологический протокол катетеризации периферических вен ПВК». Чтобы обеспечить преемственность сестринской помощи, был введен протокол катетеризации, который вклеивается в историю болезни. Это позволило ввести учет количества катетеризаций периферических вен ПВК, и следовательно, осложнений. Частота осложнений (гематомы в месте пункции, флебиты, сквозной прокол вены, перегиб катетера, тромбоз катетера), связанных с работой сестринского персонала, снизилась до минимальных цифр за время работы по внедренной технологии.

Вывод: Разработка и внедрение в работу медицинской сестры «Технологического протокола катетеризации периферических вен ПВК» позволило дополнить теоретические и практические навыки установки периферических внутривенных катетеров (ПВК), проводить мониторинг процесса (протокол катетеризации), а также его анализ позволяет выявлять недостатки ухода, вовремя откорректировать, а значит, уменьшить число осложнений. В результате чего повысилось качество предоставляемой помощи и профессионализм медицинских сестер.

Н. Г. Кустова*

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

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

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) являются актуальной проблемой современной медицины и в последние десятилетия к ней привлечено внимание медицинских работников всего мира. Важную роль в профилактике ВБИ играет средний медицинский персонал, правильность действий которых зависит от знаний и практических навыков. И в большей мере это касается медицинских сестер хирургического профиля, поскольку в этих отделениях интенсивность сестринских манипуляций очень высока.

Цель исследования. На основе изучения причин возникновения ВБИ в стационарах хирургического профиля рассмотреть и предложить мероприятия по профилактике ВБИ и обосновать роль среднего медицинского персонала в повышении ее эффективности.

Материалы и методы. Исследование проводилось в МБУЗ «ГКБ № 34» г. Новосибирска. Был проведен опрос 45 медицинских сестер хирургических отделений и 38 медицинских сестер операционных блоков. Предметом исследования стало выявление имеющихся нарушений в работе ЛПУ и пробелы в знаниях среднего медперсонала, оценка их значимости, определение на настоящий момент наиболее приоритетные направления профилактики ВБИ.

Результаты исследования. Анализ анкетирования показал, что 2/3 респондентов имеют представление о проблеме ВБИ. Такой же процент медсестер знает возбудителей ВБИ. Хорошими оказались знания нормативных документов, отражающих требования к устройству, эксплуатации и организации работы ЛПУ. 76% медицинских сестер хирургических отделений и 88% операционных медсестер дали правильные ответы на вопросы контрольного теста по ВБИ.

Результаты исследования показали, что соблюдают требования противоэпидемического режима на практике только 73% медицинских сестер хирургических отделений и 72% медсестер операционного блока. Знают правила проведения уборок в отделениях хирургического профиля 69% медсестер и 89% сестринского персонала операционного блока. Поддерживают санитарно-гигиенические условия в помещениях ЛПУ соответственно 64% и 86% из опрошенных медицинских сестер. Правильные ответы на вопросы контрольного теста по дезинфекционно-стерилизационным мероприятиям дали 70% сестринского персонала хирургических отделений и 84% операционных медицинских сестер. Однако выполняют все требования по дезинфекции только 60% и 77% опрошенных медицинских сестер соответственно. Правильно ответили на вопросы по обеззараживанию ультрафиолетовым облучением в среднем 58% респондентов хирургических отделений и 67% опрошенных операционного блока.

Таким образом, результаты исследования позволили выявить имеющиеся нарушения в работе ЛПУ и пробелы в знаниях сестринского персонала, оценить их значимость, определить на настоящий момент наиболее приоритетные направления профилактики ВБИ.

Выводы. Таким образом, одним из направлений профилактики ВБИ является систематическое обучение персонала. Для формирования профессионального видения проблемы должен проводиться разбор и анализ различных вспышек ВБИ, возникающих в стационарах разного профиля, с последующей разработкой тактики принятия управленческих решений в отношении проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий. Решение ситуационных задач.

Эти мероприятия помогут снизить риск возникновения ВБИ.

Н.Ю.Сафронова
**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО
ПИТАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

*Кафедра сестринского дела,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент Т. Г. Николаева*

Актуальность. Диетическое питание является важным элементом комплексного лечения больных. Оно только тогда может оказывать эффективное лечебное воздействие, когда четко и грамотно организована работа структур и подразделений лечебных учреждений, обеспечивающих практическую реализацию требований современной диетологии.

Цель исследования: Определение путей совершенствования организации лечебного питания пациентам многопрофильного лечебного учреждения

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе «Новосибирской районной больницы №1» п. Кольцово.

На основе статистических данных и отчетной документации проведен анализ структуры, процессов и эффективности организации лечебного питания в специализированных отделениях различного профиля «Новосибирской районной больницы №1» п. Кольцово

Для оценки удовлетворенности пациентов объемом, внешним видом, температурой вкусовыми качествами и разнообразием предлагаемых блюд, а также с целью определения слабых и сильных сторон работы пищеблока и буфетов, было проведено анкетирования 25 пациентов — в основном женщины трудоспособного возраста жительницы города и села.

На основе результатов анкетирования разработан комплекс мероприятий по совершенствованию организации лечебного питания в НРБ№1

Результаты исследования. Исследование показало, что процесс обеспечения лечебным питанием пациентов НРБ№1 безопасен в инфекционном отношении и организован в строгом соответствии с действующими нормативными документами Минздравсоцразвития. Анализ результатов анкетирования показал, что абсолютное большинство пациентов удовлетворены организацией лечебного питания в целом. Удовлетворенность пациентов объемом предлагаемых порций составила 100%. Удовлетворены пациенты и температурой блюд, однако, 11% пациентов посчитали, что пища недостаточно теплая или даже холодная. Только половина респондентов вполне удовлетворена вкусом предлагаемых блюд, остальные не всегда удовлетворены или не удовлетворены вовсе. 30% опрошенных считают меню недостаточно разнообразным, а 15% и вовсе однообразным. 100% респондентов хотели бы иметь возможность выбора блюд. Треть опрошенных высказались за введение в рацион свежих овощей, фруктов и кисломолочных продуктов. 20% считают, что необходимо увеличить кратность приемов пищи и ввести

полдник или поздний ужин. 4% считают, что нужно увеличить температуру предлагаемых блюд.

Выводы. Пациенты удовлетворены объемом, температурой, внешним видом предлагаемых блюд, а также санитарно-гигиеническими условиями приема пищи. Выявлен ряд недостатков, а именно: нарушение правил раздачи пищи, неудовлетворенность респондентов кратностью приемов пищи, вкусовыми качествами и разнообразием меню.

Предложенный комплекс мероприятий позволит выделить средства для увеличения кратности приемов пищи; позволит разнообразить меню, улучшить вкусовые качества и внешний вид готовых блюд.

О.Ю.Симаненкова*

**РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

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

Актуальность исследования. Эффективность стоматологической помощи находится в прямой зависимости от прилагаемых усилий средних медицинских работников, которые должны иметь достаточный уровень профессиональной культуры. История развития стоматологических услуг показывает, что по мере совершенствования методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний повышается значимость деятельности средних медицинских работников. Особенностью общения в стоматологической практике является проявление медицинским персоналом так называемого «чувства присутствия» — сосредоточенности на преодолении страхов пациента перед предстоящими процедурами, что требует определенных усилий со стороны медицинских сестер. И чем больше данные усилия, тем больший эффект взаимодействия может быть.

Цель исследования. Изучение роли среднего медицинского персонала стоматологической поликлиники в процессе оказания стоматологической помощи населению.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Муниципального учреждения здравоохранения ЗАО «Стоматологическая Поликлиника №6» г. Новосибирска. В процессе исследования проведено анкетирование 140 пациентов, в возрасте от 18 до 71 года. Была составлена анкета, включающая в себя 11 вопросов, направленных на изучение особенностей взаимоотношения между пациентом и врачом-стоматологом в процессе лечения и определения их влияния на качество оказания стоматологической помощи населению.

Результаты исследования. В результате исследований показано, что большинство пациентов испытывают страх перед болезненностью проведения стоматологических манипуляций, что объясняет возникновение некоторого психологического барьера между пациентом и врачом-стоматологом. Несмотря на то, что в целом, на удовлетворенность пациентами качеством и результатами оказания медицинского стоматологического обслуживания, а также учитывая положительное отношение пациентов к стоматологам, возникшие психологические затруднения при их взаимодействии могут отрицательно повлиять как на качество оказания стоматологической помощи, так и негативно сказаться на образе врача-стоматолога и доверии пациента.

Выводы. В связи с тем, что роль среднего медперсонала стоматологической поликлиники не должна ограничиваться только пассивным наблюдением за происходящим, необходимо принятие комплекса организационных мер, предотвращающих трудности общения между пациентами и врачом-стоматологом. В качестве основной деятельности среднего персонала следует обозначить: активную просветительскую деятельность среди пациентов стоматологической поликлиники о необходимости проведения основных стоматологических манипуляций, просветительскую работу среди пациентов о безопасности и эффективности современных методов обезболивания в стоматологической практике, пропаганду регулярного посещения врача-стоматолога с целью проведения профосмотров и предотвращения развития и заболеваний зубов и десен, а также необходимость психологической работы с контингентом пациентов, испытывающих на приеме у стоматолога выраженное волнение или беспокойство, заключающегося в отвлекающей беседе, разъяснении необходимости проведения того или иного стоматологического пособия, при этом не мешая работе врача, создание информационных стендов, позволяющих пациентам узнать об эффективности проведения стоматологических манипуляций и возможности выбора анестезиологического обеспечения стоматологического вмешательства.

Е.В. Тузлаева*

**КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В РАБОТЕ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В
ГБУЗ НСО «ГНОКБ»**

Кафедра сестринского дела,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ассистент Н. В. Куликова

Актуальность исследования. Современная экспертиза качества медицинской помощи в России в основном базируется на оценке работы врачей, а вопросы оценки сестринской помощи и сестринского ухода не имеют должного отражения в существующих системах контроля качества. Это яв-

ляется особенно актуально в свете происходящего реформирования технологии сестринской практики, предусматривающей ее стандартизацию и документирование сестринского процесса.

Процедура контроля качества сестринской помощи — одна из важнейших функций управления качеством и представляет собой новое направление деятельности сестринских служб. Она вменена в обязанности главной и старшей медицинских сестер. Руководители сестринских служб смогут успешно реализовать данный вид деятельности только в том случае, если будут разработаны соответствующие методы контроля и оценки, системы показателей, характеризующих качество сестринской помощи по различным сестринским специальностям, экспертные подходы

Цель исследования. Анализ качества работы сестринского персонала на основе изучения мнения участников лечебно-диагностического процесса

Материалы и методы. Объектом исследования стала деятельность медицинских сестер ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». С целью анализа удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи проводилось анкетирование 1985 пациентов, 164 медицинских сестер и 32 старших медицинских сестер, изучение нормативной документации и сравнительный анализ лечебно-диагностического процесса.

Результаты исследования. По результатам анкетирования существующая система контроля качества полностью устраивает старших медицинских сестер (100%) и 98,2% медицинских сестер отделений. На основании проведенного в течение года анкетирования пациентов стационара сделаны следующие выводы:

Более всего пациенты не удовлетворены питанием и условиями пребывания в стационаре — 19,7% и 5,5% соответственно. Только 2,9% пациентов не вполне удовлетворены результатами лечения. Отношение персонала к пациентам вызвало нарекания у 1,5% респондентов со стороны медицинских сестер и врачей и у 1,9% пациентов — со стороны младшего медицинского персонала. Работой поликлиники в целом не удовлетворены 0,5 % пациентов, ожидание в регистратуре свыше 30 минут составило — 3,1%, нарекания у пациентов на отношение со стороны сотрудников вызвано в 0,7% случаев.

Разработана и используется в повседневной практике контрольная карта медсестры, данные которой, служат фактически основной оценкой индивидуального труда. Карта заполняется каждую рабочую смену старшей сестрой.

Необходимо отметить, что в условиях больницы возросла роль сестринского персонала на качество оказания услуг пациентам, находящимся на лечении в областной клинической больнице. Появилась возможность более качественно реализовать свои знания и умения, опыт в профессиональной деятельности.

Выводы. Контроль текущих процессов в деятельности медицинских сестер перенесен на рабочее место. Это необходимо делать с целью оцен-

ки правильности и качества выполнения конкретной медицинской сестрой процессов ухода за больным, проведение различных манипуляций или элементов, обеспечивающих инфекционную безопасность. Во всех случаях контроля на рабочем месте должно прослеживаться соответствие выполнения элементов процесса требованиям стандарта и технологиям.

Т.П. Шведова*

ОСОБЕННОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СЕСТРИНСКИМИ КАДРАМИ ОТДЕЛЕНИЯ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Кафедра сестринского дела,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ассистент Н. В. Куликова

Особую актуальность для развития здравоохранения России приобретает эффективное кадровое сопровождение программы модернизации здравоохранения. Очевидно, что перспективы отрасли здравоохранения и возможность реализации программы в значительной степени зависят от наличия кадров.

Цель исследования: на основании анализа и оценки реализации основных направлений кадровой политики в системе здравоохранения разработать подходы к формированию, сохранению и развитию потенциала сестринских кадров в отделении особо опасных инфекций ФГУЗ МСЧ № 163 ФМБА России.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ФГУЗ МСЧ № 163 ФМБА России с участием 20 медицинских сестер отделения особо опасных инфекций (ООИ). В рамках исследования проведена оценка кадровых ресурсов отделения ООИ. С целью определения привлекательности работы в отделении ООИ проведено анкетирование 150 медицинских сестер клинко-диагностического центра ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России.

Результаты исследования. Анализ количественных данных по отделению ООИ показал, что основными проблемами сестринских кадровых ресурсов является неукomплектованность отделения сестринским персоналом и старение сестринских кадров — средний возраст медицинских сестер составляет 48 лет. С целью изучения факторов, влияющих на деятельность сестринского персонала, было проведено анкетирование медицинских сестер отделения ООИ. Результаты исследования показали, что основным фактором, определяющим удовлетворенность работой для большинства опрошенных являются отношения с ближайшими коллегами (90%). Среди основных негативных факторов, влияющих на работу, лидируют: низкий уровень оплаты труда (97,5%); высокие психоэмоциональные нагрузки (36,5%); низкий социальный статус профессии (29%). При выборе наиболее предпочтительных видов стимуляции труда материальные стимулы предпочли 77,5%

опрошенных; неденежные материальные — 15% респондентов. Среди предпочтительных форм морального поощрения большинство респондентов отметили: внимательное отношение к индивидуальным предложениям, направленным на улучшение общего дела (69%); объявление благодарности (59%); разовое предоставление полномочий при решении отдельных производственных вопросов (22%). Результаты исследования привлекательности работы в отделении ООИ показали, что 72% опрошенных никогда не хотели бы работать в отделении, и только 16% респондентов согласны прийти на такую работу. Наиболее часто у медицинских сестер, возникают опасения, связанные с непосредственным контактом с пациентами, обсервацией, необходимостью специфической вакцинации и боязнью заразить близких. Наиболее привлекательными социальными гарантиями, которые могли бы привлечь на работу в отделение, являются предоставление жилья и высокая заработная плата. При этом 20% опрошенных ответили что, по их мнению, никакие социальные гарантии не повысят привлекательность подобной трудовой деятельности. Результаты проведенного исследования позволили нам разработать план мероприятий по сохранению и привлечению сестринских кадров в отделение ООИ.

Выводы: 1. Всестороннее комплексное изучение социально-психологических аспектов труда медицинских сестер является важным фактором совершенствования их трудовой деятельности. 2. Основные проблемы сестринских кадров в отделении ООИ связаны с опасениями вследствие непосредственного контакта с пациентами, обсервацией, необходимостью специфической вакцинации. 3. Разработанный план мероприятий поможет в решении проблемы обеспечения, сохранения и развития кадрового состава сестринской службы отделения ООИ.

Е.В. Яцковская*

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОТДЕЛЕНИИ СМЕШАННОГО ТИПА

Кафедра сестринского дела,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю. О. Ким

На сегодняшний день одной из основных задач модернизации российского здравоохранения и деятельности любой медицинской организации является повышение качества и доступности медицинской помощи. В профессиональном сообществе ширится осознание того, что проблема качества медицинской помощи связана с работой не только врачебного, но и сестринского персонала. Резервом повышения качества сестринской помощи является эффективная организация работы сестринских служб: рациональная расстановка кадров, перераспределение функции между средним и млад-

шим медицинским персоналом, планирование работы, снижение непроизводительных затрат рабочего времени и т.д.

Цель исследования: разработка предложений по совершенствованию организации деятельности сестринского персонала в отделении смешанного типа.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе НУЗ ОКБ на ст. Омск–Пассажирский ОАО «РЖД». Проведена оценка деятельности сестринского персонала на основе нормативно-правовой документации, регламентирующей производственные функции. На основе хронометража рабочего времени медицинских сестер проведен анализ соответствия между фактически выполняемыми видами работ и действующими нормативно-правовыми регламентами. Разработаны предложения по дифференцированному подходу к нормированию труда медицинских сестер.

Результаты исследования. Анализ кадрового состава показал тенденцию к значительному старению сестринских кадров: основная доля сестринского персонала приходится на возрастную группу 30–39 лет (55 %), на втором месте 40–50 лет (36 %) и наименьшую группу 9% составили молодые специалисты. С целью улучшения условий работы медицинских сестер и повышения качества сестринской помощи было проведено анкетирование сестринского персонала. Анализ анкетирования показал, что только 18% опрошенных охарактеризовали условия своего труда как хорошие, 54% оценивают их как удовлетворительные, 28% — как плохие. 73% медицинских сестер указали, что в процессе адаптации они испытывали дискомфорт, связанный с увеличением нагрузок и недостатком знаний. С целью выявления уровня удовлетворенности качеством сестринской помощи было проведено анкетирование пациентов. В исследовании приняли участие 40 респондентов из числа пациентов отделения терапевтического и неврологического профилей. Консультативную сестринскую помощь положительно оценили 75% опрошенных, 25% респондентов отметили, что информацию от медицинской сестры они получили не в полном объеме. 85% пациентов отметили доброжелательное отношение со стороны медицинских работников, а 15% испытывали трудности в общении с персоналом. Все опрошенные были довольны качеством медицинской помощи. Проведенный хронометраж рабочего времени сестринского персонала позволил провести экспертизу объема и качества оказанной сестринской помощи, соблюдения сестринских технологий, а также регламентировать различные виды деятельности медицинских сестер и создать оптимальную структуру рабочего дня.

Выводы. 1. Необходимо дальнейшее совершенствование нормативной правовой базы, регламентирующей деятельность медицинских сестер. 2. Исключительно важное значение для обеспечения высокого качества медицинской помощи имеет организационное нормирование единых, унифицированных правил. 3. Оптимальная кадровая политика способствует принятию адекватных управленческих решений в деятельности как лечебно-профилактического учреждения, так и в системе здравоохранения в целом.

ГИГИЕНА, ЭКОЛОГИЯ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

С.К. Борсуков, Е.Ю. Малмыгина
**ПРИМЕНЕНИЕ МОБИЛИЗАЦИОННО-ТРАКЦИОННОЙ
МЕТОДИКИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ
У ДЕТЕЙ С ДЦП**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. О. М. Стрепетов*

Актуальность. Детский церебральный паралич во всех странах мира занимает первое место в структуре хронических болезней ЦНС у детей, ведущих к инвалидности, и имеет тенденцию к увеличению его распространенности [Семенова К.А., 1999]. Мультифакторность этиологии и сложность патогенеза болезни затрудняет эффективность его лечения.

Поэтому разработка новых методов лечения ДЦП имеет большое значение не только для неврологии, но и в первую очередь для медицинской реабилитации. [Студеникин М.Я., 2000]. В последнее время разработаны многочисленные методы восстановительного лечения детей с данной патологией. Одним из таких направлений является применение различных мануальных методов воздействия направленных на улучшение проводимости спинальных путей [Качесов В.А.2003].

Целью исследования являлось оценить эффективность применения мобилизационно-тракционной методики у детей в возрасте от 5 до 15 лет с диагнозом ДЦП. Выявить влияния применения мобилизационно-тракционной методики на изменение мышечного тонуса у детей с диагнозом 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 мобилизационно-тракционная методика. 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 миотометра (кг/см²) [Попелянский Я.Ю., 2003].

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/см², $p < 0,05$), тогда как во 2-й группе — лишь на 8,0 % (с $0,74 \pm 0,15$ до $0,68 \pm 0,09$ кг/см², $p > 0,05$). 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/см²), у лиц из группы сравнения аналогичные изменения составили только 5,0 % (с $0,77 \pm 0,12$ до $0,81 \pm 0,15$ кг/см², $p > 0,05$). 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/см², $p < 0,05$), тогда как в группе сравнения — на 15,6% (с $0,77 \pm 0,14$ до $0,65 \pm 0,06$ кг/см², $p > 0,05$). При максимальном напряжении аналогичные параметры увеличились на 29,0% (с $0,79 \pm 0,17$ до $1,07 \pm 0,11$ кг/см², $p < 0,05$) и 16,0% (с $0,79 \pm 0,12$ до $0,94 \pm 0,15$ кг/см², $p > 0,05$) 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/см²), тогда как в группе сравнения — на 14,7 % (с $0,75 \pm 0,12$ до $0,64 \pm 0,16$ кг/см²). 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/см²), тогда как во второй — практически не изменился и составил 4,9 % (с $0,78 \pm 0,12$ до $0,82 \pm 0,18$ кг/см²). В регионе нижних конечностей наибольшие изменения выявлялись у больных с компрессионными проявлениями дорсопатий: в 1-й группе показатели тонуса *m. tibialis anterior*, в расслабленном состоянии увеличились на 51,2 % (с $0,37 \pm 0,13$ до $0,45 \pm 0,13$ кг/см²), во второй — на 43,6% (с $0,36 \pm 0,14$ до $0,38 \pm 0,12$ кг/см²). При максимальном напряжении *m. tibialis anterior* исследуемые параметры возросли на 31% (с $0,80 \pm 0,16$ до $1,16 \pm 0,15$ кг/см²) и 18,6% (с $0,79 \pm 0,19$ до $0,97 \pm 0,14$ кг/см²) соответственно. Таким образом, применение мобилизационно–тракционной методики, в отличие от тракционного воздействия, позволяет добиться значимого миорелаксирующего эффекта не только в мышцах спины, но и оптимизировать мышечный тонус в нижних конечностях.

Выводы. Применение мобилизационно-тракционной методики в комплексном лечении больных ДЦП способствует снижению гипертонуса в грудном и поясничном отделе, а также восстановлению мышечного тонуса в регионе нижних конечностей на 28% 19% и 21,3% соответственно больше, 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.

О.Л. Рогачёва
**ВЛИЯНИЕ АЭРОТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ
НА СОДЕРЖАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ-ПОЛЛЮТАНТОВ В
НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ПОЛЫНИ СИВЕРСА**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.б.н., доц. К. В. Качкин*

Актуальность исследования. Из года в год возрастает загрязнение атмосферного воздуха веществами, поступающими от автомобильного транспорта. В целом выбросы автотранспорта значительно более токсичны, чем выбросы, производимые стационарными источниками загрязнения. При изучении степени антропогенного воздействия на окружающую среду важна реакция биологических объектов. Растения накапливают микроэлементы, которые поступают в них, в том числе и непосредственно из атмосферного воздуха. Установление уровня содержания химических элементов в дикорастущих травянистых 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 уровня аэротехногенного воздействия на содержание элементов-поллютантов в надземной части Полыни Сиверса, произрастающей на разном удалении от источников загрязнения.

Материалы и методы. Объектами для исследований служили надземные части Полыни Сиверса (*Artemisia sieversiana* Willd.), собранные в полевой сезон 2010 на территории Новосибирска.

Сырье было собрано в двух точках. 1 — обочина ул. Большевикская у остановки Инструментальный завод (удаление от оживленной автотрассы около 15 м) — август 2010, 2 — дворовая площадка по ул. Эйхе в Первомайском районе (удаление от малонапряженной автотрассы около 250 м) — август 2010. Исследования проводили на высушенном сырье.

Определение общей зольности сырья проводилось по фармакопейной методике. Хлорофилл определялся спектрофотометрическим методом. Содержание микроэлементов проводилось методом атомно-абсорбционной спектроскопии на приборе Квант-2 на базе Института почвоведения и агрохимии СО РАН.

Результаты исследования. Зольность растительного сырья является одним из важных показателей его загрязненности. Содержание золы в первом экземпляре составляет 7,17%; во втором — 6,06 %, разница между образцами не значительна, что свидетельствует о не высокой загрязненности исследуемого сырья.

Спектрофотометрическим методом выявлено содержание хлорофилла в образцах: 1 — 2,5 %; и 2 — 2,5% в пересчете на хлорофилл а, таким образом

можно сделать предположение, что данный вид загрязнения не оказывают влияния на этот показатель.

Элементный состав. Содержание кадмия в образцах: 1 — 0,02 мг/кг в пересчете на сухое вещество и 2 — 0,02 мг/кг, содержание меди: 1 точка — 1,87 мг/кг и 2 точка — 1,55 мг/кг, содержание свинца: 1 — 0,10 мг/кг и 2 — 0,05 мг/кг; содержание цинка: 1 — 5,16 мг/кг и 2 — 4,16 мг/кг; стронций в 1 образце — 1,40 мг/кг; 2 — 1,00 мг/кг, содержание никеля 1 — 0,44 мг/кг, 2 — 0,26 мг/кг.

Выводы. Содержание хлорофилла не может служить индикатором загрязнения окружающей среды на исследуемой территории. 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 *A. sieversiana* Willd., собранного в различных условиях загрязнения, заметно повышение содержания меди, свинца, цинка, стронция и никеля в образцах подверженных сильному загрязнению автомобильными выбросами.

Н. В. Тимошенко, М. В. Марченко **ПАТОЛОГИЯ ГОЛОСА У ЛИЦ РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,
преподаватель Н. С. Федянина*

Среди огромного перечня различных видов деятельности достаточно много профессий, в которых основным «орудием» труда является голос. Среди них – педагоги, вокалисты.

Цель — оценить риск развития заболеваний голосового аппарата у лиц речевых профессий.

Материалы и методы.

- Анализ литературы.
- Анализ амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение в фониатрическом отделении Городской поликлиники №1 г. Новосибирска за 2010 г., и более подробный анализ карт 50 человек. Среди них 28% мужчин и 72% женщин. Средний возраст пациентов 50,5 лет.
- Социологическое исследование — анкетирование участников Молодежного хора собора св. благ. князя Александра Невского. Средний стаж работы составил 6 лет; средний возраст — 24 ± 2 года. Распределение респондентов по полу: мужчин — 15,4%, женщин — 84,6%.
- Исследование микроклиматических условий (температура, относительная влажность воздуха) в репетиционном зале.

Результаты исследования.

- Речевая нагрузка у профессиональных певцов, как и у других «разговорных» специальностей, достаточно разнообразна. Проведенное нами исследование показало, что у большинства хористов (84,6%) нагрузка на речевой аппарат не превышает нормативных значений, и лишь немногие из них (15,4%) выполняют нагрузку, превышающую норматив.

- Изучение распространенности выявило у трети респондентов (29%) наличие различных нарушений голоса. Наиболее частые из них: хриплый, осипший голос (22%), слабое звучание голоса и сдавленный голос, затруднение при разговоре (по 18%); изменение высоты, силы, тембра голоса.

- Список хронических заболеваний включает хронический ларингит (29%), хронический тонзиллит (43%), хронический пиелонефрит (14%), бронхиальную астму (14%). Сопутствующие заболевания в значительной мере способствуют развитию заболеваний голоса.

- Полученные результаты согласуются с имеющимися в литературе. Так, у педагогов (по данным различных авторов) частота нарушений практически одинакова доля с таковой у хористов—соответственно 73,7% и 69,2% .

- Несомненно большое значение для снижения заболеваемости у лиц речевых профессий имеет регулярное посещение фониатра. Что касается наших респондентов, то они обращались к данному специалисту только во время мутации (рекомендован голосовой режим) и по поводу хронического ларингита.

- 71,3% общего числа пациентов фониатрического кабинета составляют представители речевых профессий. Наиболее распространенные заболевания голосового аппарата — хронический ларингит (57%) и хронический узелковый ларингит (13%).

Проведенное нами исследование свидетельствует об актуальности изучения заболеваний голосового аппарата у лиц речевых профессий и значимости применения разработанных рекомендаций.

Е. Е. Демидов, А. А. Воронько О СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПИЛОТОВ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,
преподаватель Н. С. Федянина*

Профессиональная нейросенсорная тугоухость — одна из важнейших проблем медицины труда. Профессиональная нейросенсорная тугоухость (ПНСТ) — хроническое заболевание, в возникновении которого решающая

роль принадлежит воздействию неблагоприятного шумо-вибрационного фактора производственной среды и трудового процесса. Не менее важна эта проблема для гражданской авиации, где она приобрела характер реальной и весьма серьезной угрозы, особенно для здоровья пилотов.

Цель исследования — изучение профессиональной патологии органа слуха шумовой этиологии авиационного персонала гражданской авиации.

Методы. Анализ литературы и результатов врачебно-лётной экспертизы за 2010 год. Изучение слуховой функции включало анамнез, осмотр ЛОР-органов и специфические исследования (шепотная аудиометрия, исследование камертонами, аудиометрическое обследование, акустическая импедансометрия).

Результаты. Профессиональная деятельность членов экипажей воздушных судов гражданской авиации сопряжена с комплексным воздействием ряда неблагоприятных факторов. К ведущим вредным факторам следует отнести высокие уровни авиационных шумов, негативное влияние которых усугубляется высоким нервно-эмоциональным напряжением. У большинства самолетов и вертолетов гражданской авиации средние значения шума в условиях крейсерского полета в кабинах экипажа превышают предельно допустимый уровень (СанПиН 2.5.1.2423-08 «Условия труда и отдыха для летного состава гражданской авиации»).

Негодными к продолжению лётной деятельности признано 3,5%, причем следует отметить, что несколько имеют по 2 нозологических форм заболевания, приведших к их дисквалификации. Распределение по группам авиационных специалистов: КВС — 58,4%; бортмеханики — 25%; вторые пилоты — 8,4%, бортрадисты и бортоператоры — по 4,1%.

В структуре нозологических форм первое место (83,3%) устойчиво занимают заболевания органов слуха — двусторонняя НСТ, профессиональное заболевание; 12,5% имеют разные проявления ИБС.

Выявлены особенности в зависимости от возраста. Наибольшая доля (треть осмотренных) дисквалификаций приходится на возрастную группу старше 60 лет, среди лиц группы 50–59 лет — каждый десятый (9,6%). Меньше всего дисквалифицированных (около 1%) в возрастной группе 40–49 лет. Аналогично распределение дисквалифицированных с поражением органов слуха (двусторонняя НСТ): 100% — возрастная группа старше 60 лет; 84% — группа 50–59 лет и 50% — группа 40–49 лет.

Таким образом, основной причиной дисквалификации является проф. поражение слуха — НСТ. Немаловажное значение имеет продолжительность воздействия вредных профессиональных факторов и, прежде всего, основного — высокочастотного шума, о чем свидетельствует увеличение с возрастом количества дисквалифицированных лиц летного состава и значительное ухудшение состояния их здоровья после 50 лет. Вышесказанное чревато потерей высококвалифицированных кадров, снижением уровня безопасности полетов. Здоровье летного состава — актуальная проблема, требующая неотложного решения.

Е. Г. Бондаренко, С. А. Бурдукова
**ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДА
РАБОТНИКОВ МЕТРОПОЛИТЕНА**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,
преподаватель Н.С. Федянина*

Одним из городских средств передвижения является метрополитен. В настоящее время в 80 городах мира, включая и 7 городов Российской Федерации существует метро. Данный вид транспорта обладает большой пропускной способностью. В частности, метро нашего города ежедневно перевозит 150–200 тысяч пассажиров. Трасса метрополитена протяженностью 16 км проходит по 6 районам города, включает 12 станций.

Цель исследования. Изучить условия труда и здоровье работников метрополитена на примере непосредственно занятых управлением транспортного средства (машинисты).

Методы: анализ литературы, результатов определения качественных и количественных характеристик вредных факторов и результатов периодических профилактических осмотров работников в соответствии с приказом МЗ РФ, хронометражные исследования, психофизиологическое исследование машинистов (цветоощущение, внимание — тест Бурдона, зрительный анализатор - критическая частота световых мельканий, состояние сердечно-сосудистой системы), социологическое исследование (опрос.). Психофизиологические исследования проводились дважды — до и после рабочей смены. При проведении исследований руководствовались СП 2.5.1337-03 «Гигиена и эпидемиология на транспорте. Санитарные правила эксплуатации метрополитенов».

Результаты. Из общего число работающих треть подвергается воздействию различных вредных и опасных факторов производственной среды (шум, ультразвук, вибрация, работа на высоте, электрические и магнитные поля, статические поля, химические вещества, пыль, ультрафиолетовое излучение, общее охлаждение при работе на открытой территории). Однако, ежегодные периодические медицинские осмотры не выявляют лиц с подозрением на профзаболевание, с общим заболеванием. Значительная роль принадлежит своевременной профилактике для «групп риска» (лечение, массаж, сауна и т.п.). Некую лепту вносит и текучесть кадров.

Влияние комплекса воздействующих на машиниста факторов (общая вибрация, шум, нервно-эмоциональное напряжение, ограниченность пространства, вынужденное положение, работа «под землей», сменный график) нашло отражение в результатах психо-физиологического исследования. Так, к концу рабочей смены у машинистов выявлено снижение внимания и функции зрительного анализатора.

Изучение условий труда другой видимой пассажиру деятельности (дежурный по станции) выявило несоответствие (превышение) уровней искусственной освещенности и шума от работы вентиляции, подвижного состава метрополитена, звуковой рекламы. Это подтверждает и субъективная оценка работников.

А. А. Фирман
О ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ БАНКА

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,
преподаватель Н. С. Федянина*

Уровень развития медицины на данном этапе позволяет успешно и доказательно справляться со многими заболеваниями. Однако необходимо выставлять заслон болезням как можно раньше, до появления жалоб. Диспансеризация — активный метод контроля за здоровьем.

В современных социально-экономических условиях, внедрения достижений научно-технического прогресса во все сферы деятельности человека увеличивается число служащих банков и изменяются условия их труда. Несмотря на увеличение публикаций об условиях труда и здоровье «белых воротничков», проблема находится на пике актуальности.

Цель — выявление количества впервые диагностированных заболеваний, как своеобразного критерия эффективности диспансеризации и предмета дальнейших исследований.

Анализ результатов (автор лично являлся организатором данной работы) диспансеризации (национальный проект «Здоровье») работников Сбербанка города Новосибирска и области. За методическую основу взят приказ Минздравсоцразвития РФ № 984н от 14 декабря 2009 года. Всего 2336 человек, из них основная часть — около 70 % — женщины в возрасте 32–48 лет. Для выяснения возможных причин негативных последствий особенностей труда были проанализированы результаты аттестации рабочих мест.

Результаты. Анализ статистически обработанных карт диспансерного учета показал наличие впервые выявленного(ых) заболевания(й) у 76 % (1778 человек) обследованных. Почти у трети (28,29 %) выявлены различные нарушения мочеполовой системы. Второе место (18,4 %) занимают болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; третье (10,27 %) место — болезни органов пищеварения.

Часть заболеваний (например, фиброаденомы, миомы шейки матки и др.) в значительной степени связана с условиями труда, часть — отражение эндемической характеристики региона, некоторые — следствие образа жизни, нарушений принципов рационального питания.

Обращает на себя внимание следующее — практически все те, у кого заболевание было выявлено впервые, не знали о его наличии, не предполагали о высоком риске для здоровья, так как имеющаяся патология в большинстве ситуаций имела перспективу хронизации, и могла стать причиной нетрудоспособности вплоть до инвалидизации.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об эффективности диспансеризации и, вызывающем тревогу и озабоченность состоянии здоровья населения на примере одной из социально-демографических групп.

К. С. Доронина, Е. Н. Фаге
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОДОСНАБЖЕНИЯ
РАЗНЫХ СТРАН**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,
преподаватель Н. С. Федянина*

Как известно, вода — необходимый элемент нашей жизни, фактор жизнеобеспечения. Вода повинна в возникновении и распространении многих заболеваний, прежде всего инфекционной природы. Достаточно вспомнить эпидемии средних веков. Как же изменилась ситуация в XXI веке? Сохраняется ли значимость водного фактора в распространении заболеваний? Существуют ли отличия в различных странах и чем они обусловлены?

Вышеупомянутый перечень вопросов и определил тематику и цели, нашего исследования. В качестве объекта сравнения мы взяли две страны и два региона — Россия-Новосибирск и Франция — г. Рошфор, провинция Шарант-Маритим (которую мы посетили летом как участники Европейского Франкодонского Экологического Центра LION CLUB France 2011.).

Методы: анализ литературы, личные наблюдения.

Результаты. Данные ВОЗ за 2010 год свидетельствуют не только о распространении ряда заболеваний водным путем, но и существовании различий между Россией и Францией. Для подтверждения одной из вероятных причин (различные требования к качеству воды хозяйственно-питьевого назначения, различные подходы к очистке) мы изучили систему водопод-

готовки в Новосибирске и в г. Рошфор, провинция Шарант-Маритим. В обоих случаях это многокомпонентная схема, с постоянным внедрением новых технологий. Основное отличие состоит в длительном применении во Франции такого метода обеззараживания, как озонирование, имеющего ряд несомненных преимуществ по сравнению с хлорированием.

Что касается проблемы требований к качеству воды в сравниваемых странах, то имеющиеся различия касаются, прежде всего, допустимых количеств химических веществ.

Несомненное значение принадлежит и различиям в степени загрязненности природных вод.

Проведенные исследования подтверждают значимость второго пути распространения заболеваний на современном этапе. В основе различий между странами, регионами лежит разнообразие примеси (природно-климатического характера, уровня научно-технического развития)

О. М. Павлова, А. С. Павлов
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕЗОТЕРАПИИ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,
преподаватель Н. С. Федянина*

Каждой женщине присуще желание хорошо выглядеть. Одним из высокоэффективных методов является мезотерапия — универсальный метод, основанный на введении в мезодерму различных препаратов и коктейлей путем инъекций. В Новосибирске проведением мезотерапии занимаются более 50 учреждений.

Цель работы: представить гигиеническую характеристику технологии мезотерапии.

Задачи: изучить санитарно — эпидемиологические требования, предъявляемые к учреждениям, проводящим мезотерапию; провести санитарно-гигиеническую оценку салонов красоты, занимающихся мезотерапией; провести исследование частоты возникновения побочных эффектов и осложнений при применении мезотерапии;

Методы: анализ литературы; наблюдение, санитарно — гигиеническое обследование; анализ медицинской документации — 200 историй болезни в 2 клиниках; социологическое исследование (опрос 50 женщин в возрасте от 18 до 56 лет, которым была проведена мезотерапия); беседы с врачами-косметологами.

Исследования проводились на базе 3 клиник г. Новосибирска.

Результаты. Практически у всех подвергшихся процедуре мезотерапии выявлено наличие побочных эффектов, причем сочетанных. Отмечены и различные осложнения: аллергические реакции — 4% (Чаще возникают при введении гиалуроновой кислоты — 2% и витаминных препаратов — 2%); гнойничковая сыпь — 1%; головная боль после введения — 0,5%; повышение артериального давления (у людей имеющих повышенную чувствительность к боли) — 0,5 %; тахикардия — 1,5%; обострение герпес — вирус инфекции — 3%.

✓ Причины возникновения побочных эффектов и осложнений:

- Несоблюдение гигиенических и санитарно-эпидемиологических требований к условиям технологии мезотерапии. Санитарно-гигиеническое обследование выявило ряд несоответствий гигиеническим требованиям (СанПиН 2.1.3.2630-10, СанПиН 2.1.3.1375-03), касающихся размещения, внутренней отделки стен, наличия умывальников с установкой локтевых кранов со смесителями, отсутствия естественного освещения, занижение площади помещений, недостаточная комплектность и обеспеченность сменной одежды, пренебрежение правилами личной гигиены, хранение личных вещей в рабочих помещениях.

- Недостаточная информированность пациентов о наличии и конкретном перечне противопоказаний. Так, только 20% женщин врач сообщил обо всех противопоказаниях к проведению мезотерапии.

✓ Частота побочных эффектов и осложнений зависит от опытности и квалификации врача — у непрофессионалов процент осложнений во много раз выше.

- Необходимо отметить, что за последние 5 лет в данной области косметологии произошло, как и в других направлениях, много изменений. В частности, снизилась в 1,5–2 раза частота аллергических реакций (вследствие того, что уменьшилось использование витаминных коктейлей, в настоящее время стали шире использоваться гомеопатические препараты, гиалуроновая кислота; значительно изменился возраст пациенток (средний возраст снизился с 43 лет в 2006 году до 35 в 2011 году); мезотерапия стала доступнее, сейчас она более широко распространена. Появилась реклама в СМИ; раньше мезотерапией занимались только врачи-косметологи, которых было мало. В настоящее время при наличии большого количества специалистов высокого уровня, к сожалению, имеется и достаточное число лиц без высшего (а то и без среднего) медицинского образования, предлагающих свои услуги. Настораживает факт проведения мезотерапии в парикмахерских.

Заключение. Проведенные исследования подтверждают расхожую фразу — «красота требует жертв», однако соблюдение установленных требований к условиям и технологии мезотерапии позволяют значительно уменьшить риск для здоровья в виде побочных эффектов и осложнений.

М. А. Бердников, Д. А. Ким
О НЕКОТОРЫХ ДЕТЕРМИНАНТАХ ЗДОРОВЬЯ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н. Семенова,
преподаватель Н.С. Федянина*

От чего зависит наше здоровье и продолжительность жизни? К настоящему времени накоплено множество данных не только о характеристиках здоровья, динамике изменений, но и о факторах, формирующих, определяющих состояние здоровья различных социально-демографических групп. Долгое время считалось, что решающую роль здесь играют вес ребенка при рождении, социальные факторы, образ жизни, экологическая обстановка, уровень физических нагрузок и т. д. Однако в последнее время специалисты предполагают четкую взаимосвязь между состоянием здоровья человека и... его интеллектом!

Цель — изучить взаимосвязь интеллекта и здоровья

Методы. При исследовании интеллектуальных способностей был применен комплекс методик (Тест IQ Айзенка, тест Гилфорда на определение социального интеллекта, прогрессивная матрица Равена). Для изучения здоровья — анкетирование, анамнез, анализ амбулаторных карт.

Объект и объем исследования: Группа студентов 3 курса лечебного факультета НГМУ в возрасте от 19 до 21 года. Всего 63 человек, соотношение полов «м : ж» = 1:0,7.

Результаты. Вначале на основании проведенных тестов из испытуемых были выделены лица, имеющие по всем трем тестам одинаковый уровень интеллекта. Затем были сформированы группы с полярно отличающимися уровнями — «высокие или очень высокие» и, наоборот, «ниже среднего или очень низкие». В дальнейшем исследовании участвовало по 12 человек из каждой группы. Для этих лиц проведено анкетирование (состояние здоровья и перенесенные заболевания) и проанализированы амбулаторные карты.

Анализ показал, что у лиц с низкими показателями интеллектуальных способностей в анамнезе большая частота заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, мочеполовой системы, эндокринной системы, а также хронических заболеваний и госпитализаций. В группе с высокими показателями интеллектуальных способностей отмечается противоположная картина - соответственно меньше случаев заболеваний по указанным системам и меньше госпитализаций.

Заключение. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о взаимосвязи интеллекта и здоровья, о роли уровня интеллектуальных способностей в формировании здоровья.

П.Ю. Штуккина, А.А. Кugno
О ПРИЧИНАХ АБОРТА

Кафедра гигиены и экологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,

преподаватель Н. С. Федянина

Проблема абортaв многоаспектна: медицинские, психологические, политические, юридические, социальные проблемы. Аборты — одна из причин демографического кризиса. Несмотря на устойчивое снижение количества абортaв в новой России, число теряемых жизней достаточно велико (1970–1990гг — 93,2 млн; 1991–2011гг — 41 млн; 1920–2011гг — 220млн). Многочисленны, многообразны и значимы осложнения после абортa.

Цель: изучение распространенности, причин прерывания беременности и роли социально-гигиенических факторов.

Методы: Анализ литературы и медицинской документации (медкарты 100 женщин ГКБ№2 за 2010 год), социологическое исследование (опрос).

Результаты:

- Наибольшая доля (49%) абортaв приходится на возрастную группу 20–34 года (ранний репродуктивный возраст).
- Обращает на себя внимание частота прерывания беременности в достаточно молодом возрасте (15–19 лет) — пятая часть (22%) абортaв.
- Треть (29%) прерываний приходится на возрастную группу 35 лет и старше.
- Полученные нами возрастные особенности не противоречат имеющимся в литературе.
- Основная группа причин абортaв имеет социально-гигиеническую, психологическую окраску.
- Медицинские показания — в незначительном проценте случаев.
- Основанием для прерывания беременности в половине случаев (48%) явились причины материального характера.
- Наиболее значимы такие осложнения, как бесплодие и осложнения последующих беременностей (48%).
- Несомненен вклад нарушения репродуктивного поведения, что подтверждают результаты опроса.

Е. В. Авакумова
**ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДА
ХИРУРГОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В.Н. Семенова,
преподаватель Н.С. Федянина*

Среди почти 40 тыс. существующих в настоящее время профессий особую социальную нишу занимают более 4 млн. медицинских работников. Труд медиков принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека.

Хирург — это благородная и ответственная профессия. Часто только хирургическое вмешательство, которое на профессиональном языке называют оперативным, может спасти самое ценное — человеческую жизнь. Результат деятельности хирургов — здоровье пациентов — во многом определяется условиями труда и состоянием здоровья сотрудников.

Цель исследования: Сравнительная характеристика условий труда и здоровья врачей отделений чистой и гнойной хирургии.

Методы исследования: анализ данных литературы, социологическое исследование (анкетирование), анализ амбулаторных карт болезни медицинских работников, исследование функционального состояния и работоспособности организма и оценка санитарно-эпидемиологического состояния отделений.

Результаты. Анализ данных литературы и результаты собственного исследования свидетельствуют о том, что на организм хирургов действует комплекс неблагоприятных факторов различной природы.

Значительная доля респондентов (92-93%) считают наиболее значимыми в профессиональной деятельности факторы, связанные с нарушением санитарно-гигиенических условий, причем различий между сравниваемыми отделениями не отмечается.

По нашим данным на первом месте среди заболеваний врачей хирургического профиля стоят острые респираторные заболевания, на втором — заболевания сердечно-сосудистой системы — гипертоническая болезнь, ИБС. Третье—четвертое место «делят» аллергозы и заболевания пищеварительной системы. Причем существенных различий между персоналом разных отделений не выявлено.

У большинства хирургов к концу рабочего дня имеет место чувство утомления, усталости, которое не снимается ночным сном у 20% после операционного дня и у 50% после суточного дежурства. 90% хирургов страдают нарушениями сна.

Пребывание в нерациональной позе ведет к довольно быстрому развитию функциональной недостаточности опорно-двигательного аппарата,

которая проявляется усталостью, болями. Первые признаки утомления возникают уже через 1,5–2 года работы. При постоянном пребывании в вынужденной рабочей позе нарушения приобретают стойкий характер, вплоть до формирования отдельных заболеваний опорно-двигательного аппарата, нервной и сосудистой систем

Таким образом, результаты проведенных исследований, изучение заболеваемости свидетельствует о вкладе факторов, имеющих непосредственную связь с особенностями труда.

А.С. Морозова, Е.А. Баргаева
О ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ СНА

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,
преподаватель Н. С. Федянина*

Сон — одно из условий жизни и здоровья. Накопившиеся данные о широком распространении различных нарушений сна заставили по-иному взглянуть на данную проблему. В XX веке появилось такое направление как сомнология.

Цель — выявление нарушений сна. Объект исследования — три группы (по 15 человек в каждой) людей разного возраста: подростки 15 лет, ученики 9 класса; молодые люди 20–21 года, студенты НГМУ; взрослые лица от 41 до 72 лет, педагоги. Проведено социологическое исследование (опрос) и три специальных теста (выявление синдрома обструктивного апноэ, оценка дневной сонливости, комплексный тест на выявление расстройств сна). Исследования проведены дважды — повторное изучение через три недели следования предложенным индивидуальным рекомендациям.

Результаты

- Продолжительность сна колебалась, как во всей выборке, так и внутри изучаемых возрастных групп. Средние величины практически одинаковы и составляют для подростков, для студентов и для лиц зрелого возраста.

- Повышенная дневная сонливость отмечалась почти у половины — 45% — студентов, чаще чем в других возрастных группах.

- Умеренная вероятность синдрома обструктивного апноэ у подростков встречается реже, чем у молодых и более старых людей (у тех и у других в 45% случаев).

- Во всех изучаемых группах зарегистрированы лица с различными нарушениями сна: 35% подростков, 60% студентов и 55% взрослых.

- Одно из распространенных нарушений — бессонница, которой страдает треть студентов.

- Довольно часто регистрируются сочетанные нарушения, включая «синдром беспокойных ног».

- После недельного следования индивидуальным рекомендациям исчезли симптомы бессонницы у всех подростков и у половины педагогов. Что касается студентов, то из-за присущего им образа жизни с учебной деятельностью и работой во внеучебное время они не смогли реализовать предложенные рекомендации.

Таким образом, повысить качество сна, уменьшить частоту и степень выраженности нарушений вполне возможно.

А.А. Ситникова
ГИГИЕНА ОДЕЖДЫ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,
преподаватель Н. С. Федянина*

Одежда — неперенный атрибут нашего быта. Важнейшей физиологической функцией одежды является обеспечение теплового комфорта в различных климато-географических, бытовых и профессиональных условиях. По образному выражению известного русского гигиениста Ф. Ф. Эрисмана, одежда является как бы вторым (после жилища) кольцом защиты от неблагоприятных температурных условий. Кроме того, она призвана предохранять поверхность тела от пылевого и микробного загрязнения, избыточного солнечного облучения, других неблагоприятных факторов бытовой и производственной среды.

Цель — представить физиолого-гигиеническую характеристику одежды.

Методы: анализ литературы, социологическое исследование (опрос, 25 человек), изучение теплового состояния человека (объективные показатели — средневзвешенная температура, температурный градиент, пульс, давление, — и субъективные проявления) при различных видах одежды и формах деятельности.

Результаты. Детальная характеристика существующих волокон и тканей показала наличие в их составе компонентов, представляющих угрозу для здоровья человека и последующих поколений (формальдегид, поливинилхлорид, оксиды кремния др.). Значительная часть респондентов имеет представление о «химическом вреде» одежды, некоторые из них отмечают наличие в своем анамнезе аллергических реакций, дерматитов. Эти сведения лежат в основе выбора одежды. Данные о влиянии одежды на здоровье,

о неблагоприятных последствиях накапливаются, и не только в специальной литературе, а служат поводом для журналистских расследований.

Основой гигиены одежды служит теплообмен между человеком и окружающей средой. Тепловой баланс достигается координацией процессов, направленных на выработку тепла в организме (теплопродукции) и его выведение — теплоотдачу. Обе части равенства, характеризующие тепловой баланс (теплообразование и теплоотдача), являются переменными, зависящими как от физиологических, так и от физических параметров. Причем, теплообразование в большей степени зависит от физиологических реакций, а теплоотдача — от физических факторов окружающей среды, одежды. Исследование теплового состояния людей показало значимость материала, из которого изготовлена одежда.

Большое внимание в работе уделено спецодежде, как основному барьеру между опасными и вредными воздействиями производственной среды человека.

К настоящему времени накоплено огромное количество сведений о роли цвета в целом для человека и различных его функциональных систем. Цветовые ощущения, цветовые ассоциации и цветовые предпочтения обусловлены множеством факторов. Наше социологическое исследование выявило некоторые особенности возрастного предпочтения цвета одежды.

И. Р. Ахмедгареев, С. В. Цой
**ГЕЛЬМИНТОЗЫ НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ
ОБЛАСТИ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Семенова*

Анализ данных отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о достаточно высоком уровне распространенности инвазионных заболеваний. По официальным данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) до 4,5 млрд. человек в мире поражено паразитарными болезнями. Ежегодно паразитарные болезни уносят 15-16 млн. человеческих жизней. Велик и экономический ущерб.

Цель: изучение распространенности и этиологической структуры гельминтозов (на примере Новосибирской области), а также факторов и условий, поддерживающих уровень данных заболеваний.

Методы:

- Анализ литературы.
- Анализ документации (истории болезни, отчеты) одного из отделений городской инфекционной больницы за 2010 год.

- Анализ результатов гельминтологического обследования населения в рамках диспансеризации, проведения профилактических осмотров декретированных контингентов — инфекционный кабинет поликлиники за 2010 год.

- Социологическое исследование.

Результаты.

- Гельминтозы — достаточно распространенные среди населения города Новосибирска и НСО заболевания, имеющие тенденцию к увеличению.

- Для населения Новосибирской области характерны следующие биогельминтозы: описторхоз, дифиллоботриоз, трихинеллёз, тениидозы, эхинококкоз.

- В структуре биогельминтозов лидирующее положение занимает описторхоз.

- Отмечен «завоз» новых видов гельминтозов, характерных для стран Африки

- Среди факторов, поддерживающих высокий уровень заболеваемости гельминтозами, значимая роль принадлежит уровню санитарной грамотности населения:

- 1) употребление недостаточно термически обработанной рыбы, выловленной из Обь-Иртышского бассейна — эндемичного по описторхозу;

- 2) несоблюдение правил личной гигиены;

- 3) отсутствие знаний о заболеваниях и правилах предосторожности в «незнакомых» странах;

- 3) знание причин и условий распространенности гельминтозов обуславливает необходимые профилактические мероприятия.

А.А. Принева, К.К. Сабурова ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДА И ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ ШАХТЕРОВ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семенова,
преподаватель Н. С. Федянина*

Несмотря на внедрение достижений научно-технического прогресса, угольная промышленность занимает лидирующее положение по профессиональной заболеваемости. Профилактика неблагоприятного воздействия производственных факторов представляет одну из актуальных проблем медицины труда.

Цель исследования. Изучить условия труда и здоровье работников одного из угольнодобывающих комплексов, включающего 6 рудников.

Методы: анализ литературы, анализ результатов определения качественных и количественных характеристик вредных факторов, анализ результатов периодических профилактических осмотров работников вредных профессий в соответствии с приказом МЗ РФ № 83 (при личном участии в проведении).

Результаты. Основные производственные вредности — шум и вибрация, превышающие предельно допустимые уровни. Выявлены особенности по рудникам, на каждом из которых разработан и внедряется комплекс мероприятий по борьбе с вредными факторами.

С условиями труда связано и состояние здоровья работников рудников. Почти у половины (46, 87%) находящихся на диспансерном учете с профессиональными заболеваниями — вибрационная болезнь и у трети (31, 25%) — диагноз «нейросенсорная тугоухость» (НСТ). При проведении очередного (2010 год) профилактического осмотра профессиональная патология выявлена у 16 человек, из них у 37, 5% вибрационная болезнь и у каждого четвертого (25 %) — НСТ. Причем, имеются отличия и по профессиям. Так, у проходчиков чаще регистрируется вибрационная болезнь, а у бурильщиков — нейросенсорная тугоухость.

Что касается запыленности, то уровни ее не превышают гигиенически регламентированных величин. И, как следствие, отсутствие пневмокониозов, что согласуется с данными других исследований.

Низкая освещенность наряду с такими причинами, как травмоопасное работающее оборудование, ограниченное пространство, обуславливает травматизм. Несмотря на положительную динамику на протяжении последних 5 лет, коэффициент тяжести в 2010 году высок.

Таким образом, ведущими формами профессиональной патологии шахтеров Кузбасса являются вибрационная болезнь и нейросенсорная тугоухость. Профилактика травматизма остается актуальной проблемой.

М. Г. Асатрян, Г. В. Карамова
ВНИМАНИЕ, ПРОБЛЕМА!
ВЫСОКИЕ КАБЛУКИ У ШКОЛЬНИЦ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доцент Н. А. Галузо*

Актуальность. Модные дизайнеры обуви покоряют все большие высоты — не в плане качества или оригинальности своих коллекций, но в плане высоты каблука. Сегодня туфли на очень высоких и гораздо более тонких, чем ранее, каблуках могут стать настоящей угрозой здоровью — не говоря уже о полнейшем отсутствии комфорта в такой обуви. В настоящее время

данная тема весьма актуальна в связи с тем, что в последние годы все большее количество школьников в раннем возрасте начинают носить обувь на высоком каблуке.

Цель работы. Изучить как влияет раннего использование обуви на высоких каблуках на состояние здоровья школьников.

Материалы и методы исследования. Опрос, анкетирование девушек 5,6, 7, 8,9,11 классов, работа с амбулаторными картами, расчетный метод.

Результаты. В ходе исследования выяснилось, что современные школьники начинают носить каблуки в очень раннем возрасте (10–11 лет). Высота каблука достигает 10–15см, а продолжительность ношения 5–6 часов 5 дней в неделю и больше. Все это оказывает неблагоприятное воздействие на не сформировавшийся организм подростков. Это подтверждается результатами анкетирования и данными из амбулаторных карт школьников:

А) 100% школьников младших классов чувствуют усталость после ношения каблуков более 2 часов.

Б) 50% школьников старших классов беспокоят частые боли в пояснице и отеки ног после ходьбы на каблуках.

В) 50% школьников 9 и 11 классов уже замечают на ногах расширенные вены.

Г) у 75% школьников 5–6-х классов имеются нарушения осанки (сколиоз), 30% плоскостопие I–II степени.

Д) У 60% учащихся 7-8 классов имеется нарушение осанки, 31% плоскостопие.

Е) У 70% учащихся 9,11 классов имеется нарушение осанки, 25% — плоскостопие.

К сожалению, только школьники 7 и 11 классов используют стельки для обуви (50%), а гимнастику для ног делают только половина 11классников.

Заключение. Как выяснилось, на сегодняшний день выбор удобной обуви для школьников сложный. Так, ученики 8, 11 классах не всегда находят удобную обувь и выбирают модную, хотя и не очень удобную.

Не смотря на знания учеников о вреде ношения обуви на каблуках. большинство девушек делает выбор именно в их пользу.

М.В. Батищева, П.В. Медведев
**ОПАСНОСТИ БЕСКОНТРОЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Галузо*

Актуальность. Зачастую для современного человека прием лекарств является быстрым способом улучшить свое самочувствие, не отвлекаясь от

повседневных забот, которые в их глазах более важны. Такие люди беспечно относятся к собственному здоровью, им некогда серьезно заниматься этим вопросом. Им важен сиюминутный положительный эффект, затрачивающий как можно меньше усилий. Некоторые, впадая в другую крайность, тоже характерную для современного мира, полностью переключают свое внимание на заботу о здоровье. В своем стремлении к оздоровлению они готовы принимать все, что предлагает современная фармакология, причем в чрезмерных количествах.

Но опасность неправильного приема лекарственного препарата заключается еще и в том, что побочное действие не всегда связано с превышением дозы. Побочные эффекты бывают разными, например, в виде аллергических реакций. Даже минимальное количество препарата может привести к тяжелым последствиям.

Принимая антибиотик без назначения врача, человек не может учесть все противопоказания и показания. Большинство снотворных продается без рецепта, то есть является доступным для любого человека. Миллионы людей во всем мире принимают каждый вечер снотворные препараты, и некоторые просто не представляют себе жизни без них. Однако медицинские наблюдения говорят о том, что снотворное может быть очень опасным для здоровья и даже жизни людей, особенно тех, кто страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями, психозами и болезнями органов дыхания. Впрочем, даже для абсолютно здоровых людей снотворное также далеко не всегда безвредно.

Цель. Определить уровень знаний о правильности приема лекарственных средств среди студентов НГМУ 1 и 4 курсов, а так же пациентов 2ого кардиологического отделения МУЗ ГКБ №1 г. Новосибирска.

Материалы и методы исследования. В качестве материалов использованы данные анкетирования студентов НГМУ 1 и 4 курсов, пациентов 2ого кардиологического отделения МУЗ ГКБ №1 г.Новосибирска. Применены методы статистической оценки результатов исследования.

Результаты.

1. 40% опрошенных не обращалась в медицинские учреждения за последний год, однако 100% опрошенных принимали какие-либо лекарственные средства.

2. Наиболее частые заболевания у 1 группы опрошенных (пациенты): артериальная гипертензия (80%), головные боли, зубная боль и т.п (45%), ОРВИ (30%); у 2 группы (1 курс): головные боли, зубная боль, и пр. , ОРВИ (по 43%) и грипп (25%); у 3 группы (4 курс): ОРВИ (55%), головные боли и пр. (50%) и бессонница, стресс, тревожность (31,7%).

3. Наиболее «популярные» препараты во всех 3-х группах — НПВС и комбинированные препараты для лечения «простуды» и гриппа, в 1 группе — антигипертензивные препараты.

4. Опрошенные 1 и 2 групп плохо осведомлены о правилах приёма и побочных эффектах принимаемых препаратов, в отличие от 3 группы.

5. Главным критерием выбора лекарственного средства является назначение врача, однако большой процент опрошенных руководствуется собственными знаниями, полученной информацией из рекламы, советами близких и знакомых.

Заключение. Опрошенные лица из 3 группы гораздо лучше осведомлены о побочных эффектах, правилах приёма препаратов, в отличие от 1 и 2 групп.

Предлагаем несколько путей решения проблемы: 1) ограничение отпуска препаратов в аптеке без рецепта врача (в первую очередь, антибиотиков, снотворных); 2) проведение просветительной работы для населения по правилам и особенностям приёма препаратов, наиболее часто применяемых в настоящее время; 3) ограничение рекламирования лекарственных средств (в первую очередь, требующих курсового лечения).

В.О. Попова
**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ
ТРУДА МУЗЫКАНТОВ, ИГРАЮЩИХ НА СТРУННЫХ
ИНСТРУМЕНТАХ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Галузо*

Актуальность. По данным различных авторов профессиональными заболеваниями страдают от 60% (John P.Chong) до 90% (А.Ильяшенко) музыкантов. Проблема настолько глубока, что в странах с давними музыкальными традициями создаются узкоспециализированные направления в медицине по лечению музыкантов. Так, например, в Берлине образован Институт Здравоохранения музыкантов. В Лондоне, благодаря Кароле Гриндеа, в медицинском институте введен отдельный курс подготовки музыкальных врачей. Второй фактор актуальности данной работы — это резкое омоложение профессиональных заболеваний музыкантов. Так С.Мельтоян пишет о том, что если 20 лет назад 18-летние были самыми молодыми, то в настоящее время достаточно часто к врачам обращаются и 10-летние музыканты. Учитывая тот факт, что к моменту манифестации заболеваний ученики музыкальных училищ отдали профессиональному образованию как минимум 10–12 лет, то потеря работоспособности имеет для них порой крах жизненных ценностей.

Цель: изучить условия труда музыкантов (скрипачей и гитаристов), выявить взаимосвязь между их заболеваниями и родом деятельности.

Материалы и методы исследования: опрос и сбор анамнеза у музыкантов, анализ медицинских карт.

Результаты. Условия труда: помещения, в которых находятся рабочие места для репетиций, по характеру окружающей среды относятся к нормальному классу. Это означает, что помещение сухое (относительная влажность воздуха не превышает 60%), и в нём отсутствуют признаки, свойственные помещениям жарким, пыльным и с химически активной или органической средой. Работа музыканта требует физического напряжения и по энергозатратам организма относится к категории лёгких физических работ (расход энергии не превышает 150 ккал/ч). Положение сидя (для гитаристов) характеризуется неустойчивым равновесием, но площадь работы при этом значительно больше, чем в положении стоя (у скрипачей), благодаря использованию приспособлений для сидения. При работе сидя происходит разгрузка мышц нижних конечностей и органов кровообращения, что снижает энергетические затраты организма на 10-20%. Шум оказывает негативное влияние на слуховые функции человека, приводит к снижению скорости и точности сенсомоторных процессов, снижает внимание, вызывает отрицательные эмоции (досаду, раздражение). В залах для музыкальных занятий применяется система общего равномерного освещения. При использовании люминесцентных ламп освещенность групповых комнат для музыкальных занятий составляют 200 лк на уровне 0,5 м от пола.

Заключение. В результате профессиональной деятельности у музыкантов возникают нарушения естественных физиологических законов работы мышц и функций, которое может быть вызвано как искажением рабочих навыков и физическими особенностями организма, так и недостатком тренированности исполнительского аппарата. Музыкант должен умело пользоваться мышцами, нервами и костями (костно-мышечная и нервная система). Игра на музыкальном инструменте требует контролируемых повторяющихся движений и часто предполагает работу в неестественной позе в течение долгих часов репетиций и спектаклей. Кроме того, плохие условия работы: повышенный уровень шума, длительный период игры без перерывов и неадекватная подготовка к новому трудному репертуару или инструментам может повлиять на здоровье музыкантов всех возрастных групп и уровней мастерства. Знание этих опасностей, точное диагностирование и своевременное лечение предотвращает профессиональную инвалидность, которая может прервать карьеру на время или полностью. Рекомендации. Проанализировав профессиональную и творческую деятельность музыкантов, установлено, что физиологически обоснованным профилирующим видом спорта для них является плавание.

Т.А. Малькова, А.В. Неведомская
**РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ
КОЛЛЕКТИВАХ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Г. Рябухин*

Цель. Изучить вопрос влияния различных факторов на речевое развитие детей дошкольного и младшего школьного возраста

Задачи:

— Выявить основные факторы, оказывающие влияние на речевое развитие детей;

— Изучить социальные условия детей дошкольного и младшего школьного возраста, влияющие на речевое развитие.

— Организовать экспериментальное изучение влияния окружающей среды на речевое развитие детей 5–7 летнего возраста.

— Наметить пути коррекционного воздействия на условия окружающей среды.

Объект исследования: дети дошкольного и младшего школьного возраста

Вопрос «Влияние условий окружающей среды на речевое развитие детей дошкольного и младшего школьного возраста» является в последние десятилетия все более актуальным, поскольку, проблема здоровья подрастающего поколения становится наиболее значимой.

В работе раскрываются условия окружающей среды, которые оказывают значительное (в некоторых случаях, определяющее) влияние на возникновение и развитие речевой патологии у детей 5–7 лет; и только, благодаря ранней и своевременной, систематической, целенаправленной работе всех участников лечебно-педагогических, коррекционных и развивающих мероприятий возможна эффективная коррекция возникших речевых нарушений при обязательном построении индивидуально-дифференцированных программ с учетом структуры патологии, клинического диагноза, индивидуально-типологических особенностей личности ребенка, учета особенностей вторичных отклонений в развитии, обязательного изучения условий окружающей среды и проведения коррекционно-профилактического воздействия на условия этой среды.

Теоретико-методологической базой данной работы являются труды следующих представителей науки: Выготского Л. С., Лурия А. Р., Давыдовского И. В., Дрогаева С. М., Хватцева М. Е., Кашенко В. П., Ефименковой Л. Н., Шеляг Т. В., Мастюковой Е. М. и др.

В работе также раскрыты вопросы этиологии речевых нарушений, виды речевых нарушений, а также, изучены социальные условия детей дошкольного и младшего школьного возраста, и указаны пути коррекционного воздействия на условия окружающей среды, влияющих на речевое развитие.

Данная работа может представлять интерес для широкого круга специалистов, а именно: медицинских работников, учителей — логопедов, учителей-дефектологов, психологов, студентов дефектологических факультетов.

С.И. Ворошилов, Н.Е. Скудин
**К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ В МЕТЕОЗАВИСИМЫЕ ДНИ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Г. Рябухин*

Актуальность исследования: В настоящее время заболевания ССС по данным ВОЗ являются самыми распространенными и составляет 40,8%. Несмотря на увеличение числа медикаментов, применяющихся при их лечении, эффективность терапии остается низкой. Поэтому особую актуальность приобретают исследования посвященные выявлению различных факторов влияющих на процесс лечения заболеваний сердца и сосудов. Известно, что больные сердечнососудистыми заболеваниями отмечают обострение симптоматики в дни резкой смены погодных условий. Если реакция организма развивается в ответ на неблагоприятные метеотропные изменения, в виде активации скрытых патологических процессов либо обострения хронических заболеваний, то она называется метеопатической. Метеопатические реакции носят преходящий характер и проявляются возникновением различных симптомокомплексов, обусловленных основным заболеванием. К сожалению, профилактикой метеопатических реакций врачи не достаточно занимаются, хотя уже давно известно, что метеопатические реакции ведут к серьезным осложнениям и существенным образом снижают качество жизни пациентов.

Цель исследования. Выявить особенности стационарного лечения больных ССЗ при условии воздействия метеотропных факторов и необходимости их коррекции.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 32 и 31 отделениях МБУЗ ГКБ №1. Для исследования было взято две группы пациентов: контрольная и опытная. Опытную группу составили пациенты в количестве 50 человек с диагнозом АГ и ИБС, получающие стандартную терапию. В контрольную группу входили пациенты в количестве 20 человек, не имеющие заболеваний ССС. Материалом для исследования послужили истории болезни и листы динамических наблюдений за пациентами. Была сопоставлена динамика состояний пациентов в обычные и метеотропные дни по основным показателям.

Результаты. При анализе данных было выделено три дня с максимальной вероятностью развития метеопатических реакций. В первый день (9.10.11г) мы оценивали реакцию пациентов на колебания магнитосферы земли, во второй день (12.10.11г) мы оценивали реакцию пациентов на изменение атмосферного давления, а в третий день (26.10.11г) мы оценивали реакцию пациентов на колебания, как магнитосферы, так и атмосферного давления. Для анализа принимались только жалобы обусловленные ИБС и АГ. В результате анализа листов наблюдения было установлено, что 14% пациентов опытной группы 9.10 предъявляли жалобы на головные боли, боли за грудиной и одышку в покое. АД оказалось повышенное. В контрольной группе жалобы отсутствовали. 12.10 37,6% пациентов предъявляли жалобы на ухудшение самочувствия. АД оказалось повышенное. В контрольной группе жалобы были на слабость и чувство разбитости 4%. 26.10 32% пациентов предъявляли жалобы на ухудшение самочувствия. АД было повышенно. В контрольной группе жалобы были на головные боли 2%. Проведенное исследование позволило выделить группу пациентов, самочувствие которых находится в прямой зависимости от погодных условий, она составляет 40% от всей группы рассматриваемых больных.

Выводы. В результате исследования было выявлено, что действительно существуют периоды, когда назначенная терапия не дает необходимого эффекта и пациенты страдают от обострений симптомов основного заболевания даже на фоне интенсивного лечения. Показана возможность прогнозирования возможных периодов слабой эффективности назначенной терапии. Соблюдение срочной метеопрофилактики у больных людей в период неблагоприятной погоды позволит предупредить появление МПР.

Ю. С. Тимофеева, Т. А. Фёдорова
**БИФИДОКЕФИР И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЕГО
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРИ РИСКЕ РАЗВИТИЯ «СИНДРОМА
ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ»**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель В. А. Погодина*

Актуальность. Синдром хронической усталости (СХУ) — комплекс симптомов, характеризующийся немотивированной выраженной общей слабостью, повышенной утомляемостью, приводящей к потере работоспособности на 50 % и более, которая не проходит после адекватного отдыха и сохраняется не менее 6 месяцев. Также, для СХУ характерно наличие имму-

нодефицита и иммунной дисфункции (дисбаланса). СХУ страдают порядка 17 миллионов человек по всему миру, частота его верификации колеблется от 37 до 422 случаев на 100 000 населения. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения к 2020 году эти показатели увеличатся в 2-3 раза. Уже сейчас ежедневно в мире регистрируется до 1000 новых случаев синдрома хронической усталости.

Цель: определить риск развития синдрома хронической усталости в двух возрастных категориях (до и после 45 лет) и оценить динамику его изменений на фоне употребления кисломолочных продуктов (бифидокефира).

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 50 человек (занимающихся преимущественно умственным трудом и считающих себя относительно здоровыми), которые были разделены на 2 группы (по 25 человек в каждой): 1 группа — от 20 до 45 лет; 2 группа — от 45 до 58 лет. Была использована анкета с вопросами на выявление «больших» (выраженная усталость, отсутствие хронических заболеваний) и «малых» (длительный субфебрилитет, боли в горле, увеличение лимфоузлов, мышечная слабость, миалгии, артралгии, головные боли, быстрая физическая утомляемость, расстройства сна, снижение памяти, повышенная раздражительность) признаков, рекомендованных Центром по контролю и профилактике заболеваний (The center for disease control/CDC/Атланта, США) для диагностики СХУ. Вопросы оценивали риск развития СХУ и подразумевали ответы «да» и «нет». Выявление 5-ти и менее «малых» признаков и ни одного «большого» соответствовало отсутствию СХУ, 6-ти — 8-ми «малых» признаков и ни одного «большого» — низкому риску, 1-го «большого» и 6-ти — 8-ми «малых» признаков — среднему риску, 2-х «больших» и 9-ти и более «малых» — высокому риску развития СХУ. В течение 3 недель все участники исследования употребляли бифидокефир ежедневно в количестве 250 мл перед сном. Опрос респондентов проводился до начала употребления кисломолочного продукта, а затем по истечении каждых 1,5 недель.

Результаты. На основании проведенного исследования были получены следующие результаты:

В 1-ой возрастной группе: 1) до употребления кисломолочных продуктов риск развития СХУ выявлялся как: низкий — у 12 (48%), средний — у 7 (28%), высокий — у 2 (8%) и отсутствовал у 4 (16%); 2) через 1,5 недели употребления бифидокефира риск СХУ определялся как: низкий — у 11 (44%), средний — у 6 (24%), высокий — у 2 (8%) и отсутствовал — у 6 (24%); 3) через 3 недели (от первичного опроса) употребления бифидокефира риск развития СХУ соответствовал: низкому — у 10 (40%), среднему — у 6 (24%), высокому — у 2 (8%) и отсутствовал у 7 (28%). Во 2-ой возрастной группе: 1) до употребления кисломолочных продуктов риск развития СХУ определялся как: низкий — у 11 (44%), средний — у 3 (12%), высокий — у

1 (4%) и отсутствовал — у 10 (40%); 2) через 1,5 недели употребления бифидокефира риск развития СХУ выявлялся как: низкий — у 10 (40%), средний — у 4 (16%), высокий — у 1 (4%); и отсутствовал у 10 (40%); 3) через 3 недели (от первичного опроса) употребления бифидокефира риск развития СХУ соответствовал: низкому — у 9 (36%), среднему — у 3 (12%), высокому — у 1 (4%) и отсутствовал у 12 (48%).

Выводы. 1. Определен риск развития синдрома хронической усталости в двух возрастных категориях (до и после 45 лет) и оценена динамика его изменений на фоне употребления кисломолочных продуктов (бифидокефира).

2. В 1 возрастной группе до употребления бифидокефира СХУ отсутствовал у 16%, через 1,5 недели этот показатель увеличился на 8%, через 3 недели — на 4%; при этом число респондентов с низким риском уменьшалось на 4% каждые 1,5 недели, со средним риском — на 4% по истечении только первых 1,5 недель, а с высоким риском в течение 3 недель оставалось неизменным.

3. Во 2 возрастной группе до употребления бифидокефира СХУ отсутствовал у 40%, через 3 недели этот показатель возрос на 4%; а число респондентов с низким риском каждые 1,5 недели уменьшалось на 4%, со средним и высоким риском — по истечении 3 недель осталось на исходном уровне.

4. Употребление кисломолочных продуктов оказалось эффективным при низком риске развития СХУ, при высоком риске не дало результата, а при среднем наблюдалась положительная динамика только в 1 возрастной группе.

А.Е. Горбачева, Ю.А. Ефимова
**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ
НЕПРАВИЛЬНОЙ РАБОЧЕЙ ПОЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель В. А. Погодина*

В настоящее время с бурным развитием общества, новых технологий растет количество офисов, а значит и людей, работающих в них. Причем основной долей работников являются женщины. С одной стороны это благоприятные условия для женской работы, а с другой стороны офисная работа связана с неправильной рабочей позой, которая влечет изменения в здоровье. А если это беременная женщина, на ранних сроках? Получается, что неправильная рабочая поза будет оказывать влияние как на здоровье самой женщины, так и на развивающийся плод.

Цель исследования. Исследовать воздействие неправильной рабочей позы на здоровье женщин в ранние сроки течения беременности.

Материалы и методы исследования. Была исследована группа беременных женщин в возрасте от 22 лет до 41 года, количестве 40 человек с ранним сроком (с 5 по 12 недели) течения беременности, результаты анкет которых были проанализированы.

Результаты. При анализе полученных данных было выявлено:

1) на вопрос «Ваша продолжительность рабочего дня?» ответили: — 8 часов 18-ть (45%) человек, — 10 часов 13-ть (32,5%) человек;

2) на вопрос «Ваша рабочая поза?» ответили, что занимали правильную рабочую позу (угол между позвоночником и бедрами 90°, колени на уровне бедер, наклон головы до 200°) 5-ть (12,5%) человек, неправильную рабочую позу (угол между позвоночником и бедрами меньше 90°, позвоночник чаще наклонен в боковую сторону, наклон головы более 200°) 35-ть (87,5%) человек;

3) на вопрос «Беспокоят ли вас отеки голеней после рабочего дня?» ответили положительно 30-ть (75%) человек;

4) на вопрос «Беспокоят ли вас боли в поясничной области?» ответили положительно 25-ть (62,5%) человек;

5) на вопрос «Беспокоят ли вас нарушения мочеиспускания?» ответили положительно 4-е (10%) человек;

6) на вопрос «Имеется ли у вас привычка сидеть нога на ногу?» ответили положительно 32 (80%) человека.

Выводы:

1. Проведено исследование воздействия неправильной рабочей позы на ранние сроки течения беременности у женщин.

2. У значительного количества (45% и 32,5%) женщин продолжительность рабочего дня составляла 8 и 10 часов соответственно.

3. Большая (87,5%) часть женщин принимали неправильную рабочую позу, а меньшая (12,5%) часть беременных придерживались правильной позы при работе.

4. У большинства (75%) опрошенных отеки голеней развивались после рабочего дня.

5. Больше половины (62,5%) респондентов предъявляли жалобы на боли в поясничной области.

6. Незначительное количество (10%) беременных беспокоило нарушение мочеиспускания.

7. Большинство (80 %) беременных имеют привычку сидеть нога на ногу.

8. Таким образом, влияние неправильной рабочей позы на здоровье женщин в ранние сроки течения беременности чаще всего проявляется в виде наличия отеков голеней и болей в пояснице после рабочего дня у 75 % и 62,5 % опрошенных соответственно.

Н.Н. Гусельникова, Е.А. Лымарева, А.А. Миндолина
**ВЫСОКИЕ КАБЛУКИ И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ОПОРНО-
ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель В. А. Погодина*

Сложно представить современную девушку без обуви на высоких каблуках. В наше время обувь на высоком каблуке очень распространена, её носят и подростки, и девушки, и женщины репродуктивного и пожилого возраста. В высоких каблуках много «плюсов»: высокие каблуки визуально удлиняют ноги, увеличивают рост, делают женскую фигуру стройнее, сексуальнее и зрительно уменьшают размер стопы, придают уверенность в себе. Но также в ношении обуви на высоких каблуках есть много «минусов», которые проявляются в проблемах со здоровьем. Проблема ношения обуви на высоких каблуках и сохранения здоровья являются важной задачей, от которой зависит здоровье женской половины общества.

Цель исследования: изучить влияние высоких каблуков на опорно-двигательный аппарат студенток 4 курса лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета (НГМУ).

Материалы и методы исследования. Были исследованы данные анкет студенток 4 курса лечебного факультета НГМУ в количестве 50 человек, в возрасте 20-22 года, которые носили обувь на высоких каблуках (10–13см).

Результаты. При анализе результатов анкетирования выявлено, что:

1) на вопрос: «С какого возраста вы носите обувь на каблуках», ответили: «до 15 лет» — 21 (42%) человек, «с 15 и старше» — 29 (58%) человек;

2) на вопрос: «С какой частотой Вы носите обувь на каблуках», ответили: «1–2 раза в неделю» — 25 (50%) человек, «ежедневно» — 25 (50%) человек;

3) на вопрос «Есть ли у Вас «натоптыши» (избыточное разрастание уплотненной, ороговевшей кожи)», ответили «да» — 28 (56%) человек, «нет» — 22 (44%) человек;

4) на вопрос «Есть ли у Вас деформация большого пальца (отклонение его наружу)», ответили «да» — 22 (44%) человек, «нет» — 28 (56%) человек;

5) на вопрос «Беспокоят ли Вас боли в голеностопных суставах», ответили «да» — 31 (62%) человек, «нет» — 19 (38%) человек;

6) на вопрос «Беспокоят ли Вас боли в поясничном отделе позвоночника», ответили «да» — 21 (42%) человек, «нет» — 29 (58%) человек; 7) на вопрос «Бывают ли у Вас отеки нижних конечностей», ответили «да» — 19 (38%) человек, «нет» — 31 (62%) человек.

Выводы:

1. Проведено исследование влияния высоких каблуков (10–13см) на опорно-двигательный аппарат студенток 4 курса лечебного факультета НГМУ.

2. Респонденты в 42 % случаев начали носить обувь на высоких каблуках в возрасте до 15 лет, а также в 50% случаев носили обувь на высоких каблуках ежедневно.

3. От 38% до 62% исследуемых имели такие признаки как «натоптыши», деформация большого пальца, боли в голеностопных суставах и в поясничном отделе позвоночника, отеки нижних конечностей.

4. Чем раньше девушки начинают носить обувь на высоких каблуках и чем чаще они это делают, тем у большего (62%) количества наблюдаются признаки поражения опорно-двигательного аппарата.

А.К. Лазарева, Н.С. Романовская **ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. И. Крашенинина*

Актуальность исследования.

В 2010 году (по данным ВОЗ) количество больных сахарным диабетом составило более 284,6 млн. человек, это 6% населения в возрасте от 20 до 79 лет. К 2030 году общее количество больных достигнет 438,4 млн. человек. Диабет убивает больше жителей планеты, чем СПИД и рак молочной железы вместе взятые. 80% случаев диабета 2 типа можно было предотвратить путем изменения питания, увеличения физической активности и улучшения среды жизни. Именно массовая профилактика как приоритетное направление в борьбе с этим заболеванием в 1982 году была рекомендована Комитетом экспертов ВОЗ. ИБС — очень распространённое заболевание, одна из основных причин смертности, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира Судьба больных ИБС во многом зависит от коррекции выявляемых факторов риска.

Цель: выявить влияние образа жизни людей на развитие у них заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной системы.

Задачи: 1. Изучить факторы образа жизни больных, способствующие развитию СД 2 и ИБС. 2. Выявить наличие и распространенность факторов риска СД 2 и ИБС у 2х групп больных. 3. Выявить дефицит витаминов и микроэлементов у больных СД 2 и ИБС.

Методы и объем исследования: социологического опроса (анкетирование и беседа с больными, находящимися на лечении в кардиологическом отделении БСМП 2) , оценка пищевого статуса больных, изучение данных научной литературы.

Респонденты: 15 человек (8 женщин и 7 мужчин) больных ИБС И 15 человек (8 женщин и 7 мужчин) страдающих СД 2 типа в возрасте от 35 до 85 лет.

Результаты. Факторы, влияющие на развитие СД 2 у обследованных больных:

1. Ожирение: 1 степень — 34% , 2 степень — 25% , 3 степень — 28%, 4 степень — 11%;
2. Нерегулярная физическая активность — 86%;
3. Эмоциональные нагрузки перенапряжение, стресс — 83%;
4. Злоупотребление кофе — 81%;
5. Злоупотребление алкоголем — 78%;
6. Чрезмерное употребление углеводов — 76%;
7. Наследственность: 67%.

Факторы, влияющие на развитие ИБС у обследованных больных:

1. Ожирение: 1 степень — 13,3 %, 2 степень — 26,7%, 3 степень — 26,7% Морбидное ожирение — 33,3%; 2. Частые стрессовые ситуации — 93,3%;
3. Повышенное артериальное давление — 86,6% ; 4. Отягощенная наследственность — 80%; 5. Гиподинамия — 73,3%; 6. Несбалансированное питание — 66,6%

Результаты оценки пищевого статуса по имеющимся симптомам:

1. У 98% больных выявлен симптом ожирения, чему способствовало нерациональное питание (избыточное, в поздние часы, дефицит витаминов группы В, марганца).

2. У 9 больных СД и 8 больных ИБС отметили наличие симптома диспепсии, причиной является несбалансированное питание, дефицит клетчатки, витаминов группы В.

3. У 7 больных СД и 9 больных ИБС отметили ухудшение памяти в последнее время. Этому способствовал дефицит железа, магния в рационе, витамина В1.

4. У 11 больных СД и 12 больных ИБС отметили наличие частых простудных инфекции в результате дефицита селена, цинка, витамина С в пище.

5. У 2 больных выявлен симптом бесплодия (дефицит токоферола, цинка, железа, витамина А).

Выводы. Выявлено, что все обследованные больные не соблюдают правильный образ жизни, каждый имеет более трех модифицируемых факторов риска (ожирение, стресс, гиподинамия, нерациональное питание).

1. У группы больных СД 2 типа на первом месте по распространенности стоит ожирение (98%) и гиподинамия (выявлена у 86%).

3. У группы больных ИБС на первом месте – ожирение (100%) и частые стрессовые ситуации (у 93%).

4. У 98% больных СД2 И 100% больных ИБС выявлено ожирение, при этом у 11% среди больных СД 2 и 33% больных ИБС ожирение 4 степени (морбидное).

5. У большинства обследованных больных выявлен дефицит витаминов группы В, А, С и микроэлементов (железо, цинк, магний. селен), клетчатки,

что способствовало развитию симптома диспепсии, частых простудных инфекций, снижению памяти и внимания.

А.В. Звонкова, М.В. Решетникова
**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ПИТАНИЯ
ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. И. Крашенинина*

Актуальность. Полноценное питание является одним из наиболее необходимых и постоянно действующих факторов, обеспечивающих процессы роста и развития ребенка, адаптацию к неблагоприятным условиям внешней среды, достаточную иммунологическую резистентность.

Цель работы. Исследование влияния питания на здоровье школьников старших классов, учащихся в городе Новосибирске и Новосибирской области.

Задачи:

1. Сравнительная гигиеническая оценка питания школьников старших классов, обучающихся в городской и сельской школах;
2. Определение риска развития патологических синдромов у всех обследованных школьников;
3. Изучение распространенности вредных привычек у учеников старших классов.

Объем и методы исследования. В исследуемую группу вошли 80 школьников старших классов (в возрасте 16–17 лет): 40 человек из школ Первомайского района города Новосибирска и 40 человек, обучающихся в школах Барабинского района НСО.

Методы:

- Изучение фактического питания методом определения частоты использования пищевых продуктов.
- Социологический опрос (анкетирование).
- Гигиенический анализ полученных результатов.

Результаты исследования. При сравнительной гигиенической оценке питания школьников были выявлены различия в режиме питания, так кратность приема пищи у 67% городских школьников (в большинстве случаев) составляет 2–3 раза в день, у 68% сельских школьников — 4 раза в день, у большинства городских учеников последний прием пищи происходит между 19.00 и 20.00 часами вечера, у сельских учеников между 20.00 и 21.00 часами. При сравнительной гигиенической оценке рациона питания установлено, что у школьников как города, так и села отмечается недостаток

молочных продуктов, при этом недостаток творога у горожан в 2 раза выше, чем у школьников села. Существенных различий в употреблении мяса и мясных продуктов в обеих исследуемых группах не наблюдается. У 42% учеников села выявлен избыток употребления в пищу куриных яиц. В обеих исследуемых группах более чем в 50% случаев выявлено недостаточное употребление картофеля, рыбы и овощей; у школьников города в составе пищи преобладают макаронные изделия — 93%.

При сравнении распространенности вредных привычек среди школьников старших классов были выявлены, что количество курящих школьников в городе превышает в 1,5 раза количество курящих учеников в селе. Ученики города реже употребляют спиртные напитки по сравнению с учениками села.

Выводы:

1. Среди обследованных школьников наблюдается высокий риск развития заболеваний со стороны желудочно-кишечного тракта так как питание школьников в городе и селе является недостаточно рациональным: имеется дефицит продуктов, являющихся источниками белка животного происхождения, витаминов и многих микро- и макроэлементов, а так же избыток продуктов, содержащих простые углеводы и жиры, имеются нарушения режима питания. 2. Распространенность вредных привычек, так же негативно влияют на работу желудочно-кишечного тракта и увеличивает риск развития патологических синдромов со стороны основных жизнеобеспечивающих систем организма.

А.С. Антипьева, Е.В. Киметова РОЛЬ ПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. И. Крашенинина*

Актуальность. Во всем мире наблюдается неблагоприятная тенденция в отношении распространенности факторов, предрасполагающих к развитию цереброваскулярной и кардиоваскулярной патологии. К модифицируемым факторам риска прежде всего относится атеросклеротическое поражение сосудов, артериальная гипертензия и сахарный диабет. Предупреждение сосудистых заболеваний у больных с СД должно осуществляться по двум главным направлениям — популяционная стратегия и стратегия высокого риска. В соответствии с Европейскими рекомендациями больные с СД относятся к первой категории лиц, у которых риск возникновения ССЗ рассматривается как чрезвычайно высокий.

Цель: выявить особенности питания у больных с впервые выявленным сахарным диабетом второго типа и перенесших инфаркт миокарда и ОНМК и оценить их значимость для тяжести течения заболевания.

Материалы и методы: исследованная групп больных составила 94 человека в возрасте старше 50 лет:

- Сахарный диабет + ОНМК (31)
- Сахарный диабет + инфаркт миокарда (29)
- Контрольная группа 1 (ОНМК без СД) (19)
- Контрольная группа 2 (ИМ без СД) (17)

Методы:

- Метод социологического опроса (анкетирование, доверительная беседа)
- Математически — статистический анализ
- Анализ историй болезни

Полученные результаты: Фактор питания является модифицируемым фактором риска для латентно текущего и поздно выявляемого СД, развития сердечно — сосудистой, цереброваскулярной патологии и таких ее проявлений, как ОНМК и ИМ.

Заключение:

Больным с сахарным диабетом второго типа нужно тщательно следить за своим питанием, чтобы предотвратить прогрессирование этого заболевания и развития грозных осложнений в виде серьезных сердечно сосудистых заболеваний (ОНМК и ИМ), которые могут явиться причиной смерти.

А. Ю. Абуздина, А. С. Александрова, Е. В. Масюткина ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. И. Крашенинина*

Актуальность темы. Развитие медицинской науки позволило расширить представления об особенностях химического (солевого и микроэлементного) состава воды, его биологической роли и возможного вредного влияния на здоровье населения. Макро- и микроэлементы принимают участие в минеральном обмене и жизнедеятельности организма, влияют на рост и развитие тела, кроветворение, размножение, входят в состав ферментов, гормонов и витаминов. Одними из заболеваний, связанных с неблагоприятным химическим составом воды являются патологии сердечнососудистой системы, кариес.

Цель исследования. Изучение качества питьевой воды как фактора риска развития заболеваний

Методы и материалы исследования:

- Метод социологического исследования (анкетирование респондентов методом опроса населения г.Новосибирска и г.Саянска. В анкетировании участвовали 47 жителей г.Новосибирска и 34 человека, проживающих в г. Саянске).

- Анализ данных научной литературы.

- Метод сравнительного гигиенического анализа (результаты исследования качества питьевой воды и данные общей заболеваемости).

Результаты исследования. При гигиенической оценке качества питьевой воды установлено значительное снижение показателя жесткости воды в г. Саянске («мягкая» вода) и низкое содержание фтора в питьевой воде в обоих городах. Данные научной литературы свидетельствуют о том, что снижение жесткости питьевой воды является фактором риска развития сердечнососудистых заболеваний. Низкое же содержание фтора в питьевой воде повышает риск развития кариеса.

При анализе заболеваемости двух городов выявлено, что в г.Саянске заболеваемость сердечнососудистыми заболеваниями значительно выше чем в среднем по РФ (40,2 при среднем показателе по России 26.5), что возможно связано с постоянным употреблением населением питьевой воды с пониженной жесткостью. По данным социологического опроса в обоих городах установлена высокая распространенность кариеса — среди населения г.Саянска достигает 83%, а в Новосибирске 71%.

Н.Б. Тазранова, О.Ю Фрисс

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

Кафедра гигиены и экологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. И. Крашенинина

Актуальность. Питание детей с недавнего времени стало серьезной проблемой современной диетологии. Проблеме организации питания воспитанников детских домов и школ-интернатов для детей, лишенных родительского крова, придают особое значение. Потому что обычный ребенок, кроме горячего обеда в школе, дома получит приготовленную мамой еду, фрукты, сок, разные вкусы. Питание же воспитанника интернатного учреждения полностью зависит от его персонала, начиная с руководителя и заканчивая работниками пищеблока.

Цель. Изучение влияния организации питания на состояние здоровья воспитанников детского дома и городских школьников.

Материалы и методы исследования: антропометрическое измерение (рост, вес, окружность грудной клетки); изучение медицинских карт; метод социологического опроса (анкетирование); оценка физического развития по шкалам регрессии для детей города Новосибирска; сравнительный анализ полученных данных и их соответствие установленным стандартам.

Результаты исследования. Среди воспитанников детского дома преобладают дети со средним физическим развитием — 50%, ниже среднего — 25% и низким — 5%. Дети, имеющие физическое развитие выше среднего и высокое составляют 20%.

Среди школьников большинство детей с физическим развитием выше среднего — 25% и высоким — 15%. Среднее физическое развитие отмечается у 40%, ниже среднего у 20%, детей с низким физическим развитием нет.

Среди школьников преобладают здоровые дети — 35% (1 и 2 группы здоровья) и дети с избыточной массой тела — 20% и пищевой аллергией — 10%, а среди воспитанников детского дома преобладают дети с недостаточной массой тела — 35% и заболеваниями ЖКТ — 15%.

Питание воспитанников детского дома более полноценное и сбалансированное, в отличие от питания городских школьников, среди которых, большинство (50%) имеют нарушения в режиме питания и его энергетической ценности и качественной полноценности.

Т. А. Колесникова, Е. А. Дармокрик, С. В. Гончаренко
КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА И ИХ БЕЗОПАСНОСТЬ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. И. Крашенинина*

Актуальность. Сегодня покупка косметических средств не представляет проблемы. Напротив, выбор настолько широк, что иногда бывает сложно отдать предпочтение какой-либо продукции. Кроме того, мы ежедневно видим многообещающую рекламу косметики в журналах и по телевидению. Российские производители уверяют, что их средства натуральные, а зарубежные обещают вечную молодость и красоту. 83% женщин ежедневно пользуются тушью для ресниц и губной помадой. Безопасность косметических средств связана, прежде всего, с их сохраняемостью и определяется сроком годности, который регламентируется нормативно-правовыми документами. (Для губной помады — ГОСТ 28767–90, для туши для ресниц — ОСТ 18–77–85)

Цель. Провести санитарно-гигиеническую оценку безопасности косметических средств, применение которых основано на контакте с кожей и ее придатками, а также слизистыми.

Материалы и методы исследования.

- 30 женщин, принявших участие в социологическом опросе

- Жидкая тушь для ресниц распространенного бренда средней ценовой категории

- Губная помада популярного бренда средней ценовой категории

Методы исследования: метод социологического опроса, бактериологический метод.

Результаты. Был произведен посев жидкой туши для ресниц. Посев производился на простую питательную среду. Делалось 3 пробы:

Проба №1 Новая неиспользованная тушь. — Роста колоний нет.

Проба №2 Тушь, использовавшаяся в течении 1 недели. Обнаружена непрозрачная круглая (3 мм в диаметре) ровная колония, окрашенная в кремовый цвет колония

Проба №3 Тушь, использовавшаяся в течении 1 месяца. — Обнаружен рост 3х колоний. Они непрозрачные круглые (2-4 мм в диаметре) ровные, окрашенные в цвет липохромного пигмента (кремовый, бледно-желтый).

Результаты посева губной помады. Посев производился на простую питательную среду. Делалось 3 пробы:

- Проба №1 Новая неиспользованная губная помада.— Роста колоний нет

- Проба №2 Губная помада, использовавшаяся 1 раз.— Обнаружена непрозрачная круглая (3 мм в диаметре) ровная колония, окрашенная в кремовый цвет колония

- Проба №3 Губная помада, использовавшаяся в течении 1 месяца Обнаружен рост 4х колоний. Они непрозрачные округлые (2-4 мм в диаметре) ровные, окрашенные в желтоватый цвет.

Заключение. При санитарно-гигиенической оценке косметических средств, применение которых основано на контакте с кожей, её придатками, а также слизистой установлено:

- Производство данных косметических средств регламентируется соответствующими нормативными документами ГОСТ 28767–90, ОСТ 18 –77 –85;

- Участвующие в исследовании образцы косметической продукции соответствуют этим требованиям;

- Заявленные безопасные сроки использования соответствуют полученным результатам;

- При правильных условиях хранения (при комнатной температуре, без резких её перепадов, плотно закрученной упаковке для ограничения свободного доступа воздуха), а также сроках применения, рекомендуемых производителями и дерматологами, косметические средства безопасны для использования.

К.Ю. Азарова, А.С. Рогова
**ФЕТАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ И БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г.И. Крашенинина*

Актуальность. В настоящее время фетальные ткани используют в Канаде, США, России, Швеции, Франции, Мексике, Японии и других странах. С развитием фетальной терапии в России резко увеличилось число аборт на поздних сроках. Известны многочисленные примеры одной и той же схемы: на позднем сроке беременности — 20–25 недель, женщине делают ультразвуковое обследование и говорят, что «плод мертвый» либо «беременность замершая» (не развивается), либо «патология плода» — и настойчиво предлагают аборт. Масса случаев, когда женщины, послушивались и, несмотря на уже вынесенный приговор, рожали крепких, здоровых и полноценных детей. Основное назначение макияжа — сделать женщину привлекательной и соблазнительной, никакого другого назначения нет. Но сиюминутная красивость не заменяет красоту, в основе которой лежат душевная чистота и целомудрие. А если не заменяет, то подменяет, рождая обман. Гонка за молодостью обычно заканчивается глубочайшим психологическим кризисом.

Цель: рассмотреть морально этические проблемы использования фетальных продуктов в косметике.

Задачи:

— аналитический обзор научной литературы по данной теме в свете современных подходов;

— выявить правовое отношение к использованию фетальных продуктов в косметике;

— по данным СМИ и анкетирования определить отношение людей к использованию фетальных продуктов в косметике;

— сделать выборку косметической продукции, содержащей фетальные продукты.

Методы.

• сбор и анализ научной информации;

• метод социологического опроса (анкетирование).

• Объект:

• население различных социальных групп — 100 человек;

косметическая продукция, содержащая фетальные продукты 45 видов продукции

Выводы:

➤ В результате анализа научной литературы было выявлено, что фетальные продукты используются в продукции следующих производителей: Nanoko, Faberlic, NewSkin

- 95% респондентов проявили неосведомленность по вопросу использования фетальных продуктов в косметике, при этом 87% из них, узнав эту информацию, негативно к ней отнеслись;
- Юридические вопросы, связанные с запрещением использования фетальных продуктов в косметике, пока оформлены на уровне законопроекта “О клеточных биомедицинских технологиях” от 2010 года;
- Данные опроса и СМИ свидетельствует о том, что люди категорически против использования фетальных продуктов в косметике.

И.Ф. Валитова, А.В. Бодиева
**УСЛОВИЯ ТРУДА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ
ОАО «РЖД»**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Г. И. Крашенинина*

Актуальность. В настоящее время в связи с увеличением транспортных потоков и возрастанием производственной нагрузки одной из важнейших проблем железнодорожного ведомства является не только повышение качества медицинской составляющей в обеспечении безопасности движения поездов, что напрямую зависит от состояния здоровья работников отрасли, но и сохранение в профессии высококвалифицированных специалистов в условиях кадрового дефицита. В структуре причин аварий на железных дорогах человеческий фактор составляет 60–70%, поэтому медицинское обеспечение безопасности перевозок — важное звено в снижении и предотвращении чрезвычайных ситуаций на транспорте.

Целью данной исследовательской работы является изучение и оценка основных показателей заболеваемости работников железнодорожного транспорта и причин первичного выхода на инвалидность в 2010 г.

Материалы и методы исследования. Для проведения анализа использованы:

Отчетные формы №16 ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности», Сборник статистических материалов «Деятельность негосударственных учреждений здравоохранения ОАО “РЖД” в 2010 году. Здоровье работников ОАО “РЖД”, членов семей работников ОАО “РЖД”, пенсионеров ж/д транспорта и территориального населения в 2010 году»

Результаты. У работников всех предприятий ОАО «РЖД» в 2010 г. было зарегистрировано 684605 случаев и 9281664 дней ВН. Показатели ВН на 100 работников составили 66,5 случаев и 901,6 дней при продолжительности 1 случая 13,6 дней. За период 2007–2010 г.г.отмечается снижение показателей ВН в случаях и днях, в то время как продолжительность 1 случая существен-

но не изменилась. У работников 1 категории в 2010 г. было зарегистрировано 343917 случаев и 4553978 дней ВН. Показатели ВН на 100 работников составили 69,9 случаев и 925,8 дней при продолжительности одного случая 13,2 дня. В сравнении с 2007–2009 г. отмечается снижение показателей ВН в случаях и днях, продолжительность 1 случая при этом существенно не изменилась. У работников 1 группы в 2010 г. было зарегистрировано 124788 случаев и 1527852 дней ВН. Показатели ВН на 100 работников составили 84,0 случая и 1028,5 дней при продолжительности 1 случая 12,2 дня. При анализе за период 2007–2010 г. наблюдается снижение показателей. Продолжительность 1 случая существенно не меняется. Уровень ЗВУТ среди работников 1 группы выше, чем среди работников 1 категории почти по всем классам болезней (болезни органов дыхания, системы кровообращения, в т.ч. болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, органов пищеварения, травмы и отравления). В тоже время у работников 1 категории уровень ЗВУТ выше, чем в целом среди всех работников ОАО «РЖД». В структуре причин первичного выхода на инвалидность преобладают болезни системы кровообращения (39,6% от всех случаев) и злокачественные новообразования (25,1%). Болезни костно-мышечной и соединительной ткани составили в структуре первичной инвалидности 11,2 %, травмы и отравления — 6%.

Заключение. За период 2007–2010 г. отмечается снижение показателей ВН и ЗВУТ (в случаях и днях) как среди всех работников ОАО «РЖД», так и у работников, обеспечивающих движение поездов (1 категории работ) и работников 1 группы. В структуре ЗВУТ ведущие места занимают болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной и соединительной ткани, травмы и отравления, что обусловлено воздействием неблагоприятных факторов производственной среды. Уровень ЗВУТ у работников 1 группы выше, чем у работников 1 категории. Уровень ЗВУТ работников 1 категории выше, чем у всех работников ОАО «РЖД». Первичный выход на инвалидность в 2010 г. составил 3,1 случай на 1000 человек. Основными причинами первичного выхода на инвалидность являются болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования.

В.А. Кухарева, Н.С. Сизёва
**УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ И АДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ У
ШКОЛЬНИКОВ МЛАДШИХ КЛАССОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Турбинский*

Актуальность. С адаптацией к школе приходится сталкиваться дважды, причем всем участникам педагогического процесса: первый раз, когда

ребенок идет в первый класс, и второй раз, когда он оканчивает четвертый класс и переходит в пятый. Школа — это не только учеба, но и умение жить в коллективе, подчиняться установленным правилам. Не трудно ли ребенку учиться? Не станет ли школа каторгой для него и вечной головной болью для родителей? Почему так трудно? После первого учебного дня все с нетерпением ждут возвращения ребенка домой. На него обрушивается множество вопросов. К удивлению родителей, многие дети не могут ответить на простые, такие естественные с их — взрослой — точки зрения вопросы. Какие были сегодня уроки? Как зовут ученика, с которым ты сидишь за одной партой? Хоть скажи — это девочка или мальчик? Не удивительно: придя впервые в школу, дети испытывают шок. И естественно, многого просто не видят, не воспринимают даже существенные детали. Не стоит забывать, что начало школьного обучения — это сильный эмоциональный стресс для детей, и поэтому надо постараться помочь ребенку пережить этот стресс.

Цель исследования — изучить причины и особенности проявления адаптационного синдрома у первоклассников. Задачи:

- 1) Оценить характер воздействия новой социальной среды (школы) на первоклассников.
- 2) Определить причины школьной тревожности.
- 3) Разработать рекомендации для коррекции тревожности и страхов у детей.

Объект исследования: группа первоклассников в количестве 20 человек в возрасте 6,5–7 лет ДСОШ Черепановского района Новосибирской области.

Методы исследования:

- 1) Беседа с родителями;
- 2) Тест А. И. Захарова на оценку уровня тревожности ребенка.

Результаты. У 15% детей наблюдаются признаки невроза, у 70% детей невроз был или будет в ближайшее время, 15% детей имеют признаки нервного расстройства. По результатам тестирования №1 у 100% мальчиков было получено наибольшее количество баллов. В результате тестирования №2 было получено большинство ответов «да» от родителей 100% мальчиков и 60% девочек. Выводы. Полученные результаты можно считать доказательством того, что большинство младших школьников переживают в период адаптации эмоциональный дискомфорт, испытывают сильное нервное напряжение. Мальчики сложнее привыкают к новым условиям, чем девочки. Это связано с тем, что девочки более усидчивы, легче переносят школьную дисциплину. В то время как они уже готовы к учебной деятельности, мальчики часто ещё нуждаются в игре. Исходя из вышесказанного, мы можем сделать вывод о том, что педагогам и родителям необходимо следовать специально разработанным рекомендациям, которые помогут младшим школьникам избежать трудностей адаптации и максимально проявить свои способности.

А.А. Лазаренко, Ю.А. Кирьянова
**АНАЛИЗ РИСКА НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ
СТУДЕНТОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Турбинский*

Актуальность исследований здоровья студентов определяется наличием стрессогенных факторов в студенческой среде, таких как ситуации экзаменов, периоды социальной адаптации, необходимость личностного самоопределения в будущей профессиональной среде; экологических факторов — значительное ухудшение экологической обстановки особенно в крупных городах; бытовых факторов — нарушение режима питания и сна. Вышеперечисленные факторы и их последствия составляют серьезную угрозу здоровью индивида. Особенно это относится к молодежному и студенческому периоду в жизни человека, когда личностные ресурсы кажутся неисчерпаемыми, а оптимизм по отношению к собственному здоровью преобладает над заботой о нем.

Целью нашей работы — дать оценку особенностям состояния здоровья студентов вузов г. Новосибирска на примере НГМУ и НГАВТ.

В исследуемую группу вошли 200 студентов г. Новосибирска: 100 студентов НГМУ и 100 студентов НГАВТ. Для проведения работы были использованы автоматизированный, математически-статистический методы исследования, а также социологический опрос.

При сравнительной оценке состояния здоровья студентов были получены следующие результаты:

1. уровни риска всех основных патологических синдромов у студентов НГМУ ниже, чем у студентов НГАВТ;
2. ведущие патологические синдромы среди студентов с высоким, средним и низким уровнями риска являются одинаковыми для студентов обоих вузов;
3. женщины имеют большую вероятность развития у них всех патологических синдромов за исключением синдрома алкогольной зависимости нежели мужчины;
4. мужчины имеют большую вероятность развития у них синдрома алкогольной зависимости нежели женщины;
5. студенты старше 21 года имеют большую вероятность развития у них всех патологических синдромов нежели студенты более молодого возраста;
6. район проживания не влияет на развитие основных патологических синдромов у студентов.

Д.С. Свейковский
О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Турбинский*

Актуальность. Тяжелые, постоянно меняющиеся условия несения военной службы, наличие внушительного количества разнообразных повреждающих факторов, особая система медицинской помощи — все это резко отличает медико-гигиеническую обстановку в войсках от гражданской. Кроме того, в последние годы она претерпела серьезные изменения. Долгое существование централизованной и в целом эффективной системы военной медицинской помощи несколько лет назад (2006) обеспечило падение уровня заболеваемости в войсках, особенно в отношении инфекционных патологий, однако это продолжалось недолго: обратный прирост произошел вследствие нестандартных форм заболеваний. Реформирование ВС, разумеется, затронуло задачи, выполняемые личным составом; многие факторы, ранее характерные для возникновения заболеваний, были исключены из условий службы, другие же, напротив, стали встречаться чаще.

Цели работы. Выявление заболеваний, характерных для отдельных родов сухопутных войск.

Объект исследования: военнослужащие 6 родов сухопутных войск Новосибирского гарнизона (мотострелковые, танковые, воздушно-десантные, радиотехнические войска. РВСН, РХБЗ), а также условия их службы в мирное время: режим дня, уровень физических нагрузок и воздействие вредных факторов (шум, вибрация, ЭМП, температура окружающей среды, контакт с химическими веществами, психоэмоциональная нагрузка).

Использованные методы. Социологический, Медико-гигиенический, Клинический, Статистический. В исследовании с помощью клинического и медико-гигиенического методов участвовало 30 военнослужащих (по 5 от каждого рода войск), в том числе 18 солдат срочной службы и 12 офицеров. Для более полной оценки распределения заболеваемости к работе были приобщены истории болезни еще 30 военнослужащих (также по 5 от рода войск). В завершение с помощью социологического опроса были уточнены условия службы и возможные факторы риска.

Результаты исследования: После реформирования ВС распределение заболеваний между родами войск изменилось; примечательно, что в 3 из 6 родов на первое место по частоте вышли вегетососудистые нарушения, связанные с высокой психоэмоциональной нагрузкой и воздействием электромагнитных волн. Среди вполне типичных для военной службы заболеваний (например, инфекционных) возросло количество случаев, вызванных нетипичными возбудителями или протекающих с тяжелыми осложнениями, что свидетельствует о снижении общей резистентности и специфического

иммунитета военнослужащих. Изменилось также распределение вредных факторов службы: ведущим в изученных родах войск стал фактор воздействия ЭМП (38%), на втором месте — шум и вибрация (22%), на третьем — психоэмоциональная нагрузка (17%).

Для повышения ее эффективности необходимо своевременно и в полном объеме проводить профилактику воздействия вредных факторов, которая включает в себя: Предотвращение переохлаждений (в том числе своевременное снабжение обмундированием), своевременное проведение вакцинаций при неблагоприятной эпидемической, обстановке, ограничение времени контакта военнослужащих с источниками ЭМП, контроль обеспечения военнослужащих средствами индивидуальной защиты органов дыхания и кожи, психологическая подготовка до призыва и во время службы с помощью УВР.

О.А. Загорулько. Л.В. Лаврищева
**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РЕЖИМА ЗАНЯТОСТИ
СТУДЕНТОВ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Турбинский*

Актуальность. Не менее половины студентов старших курсов дневных вузов Новосибирска, в частности НГМУ, заняты на относительно регулярной оплачиваемой работе параллельно с учебой. Следуя нашей гипотезе, работающий студент-медик лучше усваивает учебный материал в том случае, если подкрепляет полученные знания на практике, работая в сфере медицины и соблюдает оптимальный режим и интенсивность трудовой деятельности (работая не менее 2-х часов в неделю).

Цель. Определить критический уровень занятости, превышение которого отрицательно влияет на успеваемость студента.

Задачи:

1. Характеристика режима занятости работающего студента.
2. Характеристика его успеваемости.
3. Анализ зависимости успеваемости от режима.
4. Разработка предложений по повышению успеваемости при разных видах занятости.

Объекты исследования: студенты НГМУ — 50 студентов (20 мужчин, 30 женщин) в возрасте 18-25 лет.

Материалы и методы исследования: материал исследования анкеты (50 анкет). Метод исследования — проведение анкетирования и статистическая обработка анкет.

Результаты: в результате проведенного исследования можно установить, что особенностями трудовой деятельности студента-медика (если она связана с медициной) являются: преобладание работы в ночное время, высокая степень ответственности при выполнении работы, высокая эмоциональная и физическая нагрузка. Те студенты, кто работает не более 24 часов в неделю, имеют средний балл 4,25. Кроме того, среди этой группы студентов средний балл в диапазоне от 3 до 4 имеют 12.5% студентов (2 человека). Те студенты, которые работают больше 24 часов в неделю, имеют средний балл 3.95 и, кроме того, среди этой группы студентов средний балл в диапазоне от 3 до 4 имеют 20.5% студентов (7 человек). Особенности трудовой деятельности студента-медика (если она связана с медициной) являются: преобладание работы в ночное время, высокая степень ответственности при выполнении работы, высокая эмоциональная и физическая нагрузка.

Выводы:

1. В данном исследовании было установлено, что критический уровень занятости студентов НГМУ. превышение которого ведет к снижению успеваемости студента, составляет 24 часа внеучебной работы в неделю.
2. Выявлено, что диапазон количества рабочих часов составляет [0;24].
3. У группы студентов, работающих в режиме до 24 рабочих часов в неделю успеваемость стабильная. У группы, режим которых составляет более 24 часов — диапазон разброса оценок больше, т.е. успеваемость у них не стабильная.
4. Выявлена зависимость успеваемости от выбранной сферы дополнительной занятости студента. Студенты, работающие в сфере медицины, учатся лучше, т.к. закрепляют свои теоретические знания практическими навыками.
5. Выявлен феномен работающего студента - не смотря на то что работа студента занимает его свободное время, нарушает физиологический суточный режим, имеет высокую степень ответственности, студент-медик хорошо успевает по учебным дисциплинам, даже успевает лучше, если работает в сфере медицины и не более 24 в неделю.

Е.А. Баяндина, В.И. Мишуренко
УЧЕБНАЯ НАГРУЗКА КАК ФАКТОР,
ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.В. Турбинский*

Актуальность. Никто не станет оспаривать актуальность высшего образования в наше время. Высшее образование — это возможность получить

более высокооплачиваемую работу, сделать успешную карьеру. Но на сколько это тяжелый и долгий путь? Все, конечно, зависит от выбранной специальности.

Цель исследования. Изучить и сравнить планы учебной нагрузки студентов основных факультетов НГАВТ (кораблестроение, технология транспортных средств) и НГМУ (лечебный, педиатрический) с 1 по 4 курсы.

Задачи исследования.

- Проанализировать сроки обучения и почасовую нагрузку между факультетами НГАВТ и НГМУ с 1 по 4 курсы;
- Сравнить количество предметов, изученных за период обучения;
- Составить шкалу трудности предметов на основе данных проведенного анкетирования, оформить полученные результаты в виде диаграмм;
- Сопоставить продолжительность производственной практики;
- Выявить различия в количестве полученных зачетов и сданных экзаменов за период обучения;
- Сравнить расписание занятий и недельную учебную нагрузку студентов 1 курса НГАВТ и НГМУ.

Методы исследования. Анализ учебных планов основных факультетов НГАВТ (кораблестроение, технология транспортных средств) и НГМУ (лечебный, педиатрический); метод анкетирования.

Выводы. В ходе исследования был проведен анализ учебных планов основных факультетов НГАВТ и НГМУ:

Продолжительность периода обучения у студентов НГМУ составляет 6 лет, а у студентов НГАВТ — 4 года, что соответствует степени бакалавра. Количество изученных предметов у студентов НГАВТ больше в связи с тем, что их продолжительность меньше, чем у студентов НГМУ;

- По данным диаграмм можно сделать вывод, что по количеству почасовой нагрузки среди студентов 1–4 курсов лидирует лечебный факультет (7981 ч), педиатрический (7278ч), ТТС (6344ч), КС (5888ч);

- На основе составления шкалы трудности выявлены наиболее сложные дисциплины. Для студентов НГМУ — анатомия и фармакология, для студентов НГАВТ — математика, начертательная геометрия, сопротивление материалов;

Продолжительность производственной практики у студентов НГМУ в 2 раза больше;

- Количество полученных зачетов и сданных экзаменов у студентов НГАВТ больше;

Недельная учебная нагрузка для студентов 1 курса лечебного факультета в 2 раза выше, чем у студентов ТТС и в 1,5 раза — КС.

- Необходимо отметить, что у студентов факультета ТТС не проводятся занятия по субботам. Среднее время окончания занятий у студентов НГАВТ — 14.30, у студентов НГМУ — 17.00.

Д. К. Мнееян, С. С. Петеян, М. А. Федоров
**РАДИАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЙОНОВ
Г. НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Турбинский*

Актуальность. Город Новосибирск — единственный в России с населением свыше 1 млн. человек, в основании которого залегают коренные горные породы, на 70 % представленные гранитоидами с повышенным содержанием урана — 238, продуктом распада которого является радон — 222. Новосибирск относится к обской радоноопасной зоне, среднее значение годовой эффективной дозы облучения в городе достигает 4,52 мЗв/год. В структуре источников радиационного воздействия на организм человека в г. Новосибирске доля естественных радионуклидов (радон) достигает 86 %. Численность населения Новосибирской области, проживающего на радоноопасных территориях с эффективной дозой облучения более 5 мЗв/год, составляет 23 752 человека (Колыванский и Новосибирский районы).

Цель. Оценка радиационно-гигиенической обстановки на территории и разработка профилактических рекомендаций по уменьшению радиационного риска в г.Новосибирске.

Объекты, материалы и методы исследования. Объекты — территория жилой застройки (микрорайоны), транспортные магистрали, промышленные зоны.

Материалами исследования служили результаты замеров мЭД в точках. Измерение мощности экспозиционной дозы проводились дозиметром ДКС-04.

Результаты:

1. В целом в городе радиационно-гигиеническая обстановка соответствует требованиям безопасности установленным НРБ-99/2009.

2. Уровни МЭД в городе на территории жилой застройки, транспортных магистралей и в промышленных зонах колеблются в диапазоне — 0,16–0,23 мкЗв/ч.

3. Выявлена зависимость уровня МЭД от высоты рельефа местности, наиболее высокие показатели в метро

4. Предложено в местах понижения рельефа местности при строительстве зданий и сооружений с постоянным нахождением человека устраивать радонзащитную изоляцию подвальных помещений и первого этажа зданий. Людям продолжительно находящимся в подвальных помещениях и работникам метро рекомендовано использовать одежды с повышенными радонзащитными свойствами.

А. А. Чалая
**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
РАБОЧЕЙ ЗОНЫ АПТЕК**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Галузо*

Актуальность. Микробиологическое исследование предоставляет ключевую информацию о качестве окружающей среды асептического технологического процесса, позволяет предотвратить выпуск потенциально загрязненного продукта, а также предупредить возможность такового загрязнения в будущем за счет выявления неблагоприятных тенденций.

Основной целью программы оценки микробиологического состояния производственной среды является постоянная гарантия стабильности асептических условий производства, выявление начальных отклонений и выработка корректирующих действий до возникновения ситуаций, приводящих к появлению нестерильной продукции. (МУК 4.2.734-99 «Микробиологический мониторинг производственной среды», 1999)

Оценка микробиологического статуса чистой зоны является ценным способом эффективного контроля состояния производственной среды. Этот способ также напоминает обслуживающему персоналу о важности соблюдения асептической техники. Программа оценки микробиологического состояния должна обеспечивать безотлагательную обратную связь, позволяющую быстро устранить любую обнаруженную проблему.

Цель исследования: провести микробиологическое исследование рабочей зоны аптек.

Материалы и методы исследования.

Объектами бактериологических исследований являются:

- Вода дистиллированная
- Инъекционные растворы до стерилизации
- Инъекционные растворы после стерилизации
- Глазные капли после стерилизации
- Глазные капли, приготовленные в асептических условиях из стерильных основ
- Сухие лекарственные вещества, используемые для приготовления инъекционных растворов
- Аптечная посуда, пробки, прокладки, прочие вспомогательные материалы
- Инвентарь, оборудование, руки и санитарная одежда персонала
- Воздушная среда

Для данных объектов определяется:

- ОМЧ

- количество мезофильных аэробных и факультативных анаэробных бактерий
- наличие плесневых и дрожжевых грибов
- титр бактерий группы кишечной палочки
- наличие бактерии группы кишечных палочек
- наличие патогенных стафилококков

Методика исследования заключается в посеве на питательные среды, инкубировании, подсчете колоний и микроскопировании на наличие подозрительных колоний.

Результаты. При исследовании объектов не обнаружено превышения уровня допустимой нормы обсемененности.

А.В. Степанова О НЕКОТОРЫХ ГЕЛЬМИНТОЗАХ

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Семенова*

Разнообразие природно-климатических условий приводит к особенностям в распространенности заболеваний человека в различных странах, на различных континентах. Это в полной мере относится и к группе таких распространенных заболеваний, как гельминтозы. Изучением нозогеографии гельминтозов занимались великие отечественные паразитологи Скрябин К. И., Павловский Е. Н., их ученики и соратники. В современных условиях усиления миграционных процессов (вынужденного характера, отдых, развлечение, культурно-познавательные цели и т.п.) актуальной становится проблема «завоза» заболеваний. В последнее десятилетие на территории России регистрируются нехарактерные для нашей страны виды гельминтозов. Редкие гельминтозы - условно выделяемая группа паразитарных болезней, которая характеризуется главным признаком — редкой встречаемостью в России. В эту группу входят гельминтозы, эндемичные на локальной территории, но являющиеся редкими в целом для Российской Федерации; гельминтозы, возбудители которых циркулируют на территории страны, но из-за биологических преград заражение человека возбудителями происходит редко, а также завозные гельминтозы, возбудители которых не циркулируют на территории страны из-за отсутствия соответствующих природно-климатических условий.

Цель — изучение возможных причин появления и распространения т.н. редких гельминтозов на примере НСО.

Методы: анализ литературы и карт эпидемиологического расследования случаев паразитарного заболевания; социологическое исследование -

опрос лиц, выезжающих за рубеж или уже побывавших в странах африканского континента.

Результаты. Заболеваемость редкими гельминтозами на территории России невелика. Так, например, в 2005 году она составила 0.69 на 100 тысяч населения, в 2008 году — 0,25 на 100 тыс. населения, в 2009 году — 0.12 на 100 тысяч с сохранением этого уровня в последующие годы. Ежегодно случаи редких гельминтозов регистрируются на 43–45 административных территориях России, в числе которых и Новосибирская область. На долю городских жителей приходится 73 %.

Доля госпитализированных за последние два года с экзотическими гельминтозами в инфекционную больницу города Новосибирска в общей структуре гельминтозов невелика, составляет всего 2–3%. (Цой С. В., Ахмедгарев А. Р., 2012). Это — дирофиляроз, шистосомоз, «ползучая болезнь» *Larva migrans cutanea*.

Одной из возможных причин появления редких гельминтозов является низкая санитарная грамотность, несоблюдение, иногда пренебрежение элементарными мерами предосторожности. Результаты проведенного социологического исследования свидетельствуют о том, что значительная часть — от 60 до 75% — лиц, выезжающих за рубеж или уже побывавших на африканском континенте, представители различных социально-демографических групп не имеют сведений об эпидемиологической ситуации в «чужих» странах, не интересуются перед поездкой о возможных опасностях, заболеваниях и т.п. Четкой закономерности от возраста и образовательного уровня не выявлено. Однако, среди имеющих медико-биологическое образование таких, естественно, меньше. Обращает на себя внимание отсутствие в списке источников информации медицинских работников. Две трети «осведомленных» почерпнули данную информацию из Интернета.

А.С. Оноприенко
**ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ РИСК ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
ЗАГРЯЗНЕНИЯ ГОРОДСКИХ ПОЧВ МЕТАЛЛАМИ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Семенова*

Одной из актуальных экологических проблем современности является загрязнение городских почв различными химическими и биологическими агентами.

Цель — попытка оценить потенциальный риск для здоровья лиц, проживающих на территориях, почвы которых загрязнены тяжелыми металлами.

Методы — анализ литературы и данных о загрязнении различных зон города Новосибирска тяжелыми металлами.

Результаты.

Сложившаяся в последние годы напряженная экологическая ситуация во многих регионах страны диктует необходимость оценки экологического риска, необходимость ранжирования территорий по степени экологического благополучия. В основе подходов лежат характеристики фактического загрязнения среды и/или состояние здоровья населения, различные медико-демографические показатели.

Анализ данных свидетельствует о том, что для всех районов города свойственно полиметалльное (свинец, кадмий, стронций, цинк, медь, кобальт, мышьяк, никель, марганец, молибден) загрязнение почвенного покрова. Однако почвы различаются как по уровню накопления тяжелых металлов, так и по специфике загрязнения. Суммарное накопление металлов в почвах большинства административных районов города низкое. Определены как общегородские (стронций, свинец), так и часто встречающиеся (медь, цинк, кадмий) загрязнители.

Особого внимания заслуживают такие металлы, как свинец и кадмий, относящиеся к первому классу токсичности и опасности, обладающие так называемыми отдаленными эффектами.

Загрязнение почв представляет (прямо или опосредованно, в частности, через пищевые цепочки) угрозу для здоровья населения. Оценка (Привалова Л. И., Кацнельсон Б. А., Кузьмин С. В. и др., 2003) вклада различных путей экспозиции в общую свинцовую нагрузку показала, что из всех объектов окружающей среды наибольшую опасность представляют продукты питания — 76–86,9% (вклад с почвой и пылью равен 10,7–21,7%). Исследования Гамбоевой С. В. (2003); Дьячук Т. И. (2004); Жигулиной Ю. В. (2011) свидетельствуют о наличии тяжелых металлов в различных растениях, продуктах питания.

Рассчитанный индивидуальный риск при употреблении, например, такого распространенного продукта как картофель, содержащего свинец на уровне 0,5 ПДК, равен 158 человек на 1 миллион жителей.

Необходимо заметить, что величина риска проживания на территории с низкой степенью загрязнения почв значительно возрастает с учетом комбинированного поступления химических соединений.

Интегральным следствием ухудшения экологической обстановки может служить увеличение генетического груза популяции в различных проявлениях — наследственные болезни, врожденные пороки развития (ВПР). Анализ динамики встречаемости врожденных пороков детей на фоне роста показывает и различия по административным районам.

Ю.Н. Авдони́на, Д.А. Масников
**СТЕПЕНЬ ЗАКАЛЕННОСТИ И ФОРМИРУЮЩИЕ
ЕЕ ФАКТОРЫ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н Семенова*

Состояние здоровья человека определяется резервами его адаптации к изменяющимся условиям внешней среды. Это особенно важно в современных условиях, когда на человека (ребенка) постоянно воздействует комплекс различных субфакторов внешней среды, что приводит к хронической активации адаптационных механизмов, хроническому стрессу. Это сопровождается снижением неспецифической сопротивляемости и повышением заболеваемости. Одной из характеристик адаптационных возможностей является степень закаленности.

Цель исследования — оценка степени закаленности и формирующих ее факторов. В работе использован комплекс методов — оценка кожно-сосудистой реакции на холодовой раздражитель с расчетом СИТР (сила изменения температурной реакции); определение средневзвешенной температуры кожи тела (11-точечная методика); социологические исследования (опрос родителей и медико-педагогического персонала); анализ медицинской документации (карты развития детей); личные наблюдения. Объект исследования — 30 организованных детей дошкольного возраста.

Результаты. В зависимости от величины СИТР выделили три типа реагирования детей на холодовую нагрузку: нормотонический — 60%, гиперреактивный — 10 % и гипореактивный — 30%.

Изучение образа жизни показало, что у трети детей закаливающие процедуры ограничиваются только ДШУ, а большинство, 66,7%, (2 группа) использует разнообразные дополнительные воздействия как активного, так и пассивного характера в домашних условиях (воздушные и солнечные ванны контрастный душ, утренняя гимнастика, сон в хорошо проветренной комнате и т.п.). Надо отметить, что и в образовательном учреждении реализуется комплекс процедур — солнечные, воздушные ванны, обливания, обтирания, ЛФК, в структуре ДШУ имеется бассейн. Как известно, самым эффективным средством совершенствования защитных механизмов человеческого организма, повышения его устойчивости является закаливание. Причем, закаливание не только повышает устойчивость к холоду, но и служит мощным средством, влияющим на все процессы роста и развития, увеличивает

резервы адаптации и к другим негативным воздействиям, повышает общую неспецифическую резистентность. Исследование показало, что все дети из второй группы имели нормотонический тип реагирования.

Выявлены различия в состоянии здоровья по критерию сопротивляемости — только десятая часть (11,1%) детей с нормотоническим типом отнесена в группу ЧДБ, а в группе с гипореактивным типом часто и длительно болеющих детей значительно больше (77,7%).

Подавляющее большинство родителей предпочитают приобретать для своих детей соответствующую климатическим, сезонным и погодным условиям одежду из натуральных волокон (это относится ко всем слоям одежды). Однако оценка теплового состояния по величине средневзвешенной температуры кожи (СВТК) дошкольников показала, что у закаленного ребенка СВТК находится в пределах нормы (33,9–35,8°C) и в заданных температурных условиях изменяется незначительно, у незакаленных же наблюдается значительное падение ее.

М.Н. Ильина

ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НИТРАТАМИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра гигиены и экологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.б.н., проф. Н.Г. Никифорова

Актуальность исследования. Качество среды жизни и состояние здоровья человека, его трудоспособность и продолжительность жизни определяется в первую очередь качеством атмосферного воздуха, питьевой воды и потребляемой пищи. Известно, что далеко не безвредным для организма человека являются нитраты, которые в качестве минеральных удобрений вносят в почву для повышения урожайности продуктов растениеводства.

Опасность нитратов заключается в том, что в пищеварительном тракте они часто способны восстанавливаться до нитритов, которые являются более токсичными химическими соединениями. Кроме того, в присутствии аминов нитраты могут образовывать N-нитрозамины, которые обладают канцерогенной активностью. Проблема токсического накопления нитратного азота в продуктах питания и вредного воздействия его на человека на современном этапе является одной из наиболее острых и актуальных.

Цель исследования. Определить содержание нитратов в продуктах питания, употребляемых населением г. Новосибирска и Новосибирской области.

Результаты исследования. Было исследовано и проанализировано 4296 проб пищевых продуктов на содержание нитратов, полученных в период с 2005 по 2010 гг. В 2005 году доля проб с концентрацией нитратов, превышающей допустимые нормы, составила 0,2%; в 2006 году — 1,9%; в 2007 году — 2,4%; в 2008 году — 2,7%; в 2009 году — 5,4%; в 2010 году — 3,3%. Повышенные концентрации нитратов наиболее часто обнаруживались в овощах и бахчевых культурах. В пробах плодов и ягод, безалкогольных напитков, овощных консервов и продуктов детского питания концентраций нитратов, превышающих допустимые нормы, обнаружено не было.

Выводы:

1. В период с 2005 по 2010 гг. наибольшее число проб с содержанием нитратов, превышающим допустимые нормы, наблюдалось в 2009 году.

2. При анализе результатов лабораторных исследований на содержание нитратов на территории г. Новосибирска и Новосибирской области за период с 2005 года по 2010 год наблюдается тенденция к увеличению содержания нитратов в продуктах питания.

Т. А. Ивлева

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЧИСТКА СТОЧНЫХ ВОД

Кафедра гигиены и экологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.б.н. Е. К. Емельянова

Биологическая очистка сточных вод от загрязняющих веществ производится микроорганизмами активного ила или биопленки как в присутствии, так и при отсутствии кислорода воздуха в специальных сооружениях.

Предмет исследования — биологические способы очистки сточных вод.

Объект исследования — Новосибирские городские очистные канализационные сооружения (ГОКС).

Способы очистки сточных вод, применяемые в локальных системах канализации, включают в себя механические, химические и биологические методы. При использовании механического способа очистки происходит освобождение сточных вод от нерастворённых взвешенных веществ. Один из минусов этого метода, заключается в том, что не происходит очистка воды от растворённых органических загрязнений. Поэтому сооружения механической очистки (отстойники, песколовки, решётки и сита), чаще всего являются предварительной ступенью перед биологической очисткой. Хи-

мический способ очистки сточных вод основан на применении различных реагентов, которые переводят растворённые примеси в твердое нерастворимое состояние. Этот метод, в основном, применяют для очистки производственных сточных вод, так как используемые реактивы стоят довольно дорого, и кроме того, требуется соблюдать их точную дозировку. Также следует учитывать то, что ни механический, ни химический методы очистки не решают основной вопрос — утилизацию отходов. Поэтому наиболее эффективным для очистки сточных вод крупного города в настоящее время является биологический метод очистки сточных вод, в т.ч. применяемый и на Новосибирских ГОКС. Большое количество органических веществ, содержащихся в сточных водах, является благоприятной питательной средой для микроорганизмов, которые способны поглощать и обезвреживать их в процессе своей жизнедеятельности. На Новосибирских ГОКС биологическая стадия очистки заключается в функционировании микроорганизмов активного ила в аэротенках. В состав биоценоза аэротенков ГОКС входят представители зубактерий, микромицетов, актиномицетов, микроводорослей, простейших, червей, коловраток и др. Деструкцию органических веществ обеспечивает гетеротрофная флокулообразующая микробиота, которая является основой активного ила.

А. М. Монгуш¹, Н. А. Соловьянова²
**ПОИСК И ВЫДЕЛЕНИЕ ПРИРОДНЫХ
МИКРООРГАНИЗМОВ — АНТАГОНИСТОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

¹*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет*

²*ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор», п. Кольцово, Новосибирская обл.*

Научные руководители: к.б.н. И. С. Андреева,

к.б.н. Е. К. Емельянова

В связи с нарастающим распространением возбудителей инфекционных заболеваний, обладающих множественной устойчивостью к антибиотикам актуален поиск новых антагонистов патогенных микроорганизмов. Бактерии, обладающие селективным подавлением роста патогенных микроорганизмов – возбудителей заболеваний желудочно-кишечного тракта человека, млекопитающих, птиц, могут стать основой препаратов, которые являются эффективными по отношению к резистентным штаммам кишечных инфекций. Значительная часть микроорганизмов-антагонистов по отношению к патогенам ЖКТ принадлежит к роду *Bacillus*, которые широко известны как

продуценты антибиотиков и других биологически активных метаболитов. Часто способность к самоочищению загрязненных в результате антропогенной деятельности экосистем обусловлена наличием в них бактерий *Bacillus*, сдерживающих рост санитарно показательных микроорганизмов [1]. В связи с этим поиск антагонистов к патогенам кишечной группы осуществляли в пойме санитарно неблагополучной реки Ельцовки-1.

Цель исследования: поиск и выделение природных микроорганизмов – антагонистов возбудителей кишечных инфекций.

Задачи исследования: взятие образцов воды, почвы и донных отложений антропогенно загрязненной реки Ельцовки-1, выделение чистых культур микроорганизмов, выявление антагонистической способности полученных культур по отношению к возбудителям кишечных инфекций *Salmonella sp.*, *E.coli*, *Shigella sp.*, *Staphylococcus sp.*

В результате проведенных экспериментов из природных биоценозов выделено 17 штаммов бактерий. Численность КОЕ в 1 мл воды реки составила $7,7 \times 10^3$. Согласно проведенным диагностическим тестам 12 штаммов бактерий были отнесены к роду *Bacillus* [2]. С целью выявления угнетения роста патогенных культур под воздействием метаболитов *Bacillus* применяли метод отсроченного антагонизма. Из числа исследованных 10 штаммов *Bacillus sp.* оказали слабо выраженное угнетающее воздействие на патогенные микроорганизмы кишечной группы. Выделены 2 штамма *Bacillus sp.* АМ-4 и *Bacillus sp.* АМ-4а, активно лизирующие клетки патогенных бактерий *Salmonella sp.* Se-55 и *Salmonella sp.* Se-84. Полученные штаммы *Bacillus* АМ-4, АМ-4а перспективны для создания препаратов пробиотиков, избирательно воздействующих против сальмонелл.

А.Е. Пристойко¹, Н.А. Соловьянова^{*2}
**ПОИСК И ВЫДЕЛЕНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ КИШЕЧНОЙ
ГРУППЫ, ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ УРБАНИЗИРОВАННЫЕ
ЭКОСИСТЕМЫ**

¹Кафедра гигиены и экологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

²ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор», п. Кольцово, Новосибирская обл.

Научные руководители: к.б.н. И.С. Андреева, к.б.н. Е.К. Емельянова

Водоемы являются естественной средой обитания микроорганизмов. Источниками загрязнения воды микроорганизмами являются выделения людей и животных, бытовая и производственная деятельность людей. Поверхностные водоемы наиболее опасны в эпидемиологическом отношении. Вода может быть фактором передачи инфекционных заболеваний, и спектр

патогенных микроорганизмов распространяющихся через воду очень широк. Для предупреждения случаев заболевания, связанных с водным фактором передачи, производится постоянное наблюдение за водоемами и санитарно-бактериологический контроль проб воды открытых водоемов.

Нашей целью было выделение условно-патогенной микрофлоры из водных объектов г. Новосибирска и получение чистых культур бактерий рода *Salmonella*.

Объект исследования: естественное сообщество микроорганизмов, выделенное из проб воды, взятых из р.Тулы г. Новосибирска. Материалом для исследования служили пробы речной воды объемом 250 мл в количестве двух экземпляров, взятых в районе издательства «Советская Сибирь» с малого моста; расстояние между местами отбора образцов составило 15 метров.

При высеве образцов воды на плотную среду РПА оценена общая численность выделенных микроорганизмов. При использовании селективной висмут-сульфитной среды отобраны штаммы для дальнейшей работы, предварительно идентифицированные как относящиеся к роду *Salmonella*. Общая численность микроорганизмов составила $2,29 \times 10^3$ КОЕ/мл на среде РПА и 6×10^2 КОЕ/мл — на висмут-сульфитном агаре.

Для уточнения таксономической принадлежности отобранных штаммов изучены их морфологические и биохимические свойства (катазная, уреазная, протеолитическая, амилазная активности, способность к утилизации углеводов; чувствительность к антибиотикам, некоторые патогенные свойства (коагулазная, фибринолитическая активности). В результате исследования среди выделенных микроорганизмов были обнаружены штаммы, относящиеся к роду *Salmonella*.

Е.Б. Никитина

ЖЕСТКОСТЬ ВОДЫ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАГРЯЗНЕНИЯ. РАЗВИТИЕ МАКРОЗООБЕНТОСА РЕКИ ИРТЫШ С РАЗЛИЧНЫМИ ГИДРОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

Кафедра гигиены и экологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: преподаватель Ж.И. Белоногова

Река Иртыш является трансграничным водотоком, берущим начало на территории КНР, протекающим по территории Казахстана и впадающим в реку Обь на территории РФ. В черте города Усть-Каменогорск находятся крупные горно-металлургические комплексы, сточные воды которых поступают в реку.

Цель исследования. Оценить гидрохимическое состояние реки Иртыш в черте города Усть-Каменогорск на формирование макрозообентоса. Также проанализировать жесткость воды в зависимости от степени загрязнения. Макрозообентос – это донные, позвоночные животные размером от 2 мм до нескольких сантиметров. Бентос формирует биоценоз определённого биотопа. Члены биоценоза связаны прямыми или косвенными пищевыми отношениями, создают среду обитания друг для друга и взаимно ограничивают численность. Сообщества зообентоса — это удобный индикатор продолжительного загрязнения, так как жизненные циклы составляющих их популяций достаточно длительны (месяцы, годы). Таким образом, бентос отражает состояние реки не только в момент исследования, но и даёт представление о средних условиях загрязнения, существующего длительное время.

Материалы и методы. Сбор и обработка проб осуществлялись в период открытой воды в течение пяти лет. Сбор материала проводили на трёх створах реки. Отбор и обработка проводились согласно методике, изложенной в «Руководстве по гидробиологическому мониторингу пресноводных экосистем» (1992г.). Гидробиологические исследования макрозообентоса включали изучение таксономического состава (S), численности (N, экз./м²), биомассы (B, г/м²), биотического индекса Вудивисса. Жёсткость воды определялась как полевыми опытами, так и по результатам лабораторных исследований. Гидрохимические показатели воды брали в аккредитованной лаборатории.

Результаты. В составе макрозообентоса р. Иртыш в среднем определяют около 75 таксонов, принадлежащих к 7 классам. К доминантным группам относятся веснянки, подёнки, ручейники и другие. Максимальное таксономическое разнообразие наблюдается в летнее время — 58 S, весной — 35 S, осенью — 38 S. Анализ постворной динамики таксономического состава показал, что наименьшее значение таксонов отмечается на первом створе. Среднее значение биотического индекса варьировало в рамках 3-4 классов качества воды (умеренно загрязнённая, загрязнённая). Основу биоценоза составляли таксоны толерантные к умеренному или сильному загрязнению. Очень редко встречались виды — индикаторы чистых вод. Жёсткость воды изменялась соответственно загрязнению, чем сильнее загрязнение, тем выше жёсткость воды. Количественные характеристики макрозообентоса коррелировались и с гидрохимическими показателями, такими как снижение содержания кислорода в воде, повышенное содержание марганца, кадмия и других тяжёлых металлов.

Выводы. Таким образом, снижение численности и биомассы макрозообентоса р. Иртыш в черте города Усть-Каменогорск свидетельствует о химической природе и токсичном характере воздействия городских сточных вод и стоков промышленных предприятий.

Л. В. Сарыглар*

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ОРГАНИЗМА ЮНОШЕЙ, ИСПОЛНИТЕЛЕЙ
ТЫВИНСКОГО ГОРЛОВОГО ПЕНИЯ**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Г. С. Логачева*

Актуальность. Давно известно, что пение является одним из лучших дыхательных упражнений. Методы звуковой гимнастики, вокалотерапии активно используются в мире для лечения заболеваний дыхательной, нервной систем, депрессии. Исследования (Тарханов И. Р., 2010) доказали положительное влияние пения на психоэмоциональное состояние человека. Способность горлового пения вызывать измененные состояния сознания позволяет отнести данную практику к пространству трансперсональной психологии. При изучении динамики показателей кардиореспираторной системы, психофизиологического статуса у высокостажированных профессиональных исполнителей тывинского горлового пения выявлено неблагоприятное влияние на рассматриваемые показатели (С. Ы. Сарыглар, 2010).

Цель исследования: изучить влияние занятий горловым юношей 17–20 лет на функциональное состояние кардиореспираторной и центральной нервной системы для обоснования оптимального режима и эффективности занятий.

Материалы и методы. Нами обследована группа (10 чел), исполнителей горлового пения, средний возраст — $20 \pm 0,45$ лет, стаж пения — от 1 до 5 лет. Контрольную группу (8 чел.) составили юноши, коренные жители р. Тыва, средний возраст — $20 \pm 0,55$ лет. Проводилась оценка физического развития, функционального состояния дыхательной, сердечно-сосудистой системы в покое, после физической нагрузки. Для оценки влияния пения на состояние центральной нервной системы (устойчивость внимания, продуктивность) в опытной группе проведена корректурная проба.

Результаты исследования. Физическое развитие организма юношей исследуемых групп характеризуется как гармоничное, показатели тотальных размеров тела не отличаются от средних, полученных при исследовании студентов НГМУ (2000). При исследовании состояния сердечно-сосудистой системы показатели частоты сердечных сокращений и артериального давления в покое в обеих группах соответствовали «нормальным». Однако, показатели, характеризующие состояние сердечно-сосудистой системы исполнителей горлового пения, при сравнении с контрольной группой свидетельствуют о более экономном режиме функционирования в покое, менее выраженную реакцию на нагрузку и короткий восстановительный период, что может быть результатом тренировок дыхательной гимнастикой. Анализ показателей функции внешнего дыхания свидетельствовал о более высоких резерв-

ных возможностях в группе исполнителей горлового пения. Так жизненная емкость легких составила в опытной группе 4300 мл, в контрольной — 3400 мл ($p < 0,05$). Время задержки дыхания на вдохе в группах равнялось 77 сек в опытной группе и 44 сек в контрольной, на выдохе — 30 и 22 сек соответственно. ЧСС снизилась до исходной величины в опытной группе в 100 процентах случаев, в контрольной у 50 процентов обследуемых на первой минуте восстановления. Исследование пиковой скорости выдоха у любителей пения и в контрольной группе не выявило снижения показателей, он составил в среднем 88 %. Результаты корректурной пробы показали повышение устойчивости внимания после обычной репетиции в группе горлового пения.

Выводы. Занятия горловым пением способствуют гармоничному развитию дыхательной системы, повышению устойчивости к гипоксии, что способствует увеличению возможности аэробного энергообеспечения в тканях. Выявлено, что устойчивость к гипоксии у исполнителей пения выше, чем в контрольной группе. Сеанс горлового пения повышает устойчивость внимания у исполнителей.

Л. В. Полякова*, Ю. Т. Буда
**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ
ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК СПОРТСМЕНОК**

*Кафедра госпитальной терапии и медицинской реабилитации
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Г.С. Логачева*

Актуальность исследования. Сохранение репродуктивного здоровья женщины является общегосударственной задачей. Изменения в соматическом, психологическом и социальном статусе женщины находят отражение в ее репродуктивной сфере. Репродуктивная функция спортсменок претерпевает изменения в ответ на воздействие физических нагрузок. В настоящее время, в период бурного развития женского спорта, отмечается высокая частота нарушений менструальной и репродуктивной функции у женщин-спортсменок.

Цель исследования: изучить влияние занятий спортом на становление менструальной функции у девушек от 14 до 18 лет с учетом вида и стажа спортивных занятий.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 118 девушек в возрасте 15–18 лет. Опытную группу составили 88 девушек, занимающихся спортом, стоящие на учете в областном врачебно-физкультурном диспансере. Стаж спортивных занятий равнялся в среднем $6 \pm 0,5$ лет. Все девушки

были кандидатами в мастера спорта. С учетом вида спортивных занятий в опытной группе мы выделили лиц, занимающихся художественной или спортивной гимнастикой (30 чел.), лыжными гонками (28 чел.), единоборствами (30 чел.). Контрольную группу составили девушки, занимающиеся в основной физкультурной группе в рамках учебной программы. По данным врачебно-контрольных карт физкультурников и непосредственного приема спортсменок нами изучались показатели физического развития организма; акушерско-гинекологический анамнез; результаты гинекологического осмотра и наблюдения.

Результаты. Девушки спортсменки имели гармоничное физическое развитие. Тотальные размеры тела лыжниц и представителей контактных видов не отличались от таковых в контрольной группе. Гимнастки имели статистически достоверно ($p < 0,01$) меньшие показатели длины и массы тела (ИМТ составил 16,8 ед), что обусловлено результатом спортивного отбора и жесткими ограничениями в питании. Средний возраст менархе в контрольной группе составил $12,3 \pm 0,12$ лет. Становление регулярных менструаций отмечали в течение $8 \pm 0,8$ месяцев. Нарушений менструального цикла девушки не отмечали, у 4 человек выявлены заболевания половой сферы. Средний возраст менархе у спортсменок составил $14,5 \pm 0,28$ лет. У 18 девушек менструаций не было. Повышение возраста менархе по сравнению с контрольной группой отмечалось в 75 % случаях. Наиболее поздний возраст был выявлен у гимнасток ($18 \pm 0,65$ лет), в 58 % случаях у них менструальная функция не сформировалась к 18 годам. У лыжниц в среднем менархе появились в возрасте $13,8 \pm 0,34$ лет, отсутствие отмечали 2 девушки в возрасте 16 лет. У девушек, занимающихся единоборствами, менархе отмечались в среднем в возрасте $13,4 \pm 0,34$ лет. Нарушения цикла по типу дисменореи и олигоменореи выявлены у 41 спортсменки (37,4 %), аменорея в 15 % случаях. Наибольшую группу с нарушением цикла составили девушки, занимающиеся единоборствами, в 74 % случаях у них зарегистрированы те или иные нарушения. Зависимостей между нарушениями менструального цикла и стажем спортивных занятий не выявлено. При анализе определяется увеличение продолжительности цикла в период повышения интенсивности тренировок, особенно в предсоревновательный период у лыжниц (до 32–45 дней).

Выводы. Становление менструальной функции у девушек-спортсменок происходит в более поздние сроки, что особенно проявляется у гимнасток. Нарушения цикла наиболее часто встречаются у девушек, занимающихся единоборствами. Полученные данные свидетельствуют о необходимости тесной совместной работы тренера и спортивного врача в тренировочном процессе девушек, раннего выявления и коррекции менструальной и репродуктивной функции.

А. Э. Рустамова
**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ СИБГГА**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Галузо*

Актуальность. Здоровый образ жизни — понятие включающее в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, способствующих предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни. Актуальность ЗОЖ вызвана возрастанием на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья, а для студентов этот вопрос весьма актуален.

Цель. Изучить степень представления о здоровом образе жизни студентов СГГА, оценить соответствуют ли теоретические представления практическим действиям ведения здорового образа жизни.

Материалы, методы: анкетно-опросное исследование, статистическая обработка данных.

Результаты. В исследовании приняли участие студенты 1 курса СГГА, возраст всех респондентов составил 19 лет. 43% девушки и 57% юноши. 30 % проживают с родителями и родственниками и 60 % в общежитии. У 50 % респондентов имеются финансовые обязательства. Длительность сна студентов составляет по 39% менее 6 часов и 6–7 часов, 18 % спят 7–8 часов. При этом 30 % не чувствуют себя отдохнувшими после ночного сна, у 14 % отмечается чувство тяжести и разбитости, 28% респондентов фиксируют чувство легкой усталости и только 28 % чувствуют себя отдохнувшим после ночного сна.

В оценке удовлетворенности своим питанием: 50 % удовлетворены, 21% нет.

Стоит отметить, что белый хлеб высшего сорта предпочитают 50 % опрошенных. Студенческий завтрак состоит в 64 % случаев из бутербродов и кофе и 36 % не завтракают. Режим питания студентами не является рациональным у 11 % так как прием пищи всего 2 раза в сутки 7–8 часов утра, после 20 часов. Характеризуя питьевой режим стоит отметить что треть респондентов соблюдают суточную норму потребления воды — 2–3 литра. По 43 % выпивают по 3–4 чашки чая и кофе соответственно. Слабоалкогольные напитки (пиво) 29 % не употребляют вообще и 41 % — редко, что касается крепких алкогольных напитков — не употребляют и 28% и редко 64%. Из

всех опрошенных лишь 12 % респондентов курят. О причинах курения: 7% оно помогает расслабиться, 4% не могут бросить. Все учащиеся не делают утреннюю гимнастику; 11% закаляются. Сниженная резистентность к простудным заболеваниям выявлена у 32% студентов. 53% занимаются разными видами спорта. 6 % занимающихся спортом имеют 2 взрослый разряд.

В сутки современный студент проводит за компьютером в 53% случаев 4–5 часов. 86% слушают плеер в наушниках из них транспорте 54% и постоянно 21%. По длительности прослушивания в течение суток это время составляет у 11% 1–2 часа, у 27% — 2–3 часа и у 62% 3–4 часа и более. Сотовый телефон благодаря электромагнитному излучению не безразличен нашему организму. 39% носят его в кармане брюк, 50% — в сумке.

Сами респонденты оценивают состояние своего здоровья как хорошее в 46% случаев, удовлетворительное в 43%, неудовлетворительное у 11%. Из факторов влияющих на здоровье выделены у 46% образ жизни.

При появлении отклонений в состоянии здоровья 11% обращаются за медицинской помощью во всех случаях, 75% только при появлении серьезных симптомов, откладывая визит к врачу до последнего 7% и 7% лечатся самостоятельно. На вопрос «что нужно предпринять для улучшения Вашего здоровья?» 43% ответили — нормализовать режим питания и 21% необходимо заняться спортом. «Как Вы считаете, Вы ведете здоровый образ жизни»: 39% ответили «да». Полное правильное определение ЗОЖ дали 11 % опрошенных. 25% считают что это отсутствие вредных привычек, 35% — что это только правильное питание. 11% понимают как образ жизни отдельного человека с целью профилактики болезней и укрепления здоровья.

Медицинскую информацию о ЗОЖ современные студенты получают от медицинских работников 27%, от знакомых и родственников 35%, через интернет 34 % и из научно-популярной литературы 4%.

Необходим комплекс мер, чтобы студенты, молодежь не только знали о ЗОЖ, но и применяли его в реальной жизни.

Е.С. Полторацкая, Т. Д. Сырчина
**ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА ЗДОРОВЬЕ
СТУДЕНТОВ**

*Кафедра гигиены и экологии, Новосибирский государственный
медицинский университет*

*Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Семёнова,
преподаватель Н. С. Федянина*

Актуальность. Проблема здоровья студентов привлекает все большее внимание ученых, врачей, педагогов, что обусловлено высокой забо-

леваемостью как населения России в целом, так и различных социально-демографических групп. Адаптация к комплексу новых факторов специфичных для высшей школы сложный многоуровневый социально-психологический процесс. Он сопровождается значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма студентов. Комплексное планирование оздоровительных мероприятий, коррекция негативного влияния факторов риска возможны только после изучения распространенности этих факторов среди студентов, оценки образа жизни студентов.

Цель. Представить сравнительную характеристику здоровья студентов различных ВУЗов (Новосибирский государственный медицинский университет — НГМУ, Новосибирский государственный технический университет — НГТУ, Сибирский институт международных отношений и регионоведения — СИМОР) в процессе обучения.

Материалы и методы. Анкетирование (в анкете 3 блока вопросов, каждый из которых направлен на выявление определенной патологии: 1 — органов зрения, 2 — опорно-двигательного аппарата, в частности позвоночника, 3 — желудочно-кишечного тракта). В исследовании участвовали 300 человек (по 100 из каждого ВУЗа), из них 150 студентов-первокурсников и 150 студентов V курсов. Анализ результатов медицинского осмотра студентов 1 курса по вышеуказанным системам. Оценка условий учебного процесса: освещенность и состояние мебели в лекционных залах, пунктов питания студентов.

Результаты. Изучение распространенности миопии показало: НГМУ — 54% первокурсников, 74% пятикурсников. НГТУ — 38% первокурсников, 52% пятикурсников. СИМОР — 30% первокурсников и 46% пятикурсников. Отрицательная динамика наблюдается у студентов пятого курса (НГМУ — 28%, НГТУ — 10%, СИМОР — 16%).

Что касается заболеваний ЖКТ, то выявлено следующее: НГМУ — 10% первокурсников, 46% пятикурсников. НГТУ — 12% первокурсников, 50% пятикурсников. СИМОР — 12% первокурсников и 46% пятикурсников. Отрицательная динамика наблюдается у студентов пятого курса (НГМУ — 32%, НГТУ 44%, СИМОР — 38%).

Достаточно широко распространены среди студентов заболевания опорно-двигательного аппарата: НГМУ — 56% первокурсников, 57% пятикурсников. НГТУ -60% первокурсников, 63% пятикурсников. СИМОР — 58% первокурсников и 60% пятикурсников. Отрицательная динамика наблюдается у студентов пятого курса: НГМУ — 4%, НГТУ — 3,5%, СИМОР — 4,2%.

Оценка условий обучения: Величина освещенности в лекционных залах НГМУ составляет 210лк, НГТУ — 240лк, СИМОР — 250лк, что ниже рекомендуемого уровня. Размеры мебели (высота столов, высота стульев, расстояние от стола до стула) в лекционных залах не обеспечивают рациональную позу студентов.

Выводы. Отмечена достаточно широкая распространенность среди студентов патологии зрения, опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта

Выявлены различия в состоянии здоровья у студентов различных ВУЗов: наиболее выраженное нарушение зрения наблюдается у студентов НГМУ, а у студентов НГТУ наиболее выражены нарушения ЖКТ и опорно-двигательного аппарата. Наблюдается отрицательная динамика изменений здоровья в процессе обучения. Негативные тенденции в здоровье студентов можно объяснить несоответствием гигиеническим требованиям условий обучения.

Н.И. Денисова¹, Н.А. Соловьянова²
**ИССЛЕДОВАНИЕ НАЛИЧИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ
МИКРООРГАНИЗМОВ В АЭРОЗОЛЯХ ВОЗДУХА**

¹*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет*

²*ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор», п. Кольцово, Новосибирская обл.*

*Научный руководитель: к.б.н. И. С. Андреева,
к.б.н. Е. К. Емельянова*

В окружающем воздухе содержатся газообразные компоненты выхлопных газов автомобилей, промышленных предприятий, пыль, токсичные вещества, биоаэрозоли различного происхождения (споры растений, клетки микромицетов, бактерий, вирусы, макромолекулы, продукты жизнедеятельности и разложения микроорганизмов). Значительная часть микроорганизмов-возбудителей инфекционных заболеваний передается воздушно-капельным путем. В связи с этим представляется актуальным изучение наличия жизнеспособных микроорганизмов в воздухе, как потенциально опасных для здоровья человека компонент атмосферного аэрозоля.

Целью работы являлось сравнение содержания жизнеспособных микроорганизмов в воздухе закрытых помещений и вне зданий.

Пробы атмосферных аэрозолей отбирались на импинджеры [1]. В качестве сорбирующей жидкости в импинджеры заливалось 50 мл раствора Хенкса (ICN Biomedicals). Полученные образцы суспензий из импинджеров высевали на чашки Петри, содержащие агаризованные питательные среды: LB (Difco, США), обедненную среду LB (разбавление 1:10), крахмало-аммиачную среду (КАА), почвенный агар [2]. Для изучения аэрозолей воздуха внутри помещений (учебных аудиторий НГМУ) применяли метод естественной седиментации Коха на чашки Петри с агаризованной средой LB в двух вариантах: расставляя чашки Петри в аудиториях утром до учебных занятий, и днем после интенсивной нагрузки на аудитории. Каждый опыт

проводили в трех повторностях. Высевы инкубировали в термостате при температуре 28 - 30°C в течение 3 - 14 суток. Индивидуальные колонии бактерий, выросшие на агаризованных средах, использовались для получения чистых культур с целью дальнейшего определения потенциальной опасности для человека и изучения ферментативных свойств. Расчет КОЕ проводили используя формулу Омелянского [3].

Особенности морфологии колоний изучали визуально и с помощью стереоскопического микроскопа Stemi 2000-C (Carl Zeiss, Германия). Клетки микроорганизмов исследовали методом фазово-контрастной микроскопии с помощью микроскопа Axioskop 40 (Carl Zeiss, Германия).

В результате исследования из образцов аэрозолей выделены микробные изоляты, число микроорганизмов в разных образцах составляло от <1 до $1\text{-}5 \times 10^{3-4}$ кл/мл пробы для аэрозоля открытого воздуха. Общее количество микроорганизмов в пробах закрытых помещений до начала занятий составляло $2,54 \times 10^2$ КОЕ/м³, после занятий — $2,42 \times 10^3$ КОЕ/м³.

Т. Н. Юрьева, Р.В. Елина
**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЛОГИЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

*Кафедра гигиены и экологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доцент Н. А. Галузо*

Введение понятия «биологический возраст» объясняется тем, что календарный (паспортный, хронологический) возраст не является достаточным критерием состояния здоровья и трудоспособности стареющего человека. Лица, чей БВ значительно превышает популяционный эталон, составляют одну из наиболее многочисленных групп риска по отношению к возникновению болезней, утрате трудоспособности и смерти.

Для растущего же организма значительное опережение и отставание биологического возраста по отношению к календарному может интерпретироваться как признак снижения уровня здоровья человека, поэтому определение студентами своего биологического возраста может способствовать их переориентации на здоровый образ жизни, являющийся залогом и более успешного обучения профессиональным навыкам.

Цель исследования: определить уровень здоровья определенных возрастных групп населения на основе сравнения биологического и календарного возраста

Объект исследования: пациенты (мужчины и женщины) кардиологического отделения ГБУЗ НСО ГНОКБ, неврологического и гастроэнтеро-

логического отделений ГKB №1, студенты лечебного факультета НГМУ 2–4 курсов.

Методы исследования: описательный, сравнительный, тестирование, мониторинг, расчетный, анализ статистических данных.

В результате проведенного исследования был оценен показатель биологического возраста у различных возрастных групп населения с наличием патологий функциональных систем в анамнезе. На основе сравнения фактического биологического возраста с календарным и должным популяционным эталоном, были выявлены лица с ускоренными и замедленными темпами старения.

Так степень постарения мужчин в исследуемой группе значительно превалировала над таковой у женщин (у 57,4% мужчин имел место резко ускоренный темп старения, тогда как у женщин лишь 6,7% обладало тем же показателем). Кроме того, большинство мужчин работоспособного возраста (17–60 лет) имели ускоренный темп старение и опережение возраста по сравнению с популяционным эталоном, что коррелировало с наличием патологий сердечнососудистой и нервной систем, а также сниженной адаптацией и подверженностью к факторам риска (стрессовым, социальным, экологическим и др.). Такие данные говорят о значительном понижении общего состояния здоровья исследуемых мужчин.

Проведя оценку степень старения у студентов 2-4 курсов лечебного факультета НГМУ без наличия каких-либо серьезных патологий в анамнезе, мы получили следующие результаты: биологический возраст большинства (?) студентов был больше календарного, причем у 50,4% парней выявился резко ускоренный темп старения, у девушек этот же показатель составил — 14,3%. Таким образом, большинство исследуемых юношей следует относить к группе риска, как имеющих более низкие физиологические резервы, следовательно, являющихся угрожаемыми в отношении формирования у них в процессе адаптивных перестроек, преморбидных состояний и нарушений здоровья.

На сегодняшний день проблема биологического возраста важна именно с той позиции, что все интенсивнее снижается уровень общего здоровья населения, и, как следствие этого, у большинства людей наблюдается ускоренный темп старения. Очень важно, чтобы каждый человек смолоду заботился о своем физическом совершенствовании, обладал знаниями в области гигиены и медицинской помощи, вел здоровый образ жизни. Ведь не зря еще Марк Туллий Цицерон говорил о том, что «Старость крепка благодаря основам, заложенным в молодости».

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

К. Ю. Азарова, Е. А. Баяндина
**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ
В НОВОСИБИРСКЕ ЗА 2000-2011 ГОДЫ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор О. Н. Позднякова*

Актуальность исследования. В настоящее время чесотка является одним из наиболее часто регистрируемых инфекционных дерматозов, который встречается во всех странах мира, в любом возрасте и в различных социально-экономических и этнических группах. По данным государственных отчетных статистических форм, заболеваемость чесоткой в Российской Федерации в течение последних лет сохраняется на стабильном уровне, однако официальная статистика не отражает истинную заболеваемость. Это обусловлено низким уровнем жизни, несоблюдением надлежащих санитарно-гигиенических правил в определенных социальных группах, активной миграцией населения, широким развитием международного туризма, коммерческими и деловыми поездками в различные регионы страны и за рубеж. Кроме этого, значительную роль в поддержании достаточно высоких показателей заболеваемости играет низкий уровень знаний о клинических проявлениях заболевания, особенно атипичных форм, врачами различных специальностей и самими пациентами.

Цель исследования. Анализ эпидемиологической ситуации по чесотке в Новосибирске за 2000–2011 годы.

Материалы и методы исследования. Статистические отчетные формы №9 и №34, регистрирующие лиц с впервые выявленной инфекционной патологией.

Результаты. Всего в Новосибирске за период с 2000 по 2011годы зарегистрировано 11412 случаев заболевания чесоткой: 2000 г. — 889 (7, 8%), 2001 г. — 999 (8, 8%), 2002 г. — 914 (8%), 2003 г. — 687 (6%), 2004 г. — 712 (6, 2%), 2005 г. — 656 (5, 7%), 2006 г. — 945 (8, 3%), 2007 г. —

1025 (9%), 2008 г. — 1174 (10, 3%), 2009 г. — 1165 (10, 2%), 2010 г. — 1120 (9, 8%), 2011 г. — 1126 (9, 9%). Из них 10984 (96%) имели прописку (мужчин — 53%, женщин — 47%), 428(4%) — пациенты без определенного места жительства (мужчин — 67%, женщин — 33%). Среди людей, имеющих прописку, максимальный уровень заболеваемости приходился на детей до 14 лет (38%), минимальный — на возрастную группу 30–39 (6%) лет. Среди заболевших без определенного места жительства преобладали пациенты старше 40 лет (35%), реже болели подростки 15–17 лет — 4%. Самая высокая заболеваемость чесоткой за все анализируемые годы регистрировалась в Кировском и Октябрьском районах — по 17%, минимальное число больных было выявлено в Железнодорожном и Первомайском районах — по 4%. Наибольшее абсолютное количество впервые зарегистрированных случаев наблюдалось в 2008 году, наименьшее — в 2005 году.

Выводы. Современная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости чесоткой характеризуется вариабельностью официально регистрируемых показателей. За период с 2000 по 2005 годы уровень заболеваемости постепенно снижался, начиная с 2006 года и по настоящее время наблюдается увеличение числа заболевших. Как среди людей, имеющих прописку, так и среди людей, не имеющих прописку, чаще болеют мужчины.

О.Г. Артамонова, Е.С. Новикова, М.А. Трубникова

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. А. А. Хрянин

Актуальность. Пандемическое распространение ВИЧ-инфекции приводит к тяжелейшим социально-экономическим последствиям: лечение, диагностика и социальное обеспечение ВИЧ-инфицированных требует значительных материальных ресурсов. По данным экспертов объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (UNAIDS) и специалистов ВОЗ, в мире в настоящее время насчитывается более 42 млн. ВИЧ-инфицированных. В РФ их официально зарегистрировано 674143, а в Новосибирской области в 2011 г. — 13679 случаев, что составляет 2,02% от общероссийского показателя.

Цель исследования. Изучить тенденции заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Новосибирской области с 2008–2011 гг.

Материалы и методы. Ретроспективный эпидемиологический анализ данных пораженности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения Ново-

сибирской области, а также смертности от ВИЧ-инфекции на 31 декабря 2011 г. Используются данные Новосибирского государственного областного центра по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией; Федерально-научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора; Сибирского Федерального окружного центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД.

Результаты исследования. Эпидемиологическая обстановка в Новосибирской области в 2011 г. характеризуется снижением заболеваемости с 2008 г., однако по показателям заболеваемости ВИЧ-инфекцией Новосибирская область занимает шестое место среди регионов РФ с самыми высокими показателями заболеваемости и третье место по Сибирскому федеральному округу. Показатель заболеваемости — 101,6 на 100 тысяч населения, который по сравнению с 2008 г. снизился в 1,5 раза. Показатель пораженности населения составляет 443,6 на 100 тысяч населения, за 5 лет он увеличился в 4,5 раза. При этом, уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией выше у городских жителей. Доминирующим путем передачи ВИЧ-инфекции остается парентеральный — 70,5%, но, по сравнению с 2010 г., его доля снизилась; увеличился процент передачи ВИЧ половым путем и составил 28,4%. Вертикальный путь инфицирования ВИЧ зарегистрирован на уровне показателя 2010 г. и составил 0,86%. Основной возрастной группой больных ВИЧ остается 20–39 лет — 51% от числа заболевших по всем возрастным категориям. Выросла заболеваемость среди детей от 0 до 14 лет на 21,7% и составила 5,6 на 100 тысяч. Соотношение мужчин и женщин составило 2:1 (на начало 2011 г. это соотношение было 3:1), и, как следствие этого, замечен прирост полового пути инфицирования. Кардинально изменилось ранжирование ВИЧ-инфицированных контингентов: 1 место — лица, выявленные по клиническим показаниям 20,8%, 2 — «прочие» 19,7%, 3 — потребители инъекционных наркотиков 17,1%, 4 — заключенные — 11,1%, 5 — беременные 11%. Число новых случаев среди работающего населения выросло в 7 раз по сравнению с 2010 г. и снизилось среди неработающего населения на 36,5%. За 2011 г. умерли 213 ВИЧ-инфицированных, из них в стадии СПИДа — 51 человек. За 5 лет рост смертности увеличился в 5 раз.

Выводы. Отмечена тенденция к снижению уровня заболеваемости, несмотря на высокие показатели пораженности. Основным путем передачи ВИЧ-инфекции остается парентеральный, но отмечается ежегодное снижение его доли. Отмечается рост полового пути инфицирования. Соотношение мужчин и женщин составило 2:1, что связано с ростом полового пути инфицирования. Основная возрастная категория ВИЧ-инфицированных не изменилась: 20–39 лет. Выявлен переход эпидемии из групп высокого риска во все слои населения. Продолжается рост числа умерших от ВИЧ-инфекции.

Т.В.Болдина*

ОСТРЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА СИФИЛИС У БЕРЕМЕННЫХ

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Т.Б.Решетникова*

Серологическая диагностика сифилиса не всегда достоверна и существует вероятность получения ложноположительных результатов. Биологически ложноположительные серологические реакции (ЛПР) условно разделяются на острые, с давностью менее 6 месяцев, и хронические — более 6 месяцев.

Причины, вызывающие ЛПР на сифилис, условно можно разделить на три группы. К первой группе относятся заболевания, вызываемые возбудителями, которые имеют антигенное сходство с бледной трепонемой (возвратный тиф, лептоспироз). Ко второй группе можно отнести ЛПР при сердечно-сосудистых заболеваниях, болезнях желудочно-кишечного тракта, верхних дыхательных путей, женской половой сферы, почек и мочевыводящих путей. Одной из причин ЛПР на сифилис является беременность. У таких пациенток возникновению ЛПР может способствовать как само состояние беременности, так и соматические заболевания, которыми беременная женщина страдает. У беременных может происходить негативация серологических реакций после родов, аборта, а также на фоне развивающейся беременности. Наиболее часто ЛПР наблюдаются за 2 недели до родов и в течение 3 недель после родов. К третьей группе относятся ошибки лабораторных методов исследования.

В настоящей работе представлен случай острых ЛПР на сифилис у беременной женщины, выявленной в третьем триместре беременности. Больная С., 28 лет, беременность 34-35 нед. поступила в ГБУЗ НСО «КВД №1» для обследования по поводу сифилиса. На учет по беременности в женской консультации встала в 8–9 нед. беременности. При постановке на учет было проведено исследование сыворотки крови на антитела к Tr.pall.: ИФА, РПГА, РСК, РМП, РИФ₂₀₀, РИФ_{abc} — отрицательные. В 32-33 нед. беременности ИФА САТ — положительный. Высыпаний на коже у себя не отмечала. Самостоятельно антибактериальные препараты не принимала. В анамнезе сифилис отрицает. Во время предыдущих трех беременностей серологические реакции были отрицательные. Две беременности были прерваны с помощью медицинского аборта. Одна закончилась самопроизвольными родами. Имеет сына 5 лет. Ребенок и муж обследованы, клинических признаков сифилиса не выявлено, серологические реакции отрицательные. Внебрачные половые контакты пациентка отрицает. Пациентка была направлена в ГБУЗ НСО «Новосибирский областной кожно-венерологический диспансер». Серологические реакции на сифилис: ИФА САТ — положительный, IgM, IgG, ЭМДС, КСР, РМП, РИФ₂₀₀, РИФ_{abc} — отрицательные, исследование методом иммуноблотинга — результат положительный. Было рекомендова-

204

но пройти обследование в КВД №1. При поступлении в КВД №1 проявлений сифилиса на коже и слизистых оболочках не обнаружено. Исследование сыворотки крови данной пациентки на антитела к Tg.pall.: ИФА САТ, IgM, IgG, РМП, РИФ₂₀₀, РИФ_{abc} — отрицательные, РПГА — сомнительная, исследование методом иммуноблотинга — результат сомнительный. Пациентка была выписана на клинико-серологический контроль по месту жительства. На сроке 37–38 нед. беременности пациентка разрешилась самопроизвольными родами доношенным зрелым плодом. При обследовании в роддоме и через 2 недели после родов по месту жительства серологические реакции пациентки: ИФА САТ, IgM, IgG, РПГА, РМП, РИФ₂₀₀, РИФ_{abc} — отрицательные. Ребенок здоров.

Настоящее наблюдение подтверждает возможность развития острых биологически ЛППР на сифилис в третьем триместре беременности и негативации в течение нескольких недель после родоразрешения.

А.А. Бугримова
**СПИД-АССОЦИИРОВАННАЯ САРКОМА КАПОШИ,
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии, Новосибирский
государственный медицинский университет*

Научный руководитель: д.м.н., профессор О. Б. Немчанинова

Актуальность. Проблема ВИЧ-инфекции сегодня является одной из важнейших для всех стран в мире. Количество больных ВИЧ-инфекцией неуклонно продолжает расти, что придает этой проблеме особую важность. На фоне заболевания происходят изменения практически во всех звеньях иммунной системы, что приводит к прогрессирующему иммунодефициту и возникновению у больных ВИЧ-инфекцией оппортунистических заболеваний. Одним из наиболее часто регистрируемых СПИД-ассоциируемых заболеваний является саркома Капоши. Согласно данным зарубежных исследователей саркома Капоши выявляется примерно у 25–33% больных ВИЧ-инфекцией. Клиническая картина саркомы Капоши весьма вариабельна и нередко создает диагностические затруднения и для дерматологов, и для врачей других специальностей.

Цель исследования. Оценка клинического течения саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы исследования. Анализ клинических проявлений саркомы Капоши у 2 пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Результаты исследования. Двое пациентов, мужчина в возрасте 32 лет и женщина в возрасте 26 лет, находились на лечение в Областном центре по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями г.Новосибирска с диагнозом: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4В (саркома Ка-

поши). Помимо саркомы Капоши у пациента-мужчины были диагностированы другие оппортунистические заболевания: цитомегаловирусная и токсоплазменная инфекции, рецидивирующий орофарингеальный кандидоз, пневмоцистная пневмония, что сопровождалось выраженным поражением иммунной системы ($CD4_{abc}$ — 16 кл/мкл, $CD8_{abc}$ — 268 кл/мкл, $CD4/CD8$ — 0,06) и высокой вирусной нагрузкой (РНК ВИЧ-1 — $2,42 \times 10^5$ копий/мл). У пациента-женщины наблюдались кахексия, длительный фебрилитет, себорейный дерматит, что также сопровождалось значительными изменениями в иммунной системе ($CD4_{abc}$ — 537 кл/мкл, $CD8_{abc}$ — 2000 кл/мкл, $CD4/CD8$ — 0,27) и высокой вирусной нагрузкой (РНК ВИЧ-1 — $3,95 \times 10^5$ копий/мл). На момент лечения и обследования у пациента-мужчины диагноз ВИЧ-инфекция был выявлен впервые, женщине диагноз ВИЧ-инфекция был поставлен 5 лет назад, получает антиретровирусную терапию. Заражение ВИЧ-инфекцией произошло парентеральным путем в обоих случаях. Первые проявления саркомы Капоши оба пациента отметили более 6 месяцев назад, когда появились багрово-синюшные пятна на коже лица, с распространением процесса на кожу туловища, верхних конечностей и слизистую полости рта в течении последующих 2-х месяцев. Субъективных ощущений в области высыпаний пациенты не отмечали. На момент осмотра больных кожный патологический процесс носил распространенный характер, был приурочен к коже лица (лоб, щеки, кончик носа, подбородок), ушным раковинам, туловища, верхним конечностям, слизистой полости рта (твердое небо, десны). Элементы были представлены пятнами, бляшками и узлами, с четкими границами, округлыми и неправильными очертаниями, плотноватой консистенции, цвет элементов варьировал от розово-красного, до синюшно-фиолетового цвета.

Вывод. Важными клиническими особенностями СПИД-ассоциированной саркомы Капоши является появление ее в молодом возрасте, первичным поражением кожи лица, туловища, верхних конечностей, слизистых оболочек, агрессивное течение с быстрым распространением кожного процесса, наличие иммунодефицита со снижением количества $CD4$ -лимфоцитов.

Н.Б. Куликова*

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЙ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. А. А. Хрянин

Актуальность. *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium* в настоящее время являются наиболее патогенными микроорганизмами, способными 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 связи с этим остается малоизученной частота выявления этой инфекции среди населения.

Цель исследования. Изучить частоту выявления хламидийной (*C. trachomatis*) и микоплазменной (*M. genitalium*) инфекций у пациентов, обратившихся в различные медицинские учреждения города Новосибирска в 2010-2011 гг.

Материалы и методы. Всего было обследовано 9 208 человек на *M. genitalium* и 13 006 пациентов на *C. trachomatis* в различных медицинских учреждениях (женские консультации, поликлиники, медицинские центры, кожно-венерологические диспансеры, кабинеты анонимного обследования и лечения) Новосибирска в 2010-2011 гг. Диагностика хламидийной и микоплазменной инфекций 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. Полученные данные позволяют полагать, что основным временем инфицирования *M. genitalium* является длительный зимний период. Частота выявления *C. trachomatis* 2010 г., составила в среднем 12,9%. Ежемесячный анализ установил относительно равномерное распределение инфицирования хламидиями в течение года, а наименьшая доля была выявлена в июле. Частота выявления сочетанной инфекции — *M. genitalium* и *C. trachomatis* отмечалась только лишь у 0,55%, т.е. у 1 из 180 обследованных пациентов. В течение 2010 г. наблюдаются параллельные тенденции в выявляемости этих двух инфекций, однако, в сентябре имеется прямо противоположное расхождение в показателях. В последние 2–3 года выявляемость *M. genitalium* и *C. trachomatis* происходит примерно параллельно и приблизительно с одинаковой частотой, однако имеют место некоторые флуктуации между месяцами и сезонами года. Тем не менее, наблюдается существенное снижение выявления обеих урогенитальных инфекций 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. Частота выявления хламидийной (*C. trachomatis*) и микоплазменной (*M. genitalium*) инфекций примерно одинакова и составляет 8–12% и 7–12% среди лиц, обратившихся в кабинеты анонимного обследования и лечения. Сочетание этих инфекций встречается крайне редко (0,55%). При

этом по сравнению с хламидийной инфекцией наименьшая выявляемость *M. genitalium* оказалась в пост-отпускной период (сентябрь-октябрь), что, очевидно, зависит от особенностей возбудителя и активности инфекционного процесса.

Д. А. Лаврищева, О. М. Павлова, А. С. Павлов
**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:
XX ВЕК И СОВРЕМЕННОСТЬ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Н. Махновец*

В работе проводилось сравнение клинических аспектов псориатической болезни середины XX века и на современном этапе.

Псориаз ладоней и подошв: с 1927 по 1997 гг частота встречаемости ладонно-подошвенного псориаза увеличилась в 3 раза — с 10-12 до 36,6%. Сейчас ладонно-подошвенный псориаз встречается так же часто. Ранее данная локализация была характерна для распространенного, «застарелого» псориаза, псориаз начинался с поражения ладоней и подошв очень редко; сейчас псориаз ладоней и подошв встречается нередко и как самостоятельный тип псориаза, и как проявление распространенного.

Псориаз волосистой части головы: в настоящее время на коже головы элементы сыпи обычно представлены в виде бляшек, покрытых толстыми, трудно отделяемыми чешуйками, выражены мокнутие и трещины, особенно за ушами; ранее чаще наблюдалось диффузное поражение кожи волосистой части головы с обильным шелушением.

Висцеральная патология при псориазе: при высокой активности процесса развивается поражение глаз в виде подострого конъюнктивита, ирита, иридоциклита, эписклерита, увеита, склероза хрусталика; ранее эписклерита и склероза хрусталика не наблюдали. В настоящее время возможно возникновение псориатических бляшек на слизистой оболочке уретры, мочевого пузыря с развитием небактериальных уретритов, циститов, простатитов, развитие псориатического нефрита и при длительно существующем псориазе, амилоидоза почек; ранее наблюдали только псориатические поражения слизистой уретры, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. При исследовании сердечно-сосудистой системы при псориазе выявляют, кроме тех изменений, которые были известны и ранее, признаки мерцательной аритмии, гипоксию миокарда, пороки митрального клапана без нарушения системного кровообращения, установлена зависимость между изменениями в сердечно-сосудистой системе и тяжестью течения дерматоза. В желудочно-кишечном тракте отмечают вовлечение в патологический процесс полости

рта, глотки, желудка, кишечника, поджелудочной железы, печени (ранее поражение поджелудочной железы и кишечника не выявляли).

Псориаз пожилого и старческого возраста: в настоящее время клиническая картина разнообразна, течение псориаза варьирует от дежурных бляшек до эритродермий; ранее в большинстве случаев преобладали ограниченные бляшки. Сейчас псориаз ладоней и подошв наблюдается редко, раньше сравнительно часто поражались ладони и подошвы с вовлечением в процесс ногтевых пластинок. В настоящее время псориаз чаще сочетается с патологией желудочно-кишечного тракта, паразитозами, патологией бронхо-лёгочной системы и варикозной болезнью; ранее - с патологией сердечно-сосудистой системы, с ожирением, диабетом, неврозами.

Выводы: на волосистой части головы стали преобладать элементы сыпи в виде бляшек; увеличилась частота встречаемости псориаза ладоней и подошв; стали выявлять склероз хрусталика, псориатические нефриты, мерцательную аритмию, гипоксию миокарда, поражение поджелудочной железы и тонкого кишечника; у пожилых людей клиническая картина стала разнообразнее, изменились сопутствующие заболевания. Все это, безусловно, должно найти отражение в подходах к терапевтической тактике ведения больных псориатической болезнью.

А. С. Морозова

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО СИФИЛИСУ В ГОРОДЕ НОВОСИБИРСКЕ (2000-2010 ГГ.)

Кафедра дерматовенерологии и косметологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Н. Позднякова

Актуальность исследования. Среди инфекций, передающихся половым путем (ИППП), классическим венерическим заболеваниям является сифилис. Отличаясь своей нестабильной заболеваемостью и распространенностью, он отражает сложившуюся современную эпидемиологическую ситуацию.

Цель исследования: изучить эпидемиологию заболеваемости сифилисом в городе Новосибирске за период с 2000 по 2010гг., сравнить абсолютное число больных сифилисом среди районов города, форм сифилиса, половой принадлежности, возрастных и социальных групп.

Материалы и методы исследования: анализ отчетов о заболеваемости сифилисом НОКВД с 2000 по 2010гг. (формы №9 и 34).

Результаты: заболеваемость сифилисом в городе Новосибирске с 2000 по 2010 год снизилась на 73.5% (с 2873 человек до 760), у женщин он регистрировался в среднем на 10% реже, чем у мужчин. Среди возрастных групп чаще всех болеют люди 20–29 лет, за период 2000–2010 гг. количество таких

заболевших сократилось на 77%, в других возрастных группах в среднем на 73%. Проанализировав данные по районам города, было выявлено, что больше всего больных в 2000 году зарегистрировано в Кировском — 210.4 на 100тыс. населения, Ленинском — 170.3 и Первомайском — 165.2 районах. В 2010 в Первомайском — 82.7 на 100тыс., Ленинском — 60.2, Октябрьском — 53.3 районах. Наиболее благополучные районы в 2000 году Советский — 85.6 на 100тыс., Железнодорожный — 95.2, а в 2010 году Завельцовский и Центральный — по 28.4. Наибольшее число больных составили пациенты с вторичными формами сифилиса и сифилисом скрытым ранним. В процентном отношении с 2000 по 2010гг. в городе Новосибирске количество сифилиса первичного уменьшилось на 84%, сифилиса вторичного — на 83%, скрытого раннего — на 68%, поздние формы увеличились на 94%. Среди социальных групп чаще всего сифилисом болеют неработающие (в среднем больше 60%), затем служащие и рабочие.

Выводы: количество больных сифилисом в городе Новосибирске за 10 лет значительно сократилось, что связано с профилактикой и эффективным лечением. Мужчины болеют чаще женщин, основную массу составляют пациенты в возрасте от 20 до 29 лет, ведущие активную половую жизнь. Больше число заболевших зарегистрировано в районах Левого берега и Первомайском районе, наиболее благополучными — Центральный, Завельцовский и Железнодорожный районы. Наибольшее количество больных составили пациенты с вторичными формами сифилиса и сифилисом скрытым ранним. Самые высокие показатели заболеваемости у неработающих или считающих себя таковыми.

О. М.Павлова, А. С. Павлов, Д. А.Лаврищева
**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:
ВЧЕРА И СЕГОДНЯ**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Н. Махновец*

Псориазная болезнь известна с незапамятных времён, упоминается в Библии, сведения о ней встречаются в трактатах древней медицины. В настоящее время псориазная болезнь занимает видное место в структуре дерматозов (12–15%). По последним данным(2011г), псориазом больны около 2–4% населения земли, т.е. около 250 млн. человек.

Современные особенности псориаза у детей и подростков: нередкое возникновение заболевания после интоксикаций, причем в качестве интоксикационного фактора часто выступают различные виды алкоголя и его суррогатов, а также психотропные средства, употребление которых участилось в последнее время, преимущественно в подростковой среде. Ранее триг-

герными факторами чаще являлись инфекции, «простуды», психические и физические травмы. В последнее время увеличивается доля тяжелых форм псориаза, нередко приводящих к ранней детской инвалидизации. Одной из особенностей последних лет является появление форм локализованного пустулезного псориаза. У детей старших возрастных групп псориазическим высыпаниям на коже могут предшествовать дистрофические поражения ногтевых пластинок; в прошлом же поражение ногтей отмечали у детей редко, только при распространенном характере псориаза. Ранее артропатическая форма псориаза не встречалась в детском возрасте, сейчас она встречается.

Изменение ногтей при псориазе: Ранее изолированное поражение ногтей наблюдалось очень редко, сейчас около 20% пациентов имеют изолированное поражение ногтей. В настоящее время кожные высыпания могут появиться позднее изменений ногтей, ранее изменения ногтевых пластинок в большинстве случаев встречались при застарелых, много раз рецидивировавших формах чешуйчатого лишая. Ранее чаще всего встречался симптом «наперстка», сейчас симптом «напёрстка» наблюдается лишь у 5,6% больных. В последнее время при присоединении вторичной инфекции при лабораторном обследовании соскобов выделяются в основном грибы рода *Candida*, немного реже — плесневые грибы, ещё реже — дерматомицеты; ранее выделялся, главным образом, стафилококк, реже — дрожжеподобные грибы.

Псориазическая артропатия: в настоящее время соотношение страдающих псориазическим артритом мужчин и женщин 1:1. У женщин заболевание начинается в более раннем возрасте, ранее им страдали преимущественно мужчины. В прошлом рентгенологически чаще всего выявлялось сужение суставных щелей, то есть преобладали пролиферативные процессы. В современности суставные щели часто рентгенологически расширены, что свидетельствует о деструктивно-дистрофических процессах. В настоящее время в большинстве случаев выраженность кожного процесса и артрита не коррелируют друг с другом; ранее артрит впервые наблюдался при обострении кожного процесса, и взаимосвязь между кожными и суставными изменениями сохранялась. Были редки случаи, когда не было синхронности поражения кожи и суставов.

Выводы. В настоящее время имеет место клинический патоморфоз псориаза. Изменяются триггерные факторы, и приобретают значение интоксикации неинфекционного генеза, что можно связать с изменением характера питания населения (увеличением консервантов, красителей в продуктах питания), экологической обстановки в мире, употреблением психотропных средств. Увеличилась частота тяжелых форм псориаза у детей, стала встречаться псориазическая артропатия у детей; чаще стал встречаться изолированный псориаз ногтей, снизилась частота встречаемости симптома «наперстка», псориаз ногтей в некоторых случаях стал предшествовать поражению кожи.

Е.П. Симонова
**ОНИХОДИСТРОФИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ
ФОРМАМИ ПСОРИАЗА**

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. О.Б. Немчанинова*

Актуальность. Поражение ногтей при псориазе наблюдается при распространенных проявлениях заболевания на коже, но могут быть поражения ногтей и при минимальных проявлениях на коже, в 5% — 10% случаев псориаз ногтей является единственным проявлением дерматоза. Ногти при псориазе вовлечены в патологический процесс в 32,1% — 66,7% случаев (Довжанский С.И., 1992.; Шеклаков Н.Д., 1975).

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости онихопатий у больных с различными формами псориаза.

Материалы и методы. Основную группу исследования составили 188 больных псориазом с клиническими проявлениями онихопатий. Был собран анамнез, проведен клинический осмотр. Для дифференциальной диагностики с онихомикозами всем пациентам проводилось микроскопическое исследование ногтевых чешуек.

Результаты и обсуждение. Обследовано 457 больных псориазом, ногтевые пластины были изменены у 188 (41,14%) больных, они и составили основную группу наблюдения. Онихопатии сочетались с микотической инфекцией у 75 (40%) больных.

Чем тяжелее протекал псориаз, тем чаще встречалось поражение ногтевых пластин. Так онихопатиями страдало 61 человек из 244 больных обыкновенной формой псориаза. Из 136 больных экссудативным псориазом имели деформацию ногтей 60 больных. Псориатический артрит был у 24 больных и в 24 случаях были ониходистрофии. Из 36 больных псориатической эритродермией 30 пациентов имели деформации ногтей. При ладонно-подошвенной форме псориаза онихопатии встречались у 13 больных из 17.

При эритродермии наблюдалось тотальное поражение всех ногтевых пластин, которое чаще протекало по типу онихолизиса, трахионихии, подногтевого гиперкератоза и симптома наперстка (онихопатии встречались в 26 (86,7%), 23 (76,7%) и 21 (70%) случае соответственно). Для псориатического артрита был характерен подногтевой гиперкератоз, встречался у 19 (79,2%) больных, симптом наперстка — у 19 (79,2%), онихолизис — у 18 (75%). У больных ладонно-подошвенной формой псориаза преобладал онихолизис. В большинстве случаев при обыкновенном псориазе онихопатии были представлены: симптомом наперстка у 43 (70,5%), подногтевым гиперкератозом у 42 (68,8%) и онихолизисом у 37 (60,7%) больных. При экссудативной форме псориаза — подногтевым гиперкератозом в 41 (68,3%) случае, онихолизисом у 40 (66,7%) больных.

Таким образом, с тяжестью псориатического процесса возрастала частота поражения ногтевых пластин. В большинстве случаев ногти деформировались после развития дерматоза на коже. Характерными клиническими проявлениями ониходистрофий были: онихолизис, подногтевой гиперкератоз, симптом наперстка, что согласуются с данными литературы.

Симптом наперстка чаще встречался при псориатическом артрите у 19 (79,2%) больных и обыкновенной форме псориаза в 43 (70,5%) случаях, онихолизис — при ладонно-подошвенной форме псориаза, псориатическом артрите и эритродермии (у 13 (100%), 18 (75%) и 26 (86,7%) больных соответственно), трахионихия — при эритродермии в 23 (76,7%) случаях, подногтевой гиперкератоз — при псориатическом артрите у 19 (79,2%) больных.

О.А. Щелкунова*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРИХОФИТИИ

*Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Т.Б.Решетникова*

Введение. В настоящее время трихофития является вторым по частоте встречаемости микозом волосистой части головы в педиатрической практике после микроспории. Так, в 2009 году на территории Российской Федерации было зарегистрировано 1,8 случаев трихофитии на 100 000 населения. Наиболее часто трихофития встречается в Южном федеральном округе (заболеваемость составила 14,7 и 13,1 на 100 000 населения в 2009 и 2008 гг. соответственно). К регионам с высокой частотой встречаемости данного заболевания относятся республики Дагестан, Кабардино-Балкария, Ингушетия, Саха (Якутия), Башкортостан.

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологические особенности трихофитии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 46 пациентов с трихофитией, за период с 2006 по 2010 гг., находившихся в отделении микологии ГБУЗ НСО НОКВД и ГБУЗ НСО КВД № 1.

Результаты. В течение 5 лет в микологическом отделении ГБУЗ НСО НОКВД и ГБУЗ НСО КВД № 1 находилось 46 человек больных трихофитией, из них 25 мужчин (54,3%) и 21 женщина (45,7%). Чаще трихофития регистрировалась у детей в возрасте от 1 до 14 лет и составила 42 случая (91,3%), у взрослых — 4 случая (8,7%). В этиологии трихофитии превалировал — *Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* у 28 человек (60,9%), затем *Tr. Tonsurans* у 9 человек (19,6%), *Tr. violaceum* у 7 человек (15,2%) и *Tr.*

verrucosum у 2 человек (4,3%). Основным источником заражения явились бродячие и домашние кошки — 16 случаев (34,8%), собаки — 10 случаев (21,7%), морские свинки — 2 случая (4,4%) и в 18 случаев (39,1%) источником заражения явились люди, занимающиеся контактными видами спорта. В структуре заболеваемости трихофитией преобладала поверхностная форма у 25 человек (54,3%), инфильтративно-нагноительная форма у 21 человека (45,7%), при этом поражение волосистой части головы наблюдалось у 24 человек (52,2%), поражение гладкой кожи у 15 человек (32,6%) и сочетанное поражение гладкой кожи и волосистой части головы у 7 человек (15,2%). Количество патологических очагов варьировало от 1 до 5, их размеры не превышали 5 см в диаметре, у всех пациентов. На волосистой части головы очаги локализовались в височных, теменной и затылочной области, волосы в них обломаны на высоте 1–2 мм, у 3 человек (6,5%) наблюдалась черноточечная трихофития. На гладкой коже процесс локализовался на лице, шее, туловище, верхних и нижних конечностях, а у 2 человек (4,4%) в лобковой и ягодичной области. У 3 человек (6,5%) инфильтративно-нагноительная трихофития волосистой части головы протекала с абсцедированием.

Вывод. Выявлено, что трихофитией чаще болеют дети в возрасте от 1 до 14 лет. Среди них преобладали мужчины — 55,5 %. Основными источниками заражения при трихофитии явились люди, занимающиеся контактными видами спорта. Основным возбудителем трихофитии был — *Tr. mentagrophytes* var. *gypseum*. Наиболее часто поражалась волосистая часть головы. Чаще стали наблюдаться атипичные, осложненные формы трихофитии и редко встречающиеся локализации процесса.

ДОВУЗОВСКАЯ ПОДГОТОВКА

О.О. Брюхова

СЖИГАНИЕ ПОЛИЭТИЛЕНА ЭКОЛОГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ ПРИ ВЫСОКИХ ТЕМПЕРАТУРАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОКСИДА КАЛЬЦИЯ

Кафедра медицинской химии

Новосибирский государственный медицинский университет

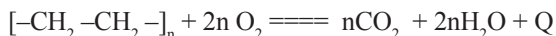
*Научные руководители: д.м.н., проф. О. Н. Потеряева,
учитель химии Турунтаевской районной гимназии С. Л. Шабанова*

Введение. Среднестатистический житель села выбрасывает за год более 287 кг твёрдых бытовых отходов, сюда не входят строительные и промышленные отходы. Человечество придумало три принципиально разных пути утилизации мусора: организация свалок, вторичное использование отходов, сжигание отходов.

Цель работы. Сравнение двух способов сжигания полиэтилена: с выделением углекислого газа и экологическим способом.

Материалы и методы. Использовали методику сжигания полиэтилена, как основного источника загрязнения окружающей среды с выделением углекислого газа и методику сжигания полиэтилена экологическим способом при высоких температурах с использованием оксида кальция для нейтрализации оксида углерода (IV). Место проведения: село Турунтаево, окрестности села.

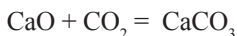
Результаты. Среди жителей села был проведен опрос о видах отходов и способах его утилизации. Данные опроса: основная масса бытовых отходов представлена пластиковыми бутылками и полиэтиленом. Основной способ утилизации - это вывоз на свалку с последующим сжиганием. Провели сжигание гранул полиэтилена в пламени спиртовки. Определяли качественный состав выделяемого газа, его свойства. Для этого помещали смоченную в дистиллированной воде лакмусовую бумагу в потоке выделяемого газа.



Выделяемый газ не поддерживал горение, с известковой водой давал нерастворимый осадок белого цвета. $\text{Ca}(\text{OH})_2 + \text{CO}_2 = \text{CaCO}_3 + \text{H}_2\text{O}$. Следовательно, это углекислый газ.

При взаимодействии с водой образовывалась слабая угольная кислота: $\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O} = \text{H}_2\text{CO}_3$. Наличие кислоты подтверждало покраснение индикаторной бумаги.

Методика сжигания полиэтилена экологическим способом при высоких температурах с использованием оксида кальция для нейтрализации оксида углерода (IV). Данный опыт был проведен в домашних условиях. В топку (на горящие угли) при высоких температурах помещали полиэтилен в небольших количествах, для того чтобы нейтрализовать выделяемый при горении оксид углерода (IV) в поддувало дальней его части, где не очень высокие температуры, помещали оксид кальция (II). Гранулы полиэтилена в топке сгорали почти сразу, без заметного выделения копоти и сажи. Момент плавления короткий. Выделяемый углекислый газ, имеет молекулярную массу равную 44 г/моль, а воздух 29 г/моль. Более тяжелый газ концентрируется в задней части поддувала, где более низкие температуры и взаимодействует с оксидом кальция (II).



Влажная индикаторная бумага осталась желтой, что говорит об отсутствии кислотного оксида, в данном случае углекислого газа.

Выводы. Исследование и практическое применение метода сжигания полиэтилена при высокой температуре с использованием оксида кальция доказало, что высокие температуры способны разрушать полиэтилен до углекислого газа без выделения копоти и сажи. Оксид кальция (II), помещаемый в заднюю часть поддувала нейтрализует углекислый газ, образуя карбонат кальция. Повсеместное использование данного метода положительно отразится на экологии села.

Е.С. Долгова

ОПИОИДНЫЕ НАРКОТИКИ. ДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ

Лицей при Новосибирском государственном медицинском университете

Кафедра медицинской химии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель к.х.н. доцент И. М. Сычева

Введение. Распространение наркомании среди молодежи представляет угрозу обществу. Важно понимать механизм развития зависимости при приеме наркотиков.

Цель: рассказать о действии опиоидных гормонов на организм и механизм развития зависимости от наркотиков.

Задачи

1. Характеризовать механизм развития от наркотиков.
2. Оценить осведомленность школьников 9-10 классов лицея №113 о возникновении зависимости от наркотиков.

Болеутоляющие свойства опиума упоминал Гиппократ. Первым алкалоидом, полученным в очищенном виде, был морфин. Морфин был выделен немецким фармакологом Фридрихом Сертюрнером из опиума в 1804 году. Сертюрнер дал морфину его название по имени бога сновидений в греческой мифологии — Морфея, сына Гипноса, бога сна.

В середине XX века были выделены пептиды, названные эндорфинами, которые вызывают у человека удовольствие. Высвобождаясь из окончаний нервных клеток, эндорфины взаимодействуют с опиоидными рецепторами и изменяют их структуру. В результате у человека наступает кратковременная эйфория. Кроме того, эндорфины: обезболивают; успокаивают; нормализуют артериальное давление и дыхание после пережитого стресса; повышают иммунитет; улучшают работу пищеварительной системы и почек; повышают выработку половых гормонов; ускоряют заживления поврежденных тканей и сломанных костей; регулируют аппетит; участвуют в процессах запоминания информации; повышают приток крови к сердцу и головному мозгу. Эндорфины препятствуют развитию депрессии.

Опиаты связываются с рецепторами эндорфинов и вызывают у человека состояние эйфории, вызывают прилив сил, снижение боли, угнетении дыхания. Однако, через некоторое время развивается тяжесть во всем теле, ничего не хочется, сил нет, на сердце глухая черная тоска, возникают мысли о самоубийстве, слезливость, резкие перепады настроения, любая мелочь может вывести из себя — это депрессия. Состояние очень неприятное.

После чего развивается ломка: озноб, насморк, тошнота, рвота, мучают сильные рези в брюшной полости. Сильная боль в костях. Это происходит потому, что рецепторы к эндорфинам прочно связываются с опиатами и их становится меньше. Для достижения состояния эйфории требуются все большие дозы наркотиков. Ломка после каждого приема становится сильнее. Так развивается зависимость.

Единственный способ избежать развития зависимости — не пробовать наркотики.

И. Марандина
КАЛЬЦИЙ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

*Вечерний лицей при Новосибирском государственном
медицинском университете*

*Кафедра медицинской химии, Новосибирский государственный
медицинский университет*

Научный руководитель: д.б.н., доцент О.И. Гимаутдинова

Актуальность. На долю кальция вместе с фосфором в организме приходится 75% от всех минеральных компонентов. Это составляет 1-2 кг в зависимости от массы тела. При этом 98–99% кальция в организме человека входит в состав костной и зубной ткани и лишь 1–2 % находится в биологических жидкостях и мягких тканях. Недостаточность кальция вызывает у детей рахит, а у взрослых — остеопороз.

Цель работы: описать роль кальция в организме и оценить значение продуктов, содержащих кальций, для жизнедеятельности человека.

Результаты. Был проведен поиск литературы и ее анализ. Краткий обзор изучения роли кальция для жизнедеятельности человека представлен здесь.

Суточная потребность человека в кальции составляет 0,6–0,8 г, а при беременности и грудном вскармливании она возрастает вдвое. Такое количество необходимо для поддержания нормального обмена катиона Ca^{+2} , т.е. постоянного его присутствия в жидких средах организма на уровне 1%. Кальций составляет основу костной ткани, нормализует обмен воды, хлорида натрия, углеводов, участвует в процессах передачи нервно-мышечного возбуждения, регулирует процессы свертывания крови, влияет на проницаемость клеточных мембран, уменьшает проницаемость стенок сосудов, активизирует некоторые ферменты, обладает противовоспалительным десенсибилизирующим действием, влияет на кислотно-щелочное равновесие организма. Для полноценного усвоения кальция необходим витамин Д.

Основная функция кальция — формирование и поддержание полноценных костей и зубов. Кость состоит из неорганических (кристаллы фосфата кальция и гидроксиапатита) и органических (белки) компонентов. Кальций в связанной форме «вымывается» из костей в том случае, если необходимо поддержать его уровень в крови. Это происходит, когда истощены запасы кальция в свободной (подвижной) форме и при недостаточном получении кальция с едой. Кости в организме взрослого человека ежегодно обновляются на 20% за счет повторной абсорбции кальция. Кальций влияет на мышечные сокращения и регулирует сердцебиение, воздействуя на сердечную мышцу. Кальций необходим для передачи нервных импульсов. Как вторичный посредник он активизирует действие ферментов, участвующих в производстве нейротрансмиттеров. Взаимодействуя с натрием, калием и магнием, кальций регулирует кровяное давление. Кальций активизирует действие витамина К (протромбин), основного фактора нормальной свертываемости крови. Он также важен для транспортировки питательных веществ через

клеточные мембраны и для укрепления соединительных тканей организма. Са необходим для работы иммунной системы; синтеза и функционирования многих гормонов и ферментов, участвующих в переваривании пищи, формировании слюны, метаболизме жиров, для получения энергии.

Недостаток кальция в организме детей вызывает мягкость костей – остеопению, что может привести к искривлению скелета - рахиту. У пожилых людей при недостатке Са развивается остеопороз – уменьшение плотности костей и их массы, что приводит к их хрупкости, а также возникают аритмия сердца и судороги мышц.

Основным источником кальция являются молочные продукты, вода, рыба. С питьевой водой в зависимости от ее жесткости в организм поступает от 10% до 30% этого макроэлемента. Для детей особенно важны молочные источники кальция, например, молоко, молочные смеси и йогурты.

Вывод. Кальций является важнейшим макроэлементом, необходимым для нормальной жизнедеятельности организма человека в любом возрасте.

С.С. Толстых НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КАРДИОХИРУРГИИ

*МОУ «СОШ № 119» г. Новосибирска.
Научный руководитель: Е.А. Поповченко*

Одна из важнейших задач современной медицины — сделать оперативное лечение более щадящим. Сегодня более 30% вмешательств проводится без разреза грудной клетки. Современные мало травматичные технологии применяются в лечении врожденных и приобретенных пороков, ишемической болезни сердца, широко и очень эффективно используются при поражении периферических артерий, и атеросклерозе. Данные методики позволяют избежать сложных травмирующих хирургических вмешательств и значительно сократить сроки пребывания пациента в стационаре (вплоть до одного дня).

Ангиография — метод рентгенологического исследования кровеносных сосудов, который позволяет получить изображение сосудов, оценить их форму, диаметр, наличие сужений, тромбов в просвете. Исследование артерий называется артериографией, вен — венографией.

Цели исследования. Ангиография применяется для распознавания болезней, в основе которых лежит поражение кровеносных сосудов органов — атеросклероза (ишемической болезни сердца, склероза мозговых сосудов, гипертонии различной природы, закупорки легочной артерии), врожденных и воспалительных заболеваний артерий и вен. С помощью артериографии можно исследовать аорту, легочную артерию, артериальные сосуды практически всех органов, вены нижних конечностей.

Ангиопластика — медицинская процедура, которая раскрывает закупоренные или суженные сосуды не хирургическим путем. Данную процедуру выполняет специалист — рентгенохирург.

Наиболее частым показанием для проведения является закупорка или сужение артерий, вызванное атеросклерозом. Атеросклероз — это постепенный процесс, при котором холестерин и соединительная ткань внутри артерии формируют «бляшки», сужающие или закупоривающие просвет артерии. Ангиопластику выполняют и по экстренным показаниям — при нестабильной стенокардии и инфаркте миокарда.

Перед ангиопластикой проводятся обследования, позволяющие оценить характер кровоснабжения пораженной области, позволяющие увидеть степень сужения артерий бляшками, их закупорку, выявить скорость кровотока и некоторые параметры кровообращения.

Операция проводится под местной анестезией, поэтому чувствуется лишь некоторое давление в месте пункции в течение всей процедуры.

Во время ангиопластики используются новейшие технологии, поэтому процедура более безопасна по сравнению с хирургическим вмешательством и редко вызывает осложнения.

В Новосибирске работает программа роботизированной кардиохирургии, цель которой, заменить обычную хирургию сердца, на более передовую, минимально инвазивную. Операции на сердце теперь делает робот. Машина с именем Да Винчи способна с ювелирной точностью выполнять самые сложные действия. Правда, совсем без человека обойтись она не может. Пациенты, прооперированные роботом, быстрее восстанавливаются, так как травматизм при таких операциях минимален, грудная клетка не раскрывается, манипуляции производятся через небольшой разрез и пару проколов.

А. Я. Родный

ПОТЕНЦИАЛ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА

*Кафедра медицинской генетики и биологии,
Новосибирский государственный медицинский университет,
МБОУ СОШ № 50*

*Научные руководители: ассистент Г. А. Воронько,
учитель биологии Т. В. Морозова*

Человек — неотъемлемая часть живого мира Земли. Но от всех других живых существ человека отличает его способность к мышлению. До середины XX века ученые не сомневались, что органом мышления является головной мозг. Но неожиданно нашлись исследователи, которые засомневались

в этой, казалось бы, не подлежащей сомнению истине. Почему некоторые люди умудряются думать без головного мозга, а органы, вроде бы не имеющие никакого отношения к мышлению, принимают в нем участие?

Доктор А. Буке, автор статьи «Можно ли жить без мозга?», опубликованной в журнале «Природа и люди» в канун Октябрьской революции, приводит многочисленные примеры, наглядно показывая: мозг — не единственное и обязательное условие осмысленной деятельности человека. 60-летний мужчина был ранен в темя острым концом багета — вытекло немного крови. В течение месяца рана ничем о себе не напоминала. Через некоторое время мужчина начал жаловаться на резкое снижение зрения — страданий он не испытывал, но неожиданно скончался во время приступа эпилепсии. В результате вскрытия выяснилось, что у больного совсем не было головного мозга, а сохранилась лишь тоненькая оболочка мозгового вещества, содержащая продукты разложения. Центральных частей органа не было обнаружено — более месяца мужчина существовал без головного мозга.

Происходят невероятные вещи и в наши дни. В 1978 году в Подмоскowie на одном из самых мощных ускорителей мира пучок протонов в 70 миллиардов электронвольт прошёл голову ученого Анатолия Бугорского. По всем законам медицины выжить учёный не мог. Но он выжил. Почему же люди, лишившиеся части, а порой и всего мозга, продолжают жить? Вероятно, есть другие человеческие органы, которые могут брать на себя функции, выполняемые головным мозгом.

После того, как английский ученый Джон Ньюпорт Ленгли подсчитал количество нервных клеток в желудке и кишечнике, он пришел в изумление: этих клеток оказалось около 100 миллиардов. То есть гораздо больше, чем в спинном мозге. Профессор Пауль Энк заявил, что «мозг живота» можно изобразить в виде чулка, охватывающего пищевод, желудок и кишечник. Исследования, проведенные физиологом калифорнийского университета профессором Эмераном Майером показали, что этот «мозг» управляет многими эмоциональными процессами. Наши хорошие и плохие ощущения — это не просто интуиция, они базируются на вполне реальной основе. Американский физиолог Антонио Дамэсио смог объяснить тот факт, что интуитивные решения дают такие прекрасные результаты. «Головной мозг работает как счетная машина, поэтому ему требуется огромный, «плохо перевариваемый» объём информации. А «брюшному» он не требуется, поскольку у живота есть свои «соматические ориентиры», дающие представление о том, как мы будем себя ощущать после принятия решения», — заявляет ученый.

Физиолог Иван Павлов был первым ученым, сделавшим предположение, что роль сердца не ограничивается перекачиванием крови в организме. «Сердце - не только мотор, но и орган чувств», — утверждал он в своей книге «О смерти человека». Прошло несколько десятилетий, и теоретические представления работ Павлова подтвердили американские физиологи Лестер

Вертен и Глен Дэвидсон. После объяснения функций нервных волокон, оплетающих сердце, было установлено, что именно благодаря им сердце может воспринимать все то, что в психологической сфере оказывает на человека влияние.

А.Ю.Аникина

**СНИЖЕНИЕ ЛИБИДО ПРИ ПРИЕМЕ
АНТИДЕПРЕССАНТОВ КЛАССА СЕЛЕКТИВНЫХ
ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА**

*Кафедра медицинской генетики и биологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.б.н., профессор Н.Т.Ясакова*

Депрессия — аффективное расстройство, развитие которого зависит от генетических факторов и среднего воздействия — стресса. При депрессии отмечается утрата удовольствия и интереса к жизни, что, как правило, отрицательно влияет на половое желание и половую активность. Половое поведение относится к числу биологически высоко значимых форм поведения и является составной частью процесса размножения.

Распространенность депрессии в мире растет, антидепрессанты являются одним из самых востребованных препаратов. Этим расстройством страдает около 10 % населения только в возрасте 40 лет. Еще не так давно пик заболеваний депрессией приходился на возраст между 30 и 40 годами, но на сегодняшний день депрессия резко «помолодела» и ей часто заболевают люди до 25 лет. Люди заинтересованы в лечении половых дисфункций, так в 2002 году был установлен успех продажи виагры.

По прогнозам, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди других заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров - инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания.

Снижение либидо является характерной чертой, проявляющейся у депрессивных больных. По клиническим данным, современные широко используемые антидепрессанты, а именно ингибиторы обратного захвата серотонина, улучшая общее состояние депрессивных больных, не лечат связанные с депрессией половые дисфункции, а иногда даже ведут к усугублению половых расстройств. В 50% случаев на фоне приема селективных ингибиторов обратного захвата (СИОЗС), особенно пароксетина и сертралина, у больных возникают сексуальные расстройства, часто приводящие к отказу больного от приема препарата. Данные наблюдения предполагают существование особых механизмов регуляции половых дисфункций при депрессии.

Механизм антидепрессивного действия СИОЗС — ингибирование обратного захвата серотонина, приводящее к увеличению количества серотонина в тканях мозга. Дефицит нейромедиатора серотонина в серотонинергических синапсах, лежащий в основе развития депрессии, может быть устранен с помощью антидепрессантов группы СИОЗС. Рост концентрации серотонина напрямую влияет на наше поведение, память, сон, память, сексуальное поведение.

В основе функционирования серотонинергической системы лежит выделение серотонина или 5-гидрокситриптамина в синаптическую щель. В результате приема антидепрессантов класса СИОЗС концентрация серотонина в синаптической щели увеличивается, что усиливает передачу нервного импульса. Вследствие повышения уровня серотонина наблюдается стимуляция всех его рецепторов. Установлено, что повышение уровня серотонина в мозге сопровождается угнетением половой активности.

Задачи фармакологии и функциональной нейробиологии совершенствовать антидепрессанты, а именно: сделать их малотоксичными, еще более эффективными, безопасными и лучше переносимыми. Также важно дальнейшее изучение общих механизмов депрессивных расстройств и половых дисфункций.

Е. М. Матвеева

ТЕСТИКУЛЯРНАЯ ФЕМИНИЗАЦИЯ

Кафедра медицинской генетики и биологии,

Новосибирский государственный медицинский университет,

МБОУ лицей № 22 «Надежда Сибири»

Научный руководитель: д.б.н., профессор Н. Т.Ясакова

Актуальность темы. Биосоциальная природа человека предполагает четкую гендерную окраску его поведения. Поэтому правильное определение истинного цитогенетического пола на ранних этапах онтогенеза весьма актуально. К сожалению, существует ряд плохо диагностируемых заболеваний наследственного характера, которые мешают нормальному гендерному определению, искажая, таким образом, нормальное развитие, что приводит подчас к драматическому финалу. Одним из таких состояний является тестикулярная феминизация (синдром Морриса).

Тестикулярная феминизация (лат. testiculus- мужское яичко, лат. femina- женщина) — наследственный вариант мужского псевдогермафродитизма, при котором больные имеют мужской кариотип (46,XY), но женский фенотип, так как клетки лишены рецепторов, реагирующих на мужские половые гормоны.

Вследствие того, что во многих случаях тестикулярная феминизация остается нераспознанной, оценка ее распространенности среди мирового населения слегка варьирует (ок. 1:60.000) около 5% от всех форм гермафродитизма.

Заболевание носит выраженный семейный характер, передается только женщинами (носительницами патологического рецессивного гена), этот ген вызывает у них слабое оволосение наружных половых органов и позднее начало менструации — (в 16–19л). У 30% больных имеются родственники по линии матери с нарушением формирования пола.

Механизм развития заболевания объясняют недостаточной активностью или нестабильностью одного из ферментов, ответственного за образование важного метаболита тестостерона, который обеспечивает развитие наружных половых органов по мужскому типу.

Механизм патогенеза многообразен и сложен. В основе патогенеза лежит генетически обусловленная ареактивность тканей к андрогенам при сохраненной чувствительности к эстрогенам. У больных семенники остаются на уровне фетальной зрелости, при этом полноценного сперматогенеза не наблюдается. Матка, маточные трубы и верхняя треть влагалища отсутствуют. Внутренние гениталии при синдроме мужские (придаток семенника, семявыносящий проток, семенные пузырьки). Предстательной железы нет. При полной ареактивности тканей к андрогенам или нарушении биосинтеза тестостерона маскулинизации наружных половых органов не происходит, и они сохраняют женское нейтральное строение (полная форма синдрома). При частичной сохранности реактивности на андрогены в строении наружных половых органов заметна маскулинизация разной выраженности (неполная форма синдрома).

Явления феминизации в пубертатном периоде объясняют повышенной продукцией эстрогенов яичниками вследствие усиленной стимуляции гонадотропинами. Без конкурирующего действия андрогенов небольшое количество эстрогенов способствует феминизации.

Женщины с синдромом Морриса бесплодны. Эти женщины физически очень сильны и выносливы. В спорте им нет равных. По статистике, 1% всех выдающихся спортсменов по своей генетической природе не являются женщинами. Согласно исследованиям В.П.Эфроймсона, к числу больных синдромом Морриса принадлежали известные исторические личности, в частности, Жанна д'Арк, Елена Блаватская и Елизавета I Тюдор (1533-1603), королева Англии, последняя из династии Тюдоров.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ

А. А. Бакумова, А. В. Белова, Ю. Н. Патрушева
ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

*Кафедра фтизиопульмонологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. асс. Т. В. Зырянова,
доц. В. Н. Пряхина*

Актуальность. Распространение ВИЧ-инфекции привело к росту туберкулеза в большинстве стран мира, как экономически благополучных, так и слаборазвитых. Это связано с тем, что у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза, независимо от их социального статуса и материальной обеспеченности, ВИЧ приводит к нарушению функций иммунитета, что в свою очередь становится причиной заболевания туберкулезом. Значимость проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией для России связана с неблагоприятным прогнозом дальнейшего его распространения, что обусловлено высокой инфицированностью населения микобактериями туберкулеза и широким распространением ВИЧ-инфекции.

Цель: изучить социальный статус, структуру клинических форм туберкулеза и характер туберкулезного процесса у ВИЧ-инфицированных больных.

Материалы исследования: истории болезни больных туберкулезом органов дыхания, наблюдавшихся в ГБУЗ НСО НОКТБ в 2011г.г. Методы исследования: изучение эпидемиологического анамнеза, анализ клинко-рентгенологических, лабораторных данных и их статистическая обработка.

Задачи:

1. Изучить социальный статус у больных с сочетанной патологией. 2. Изучить структуру клинических форм туберкулеза и характер его течения у больных с сочетанной патологией.

Среди 43 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции преобладали неработающие (72%) мужчины (84%) трудоспособного возраста, потребители инъекционных наркотиков (56%), алкоголя (72%) и курильщики

(88%), ранее находившиеся в пенитенциарных учреждениях (МЛС). Преобладали лица в возрасте от 20 до 29 лет (86%). В 70% случаев туберкулез был выявлен при обращении за медицинской помощью. По клиническим формам больные распределялись следующим образом: диссеминированная — 42%, милиарный туберкулез — 7%, инфильтративная — 26%, казеозная пневмония — 9%, фиброзно-кавернозная — 16%. У 74% больных преобладал распространенный, остро прогрессирующий процесс в легких, причем у каждого шестого с генерализацией и вовлечением в процесс центральной нервной системы. У 26 больных туберкулез был выявлен впервые, у 17 пациентов наблюдали обострение хронических форм туберкулеза. У впервые выявленных сочетанная патология была установлена одновременно у 20 больных (47%), в том числе у 17 впервые выявленных больных и у 3 с хроническим течением туберкулеза. У 9 пациентов туберкулез был диагностирован на фоне ВИЧ-инфекции. У остальных (n=14) на фоне хронического течения туберкулеза при обследовании была установлена ВИЧ-инфекция. Большинство больных (n=35) являлись бактерио-выделителями, в это число вошли все больные с хроническим туберкулезом (n=17) и 69% впервые выявленных больных (n=18). Лекарственная устойчивость определялась у 54% бактериовыделителей, причем множественная — у 46% (к 3-м препаратам — 29%, к 4–6 — 17%). Фаза распада установлена только у 37% пациентов. ВИЧ-инфекция в 4А стадии регистрировалась у 8% больных, остальные имели поздние стадии 4Б — 75% и 4В — 17%.

Таким образом, сочетанная патология туберкулез и ВИЧ-инфекция чаще встречается у социально неблагополучных лиц молодого возраста и характеризуется развитием распространенного с склонностью к прогрессирующему течению и генерализации процесса на фоне поздних стадий ВИЧ-инфекции.

Д. Д. Блинова*, Е.Н Усолкина*
**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВОЙ
ВСПЫШКИ ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ В НОВОСИБИРСКЕ
В 2011 ГОДУ**

*Кафедра инфекционных болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Н. П Толоконская*

В условиях неравномерной, порой взрывной заболеваемости вирусным гепатитом А (ВГА) в Новосибирской области за десятилетний период, впервые зарегистрирована его пищевая вспышка, которая продлилась с 27.10 по 04.12 и охватила 56 взрослых. У 52 человек заболевание связано с питанием в столовой «Фуд Сервис», а у 4 человек — после контакта с больными в семье. Все пациенты были госпитализированы в ГИКБ№1, при этом боль-

226

шинство больных поступили в 1 и 2 недели вспышки, 27 и 23 человека соответственно. Диагноз ВГА был подтвержден выявлением антител к вирусу гепатита А класса М методом ИФА. Методом ПЦР были установлены 1а и 3а генотипы вируса. Большая часть заболевших была в возрасте от 21 до 30 лет — 66%, от 31 до 40 лет — 17,8%, от 41 до 50 лет — 12,5%, старше 50 лет и до 20 лет было по 1,7% соответственно. На догоспитальном этапе диагноз ВГА верифицирован у 35,1% больных, у остальных регистрировались: ОРВИ — 50%, пиелонефрит — 7,1%, ОКИ — 3,6%, токсический гепатит — 3,6%. При поступлении в стационар диагноз ВГА был поставлен у 95% госпитализированных, диагноз ОРВИ — у 3%, псевдотуберкулез — у 2%. Наряду с доминирующей желтушной формой — у 76,8% госпитализированных, немалая часть больных были с безжелтушной — 17,9% и субклинической формами — 5,3%, что отличалось от обычного преобладания желтушной формы болезни в предшествующие годы. Преобладала среднетяжелая форма (66%), у 21,4% пациентов — легкая форма заболевания. Больных с тяжелой формой отмечалось 14,3%, и поступили они в первые 2 недели вспышки.

Особенностями течения заболевания являлось у части больных постепенное начало с субфебрильной (14,3%) или нормальной температурой тела. У 2/3 больных (66%) симптомы интоксикации сохранялись с появлением желтухи, а у 16% даже ухудшались. При анализе цитолитического синдрома лишь у 5,3% больных отмечено значительное повышение активности АЛТ более 3000 ед/л. ГГТ колебалось от 300 — 500 ед/л у 8,9% пациентов, от 100–300 ед/л у 64,2% и от 100–50 ед/л у 16,1%. Показатель ЩФ варьировал от 286 до 1342 ед/л, чаще, в 57,2% случаев от 270 до 540 ед/л. Общий билирубин от 27,8 до 129,8 ммоль/л, прямой билирубин от 6,4 до 201,9 ммоль/л.

Пациенты с тяжелой формой заболевания находились в ОРИТ, 6 человек поступали из приемного покоя, 2 переведены из отделений. Тяжесть состояния была обусловлена выраженной интоксикацией (общая слабость, головная боль, анорексия, повторная рвота на фоне желтухи), лабораторными признаками печеночно – клеточной недостаточности (ПТИ — 50–70% , мочевины — 0,9–3,2 ммоль/л, альбумины 32–38 г/л), выраженным синдромом цитолиза (среднее значение АЛТ — 2601,3 ед/л, АСТ — 2432,2 ед/л).

ВГА протекал на фоне измененной реактивности организма и иммунитета, даже в молодом возрасте, о чем свидетельствовали исходные соматические заболевания: заболевания пищеварительной системы (17,8%), хронические заболевания, обусловленные эндогенными инфекциями (хронический пиелонефрит — 14,2%, хронический холецистит — 35,7%), ГБ и анемии — 7,1% соответственно, СД — 1,4% и злоупотребление алкоголем — 7,1%.

Таким образом, на примере данной вспышки прослеживается изменение структуры заболеваемости и характера клинических проявлений в условиях негативных изменений реактивности организма, исходной эндогенной интоксикации, что определяет необходимость совершенствования индивидуальной терапии.

О.А. Верейкина*, И.В. Балабушевич*
**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ
ОБЛАСТИ**

*Кафедра инфекционных болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: проф., д.м.н. Н. П.Толоконская*

Число зарегистрированных в мире случаев лихорадки Денге (ЛД) постоянно увеличивается: с 908 случаев в 50-е годы 20 века до 925 000 в первое десятилетие 21 века. За этот же период число стран, эндемичных по ЛД, возросло с 1 до 100 (страны Африки, Америки, Юго-Восточная Азия). На территории России 4 завозных случая ЛД впервые были зарегистрированы в 2010 г. у жителей Московской, Воронежской, Томской областей.

В апреле — октябре 2011г. были зарегистрированы 4 завозных случая у жителей Новосибирской области: у двух мужчин (53 и 48 лет) и двух женщин (31 и 27лет). Заболевание возникло после туристической поездки: в трех случаях — в Таиланд, в одном случае — на Перуанские Острова, через 1–4 дня после возвращения из эндемичного региона, где все пациенты отмечали укусы комаров. Пациенты поступали на лечение в ГИКБ № 1 г. Новосибирска на 2–7-й день болезни. У всех была диагностирована тяжелая форма ЛД, 1 пациент находился на лечении в ОРИТ в течение 5 дней.

У всех больных отмечалось острое начало заболевания с высокой лихорадкой (у 2 чел. — до 39°C, у двух — до 40°C) с короткими, но выраженными ознобами, потливостью, миалгиями, анорексией. У всех выявлялась гиперемия задней стенки глотки. Сыпь возникала на 2-3-й день болезни, у 2 больных была петехиальная, у одного — пятнистая с геморрагическим компонентом, у одного — пятнисто-папулезная.

При поступлении у всех пациентов были значительная лейкопения (от 1,2 до $3,6 \cdot 10^9/\text{л}$) и тромбоцитопения (от 20 до $32 \cdot 10^9/\text{л}$). У всех выявлялся умеренный синдром цитолиза, активность аланинаминотрансферазы варьировала при поступлении от 78 до 193ед/л. Совокупность клинических симптомов и эпидемиологических данных стали поводом для лабораторного исследования на ЛД, проводившемся в ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор». У всех пациентов выявлены РНК вируса в сыворотке крови и специфические антитела к вирусу: IgM с нарастанием титра в течении недели и затем IgG.

Продолжительность лихорадки варьировала от 1 до 7 дней (составив в среднем 4 дня), при этом ее высокий уровень сохранялся от 1 до 3 дней (в среднем 2 дня). После нормализации температуры сохранялся астенический синдром, даже на момент выписки из стационара. Геморрагическая сыпь регрессировала черед 7–10 дней. Выраженная лейкопения и тромбоцитопения сохранялись в среднем течение 4 дней, купировались к 5-му дню терапии.

Факт появления ЛД в Новосибирской области - отражение быстрых изменений в структуре и качестве инфекционных болезней человека в современный период. Среди многих факторов, способствующих этому, основополагающим является снижение уровня здоровья, что подразумевает негативные изменения реактивности, глубокое состояние дисбиоза, снижение уровня иммунитета организма.

Ю.П.Илюшина *, С.Р.Галеева *,
Е.В.Бухтоярова *.

СЛОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА

*Кафедра инфекционных болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.И. Хохлова*

В течение последнего десятилетия заболеваемость иерсиниозами в Новосибирской области значительно превышала российские показатели. В 2009–2010 гг. заболеваемость псевдотуберкулезом в НСО составляла 13,9 и 14,6 случаев на 100 тыс. населения соответственно, кишечным иерсиниозом (КИ) — 3,5 и 4,1 случаев.

Проанализировано 53 случая КИ у взрослых взрослых, находившихся на лечении в ГИКБ № 1 г.Новосибирска в 2010 г. У всех из них диагноз был подтвержден специфическими методами: в большинстве случаев только серологическим, по нарастанию титра антител в РНГА (96,2%), тогда как результатами серологического и бактериологического методов одновременно — у 3,8%. В числе 53 больных было 36 (68%) женщин и 17 (32%) — мужчин, большинство (62%) составили лица от 15 до 30 лет. Преобладала средняя степень тяжести болезни (87%), у 13 % была тяжелая форма. Лишь четверть (24,5 %) больных были направлены в ГИКБ №1 с диагнозом КИ, остальные направлялись с диагнозами: ОРВИ (39%), серозный менингит (13%), ОКИ (9%), клещевой энцефалит (9%), ПТИ (4%) и др. При приемном покое ГИКБ№1 диагноз КИ был поставлен у 56,6 % больных.

Анализ клинических проявлений в группе 30 больных КИ, у которых диагноз КИ был поставлен в приемном покое показал, что у всех из них отмечалось повышение температуры тела, до фебрильной — у 15 человек (50%), у остальных 50% — до субфебрильной. Продолжительность повышения температуры варьировала от 5 до 20 дней и составляла в среднем 10 дней. У большинства больных (90%) отмечался катаральный синдром: фарингит (87%), ангина (3%). Частым проявлением была экзантема (70%) с преобладанием пятнисто-папулезных элементов (57%), у остальных была мелкоточечная сыпь (13%). Реже регистрировались синдром диспепсии

(57%), склерит (33%), лимфаденопатия (37%), артралгический синдром (20%), артриты (10%). Характерные для иерсиниозов «малиновый язык», симптомы «капюшона», «перчаток» и «носков» отмечались у 50%, 37%, 47% соответственно.

В группе пациентов КИ с первоначально неверным диагнозом приемного покоя (23 чел.) у 48% заболевание протекало с фебрильной температурой, у 48% - с субфебрилитетом, у 4% — без повышения температуры тела. Катаральный синдром также встречался у большинства больных — фарингит у 70% и ангина у 9%. Экзантема отмечалась значительно реже, чем в первой группе, лишь у 26%, с преобладанием пятнисто-папулезных элементов (13%), редкостью мелкоточечной сыпи (2%). Лишь у 39% больных отмечались диспептические проявления (диарея, рвота) и боли в животе в различных сочетаниях. Артралгический синдром встречался лишь у 4% больных, у 13% имел место моно-, олиго- или полиартрит. «Малиновый язык», симптомы «капюшона», «перчаток и носков» встречались редко (13%, 17%, 4% соответственно). Лимфаденопатия была у 26%, склерит у 30%.

Воспалительные изменения в гемограмме были выявлены лишь у 28% больных КИ, повышение активности сывороточных трансаминаз в 1,5–6 раз — у 26,4% при отсутствии желтухи.

Таким образом, ранняя клиническая диагностика КИ затруднена при отсутствии характерных клинических симптомов (экзантемы, диспепсии и др.), что определяет широкий спектр дифференциального диагноза и нацеливает на проведение с первых дней болезни качественной патогенетической терапии, обеспечивающей дезинтоксикацию и иммуномодуляцию.

О. А. Карле, М. А. Корепанова
ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Кафедра фтизиопульмонологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. Л. В. Поддубная,
асс. Е. П. Шилова*

Актуальность темы. Туберкулез у детей раннего возраста был и остается актуальной проблемой фтизиатрии. Известно, что заболевают туберкулезом преимущественно дети, имеющие тесный контакт с больными туберкулезом. Болезнь характеризуется острым или подострым началом, в 10%–35% случаев протекает по осложненному течению. В условиях эпидемического неблагополучия увеличился риск прогрессирования процесса лимфогематогенным путем с развитием генерализованного туберкулеза. Кроме того, у больных в этом возрасте диагностируют бронхолегочные сегментарные процессы. Изучение причин, способствующих развитию забо-

левания и неблагоприятного его течения, является актуальной проблемой, решение которой должно способствовать раннему и своевременному выявлению туберкулеза у детей раннего возраста.

Цель: изучить клинико-рентгенологические признаки туберкулеза органов дыхания у детей раннего возраста и выявить факторы риска, способствующие развитию и отягощающие течение туберкулеза.

Задачи. 1. Изучить клинико-рентгенологические проявления туберкулеза органов дыхания у детей в возрасте 1–3 года. 2. Установить факторы риска, способствующие развитию локальных форм туберкулеза и отягощающие течение заболевания.

Материалы и методы исследования. Для изучения характеристики туберкулезного процесса у детей раннего возраста проанализированы амбулаторные карты (n=30) больных туберкулезом органов дыхания в возрасте до 3 лет, наблюдавшихся в областном противотуберкулезном диспансере в 2009–2010 г. Учитывали данные эпидемиологического анамнеза, сведения о вакцинации БЦЖ, данные клинико-рентгенологического, лабораторного обследования, туберкулинодиагностики. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы: Microsoft Excel системы Windows XP, Statistica 6.0.

Результаты исследования. Среди 30 анализируемых больных в возрасте до 1 года было 23% детей. В структуре клинических форм туберкулеза наиболее часто диагностировали ПТК (54%), второе место занимал ТВГЛУ (37%), в единичных случаях регистрировали милиарный, казеозную пневмонию и даже — внутриутробное инфицирование с развитием генерализованного туберкулеза. Бактериовыделение — у 8 больных (27%), из них у 7 установлена первичная ЛУ (87%). Симптомы интоксикации определялись у большинства детей. Бронхолегочный синдром — у 50%. Каждый второй был выявлен после неэффективного лечения острого обструктивного бронхита, пневмонии, ОРВИ. Контакт с больным туберкулезом установлен у 87% детей, в условиях суперинфекции проживали 50%, при этом, только 30% наблюдались у фтизиатра. Каждый пятый больной не привит вакциной БЦЖ, все наблюдались с распространенным и осложненным процессом. Реакция на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л у детей до заболевания в 50% случаев была положительной, из них у 13% - гиперергической, а у 44% — не проводилась. Сопутствующая патология установлена у большинства детей (**92%**): хронический гепатит С, ВИЧ-инфекция, тимомегалия, спастический тетрапарез, гидроцефальный синдром, бронхиальная астма, атопический дерматит, аденоидит, хр.отит. Таким образом, все дети раннего возраста представляли группу высокого риска по туберкулезу, заболевание характеризовалось преимущественно поражением легких, манифестным дебютом, протекающим под маской неспецифического заболевания. Недостаточно качественно проводимые профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции (отсутствие изоляции детей) являются причиной не только развития заболевания, но и его прогрессирующего течения.

М. А. Мелешкина*

**КЛИНИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР И ТЯЖЕСТЬ КЛЕЩЕВОГО
ЭНЦЕФАЛИТА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ**

*Кафедра инфекционных болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю. В. Казакова*

Ключевой задачей профилактики клещевого энцефалита (КЭ) является повышение уровня резистентности организма коренных жителей природных очагов, постоянно пребывающих в условиях риска заражения. По данным ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Новосибирской области ежегодно подвергаются вакцинации против КЭ менее 3% населения. В г. Новосибирск в 2011 г число привитых составило 33041 человек, ревакцинировано 40864. Ежегодно регистрируются случаи болезни у вакцинированных от 1,4 % в 2003 г. до 7,8 % 2009 г. Экстренную профилактику противоклещевым иммуноглобулином (ПИГ) после укуса клеща (высокими дозами в соответствии с инструкцией 1999г) ежегодно получают 10-16 тысяч человек. Так, в 2011 г. в г. Новосибирск получили 10804 человек, при этом доля заболевших и получивших такую профилактику существенно увеличилась и варьирует с 6,2 % в 2001 г. до 26,4 % в 2005г.

Проведен клинико-эпидемиологический анализ всех 130 случаев КЭ у взрослых пациентов, находившихся на лечении в ГИКБ №1 в эпидсезон 2011г. с целью изучения характера течения и тяжести в соотношении с проведенной профилактикой в сопоставлении с такой профилактикой в 2001-2010 гг.

В эпидсезон 2011 г среди лиц заболевших КЭ каждый третий получил специфическую профилактику 31,6 %: у 20,8 % проводилась экстренная профилактика ПИГ и 10,8 % были вакцинированы. Из 20,8 % (27 человек из 130) получили экстренную профилактику ПИГ, среди них у большинства (62,9 %) зарегистрирован КЭ с поражением ЦНС, при этом доля очаговых форм составила 37% (8 — менингеальная форма, в 9 — менингоэнцефалитическая, при этом у 1 пациента закончилась летальным исходом). У всех больных имелась исходная сложная сочетанная соматическая патология с преобладанием дегенеративных процессов в органах и тканях (сахарный диабет, ЖКБ, МКБ, ХПН). Независимо от нозологических форм у всех прослеживались устойчивые нарушения кровообращения (ИБС, гипертоническая болезнь) исходное поражение ЦНС (сотрясение головного мозга). При сравнении течения КЭ среди больных, получавших ПИГ с целью экстренной профилактики с 2001–2010 гг. у половины (47,5 %) зарегистрированы формы с поражением ЦНС, значительную долю (19 %) составили очаговые формы болезни. Из числа вакцинированных заболевших КЭ в 2011 г. у большинства 92,8% (13 чел из 14) наблюдалась лихорадочная форма болезни,

а у 1 пациента в менингеальной форме. Все пациенты были вакцинированы по экстренной схеме. При сравнении течения КЭ у вакцинированных с 2001–2010 г.г. выявлено, что у большинства 84,4 % КЭ протекал в лихорадочной форме болезни, а у 15,6 % (7 чел из 45) регистрировали формы с поражением ЦНС: у 6 человек КЭ протекал в менингеальной форме, а у 1 в очаговой (в виде микст-инфекции: КЭ + Клещевой боррелиоз).

В условиях специфической профилактики сохраняется высокий риск неблагоприятных исходов течения КЭ. Масштабы охвата получивших ПИГ расширяются, на примере 2011 г. подтвердилась установившаяся тенденция о нарастании тяжести течения КЭ. Необоснованное избыточное применение ПИГ, как и регулярная вакцинация имеет прямое отношение к прогрессирующей, сочетанной соматической патологии человека. Это подразумевает пагубное влияние на состояние системы внутреннего контроля организма за инфекциями, что делает человека более уязвимым к любым инфекционным агентам и находят в перспективе свое отражение в качестве развивающейся болезни. Формирование другого направления поиска способов профилактики КЭ требует новых идей и эффективного использования достижений современной биологической медицины.

О.В.Хан*
**РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АНГИНОЗО-БУБОННОЙ ФОРМЫ
ТУЛЯРЕМИИ**

*Кафедра инфекционных болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. И. Хохлова*

В Новосибирской области (НСО) после отсутствия в течение 2005-2009 гг. случаев туляремии у людей, с июня до конца 2010 г. было зарегистрировано 22 случая туляремии, в 2011 г. — 14 случаев, что было связано с активацией природного очага туляремии. Если в 1981–2004 гг. большая часть случаев туляремии приходилась на долю профессиональных контингентов и охотников с контактным путем заражения, в 2010–2011 г. в числе больных преобладали жители г. Новосибирска, выезжавшие на природу, с трансмиссивным путем заражения (укусы насекомых). Доминировала кожно-бубонная форма болезни (32 чел., 88,8%), редкими были бубонная (2 чел., 5,5%), ангинозо-бубонная и глазо-бубонная (по 1 чел., по 2,7%).

Проанализирован случай ангинозо-бубонной формы туляремии у жителя Новосибирска 30 лет, руководителя участка железной дороги, который в июне 2010 г. работал и питался за городом, а также выезжал на дачу в Первомайском районе. Заболевание началось остро 10.06. с лихорадкой до 39°C и слабостью, далее приобрело двухволновое течение. Первая волна длилась

10 дней на фоне начатой терапии (амбулаторно - амоксиклав с 1-го дня болезни (ДБ), в стационаре — цефтриаксон, дезинтоксикационная терапия с 5-го ДБ). Первая волна болезни характеризовалась лихорадкой постоянного типа до 39,5 °С, слабостью, присоединением с 4-го ДБ фарингита и увеличения подчелюстного узла справа до 2*4 см, затем до 3*6 см, плотнотеластической консистенции, безболезненного, подвижного, без изменения цвета кожных покровов. На 7-й ДБ присоединилась ангина справа с белыми пленчатыми, трудно удаляемыми налетами. После некоторого снижения высоты лихорадки и налетов на миндалине к 10-му ДБ, в условиях агрессивной антибактериальной терапии, прогрессирования дисбиоза 20.06. (на 11-й ДБ) началась вторая волна заболевания. Она ознаменовалась возобновлением лихорадки до 39°С, развитием отека в правой подчелюстной области, увеличением подчелюстного лимфоузла слева до 1*2 см при сохранении ангины и лимфаденита справа. В условиях смены антибактериального препарата на сумамед, а затем на амикацин, отмечалось медленное снижение лихорадки и разрешение ангины, но длительно, до 18-го ДБ, сохранялся двусторонний подчелюстной лимфаденит и увеличились переднешейные лимфоузлы 1,5*1,5 см справа и 1*1 см слева. Полное купирование симптомов наблюдалось лишь к 26-му ДБ. В гемограмме в период первой волны болезни отсутствовали воспалительные изменения, что свидетельствовало об измененной реактивности организма, а умеренный лейкоцитоз и моноцитоз 13% отмечались лишь на 2-й волне болезни. Диагноз был подтвержден выявлением специфических антител в реакции Фрэнсиса в титре 1:200 на 19-й ДБ.

Таким образом, редкий случай ангинозо-бубонной формы туляремии имел место у городского жителя с исходно низким уровнем здоровья, сниженным иммунитетом. Заболевание имело торпидное течение, что подтверждает неэффективность агрессивной антибактериальной терапии, которая посредством активации эндогенной микрофлоры способствовала развитию второй волны заболевания. Ранняя диагностика туляремии оказалась затруднена редкостью данной клинической формы, поздним развитием ангины после появления бубона, отсутствием изменений в гемограмме на первой волне болезни.

ИСТОРИЯ

**Р. В. Бамбизов, Д.В. Мотузко
К 110-ЛЕТИЮ ТРЕТЬЕГО РЕКТОРА НГМИ
Г.Д. ЗАЛЕССКОГО**

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.и.н., доцент И. И. Николаева*

13 января 2012 г. исполнилось 110 лет со дня рождения выдающегося ученого, врача-терапевта, талантливого педагога и организатора, третьего ректора Новосибирского государственного медицинского института, профессора Григория Денисовича Залесского, чье имя ныне носит бывшая улица Клиническая, на которой расположены учебные корпуса НГМУ. В преддверии этой знаменательной даты в студенческом научном кружке кафедры социально-исторических наук были изучены и проанализированы архивные документы и материалы о Г.Д. Залесском, что позволило обобщить и уточнить его биографические данные и создать цельное представление об этом Человеке с большой буквы.

Будущий видный советский клиницист-терапевт родился в бедной крестьянской семье. В 1922 г. он поступил на медицинский факультет Томского государственного университета, где уже с первых курсов стал активно заниматься научно-исследовательской работой. После окончания университета Г. Д. Залесский, как «имеющий большое призвание к научной деятельности», был оставлен на кафедре госпитальной терапии ТГУ, в стенах крупнейшей сибирской терапевтической школы, созданной профессором М. Г. Курловым. С 1928 г. его научная деятельность была связана с кафедрами физиотерапии и курортологии ТГУ и Омского медицинского института, что в дальнейшем позволило ему стать одним из вдохновителей развития курортологии в Сибири.

Научная деятельность Г.Д. Залесского не ограничивалась вопросами курортологии. В Омском медицинском институте он начал изучать проницаемость кровеносных капилляров. В 1934 г. вышло в свет его первое крупное исследование в этой области. Особое значение приобрело изучение прони-

цаемости кровеносных капилляров у больных ревматизмом. Данная тема составила основу докторской диссертации Г.Д. Залесского и всей последующей его научной деятельности. Результатом его работы стала оригинальная и смелая концепция о роли вирусно-стрептококковой инфекции в этиологии и патологии ревматизма.

В 1947 г. Г. Д. Залесский был назначен ректором Новосибирского медицинского института и одновременно заведующим кафедрой факультетской терапии. Здесь проявились его блестящие организаторские способности ученого-новатора, педагога, врача и общественного деятеля. Григорий Денисович сумел объединить 12 кафедр института для фундаментальных научных исследований. Под его руководством в НГМИ были созданы вирусологическая, иммунологическая и гистохимическая лаборатории, которые впоследствии были объединены в Центральную научно-исследовательскую лабораторию (ЦНИЛ), а также был открыт виварий. Таким образом, он организовал широкий и глубокий круг исследований по научному направлению, которому посвятил всю свою жизнь.

Григорий Денисович был блестящим экспериментатором, виртуозно умел анализировать полученные факты. Это позволило ему стать большим ученым и создателем научной школы, положившей начало оригинальному клиническому направлению, которое развили в своих работах его ученики. Под его руководством было выполнено 6 докторских и 30 кандидатских работ.

Правительство высоко оценило заслуги Г. Д. Залесского — он был награжден орденом Ленина, орденом «Знак почета», ему присвоено звание заслуженного деятеля науки РФ. Помимо его блестящих достижений в медицине, Григорий Денисович был очень порядочным человеком, примером для окружающих. Жизнь Григория Денисовича Залесского является образцом настоящего ученого, педагога и руководителя. И, хотя его нет с нами 45 лет, память о нем жива до сих пор.

О.В. Ионкина

**АКАДЕМИК ЮРИЙ ИВАНОВИЧ БОРОДИН –
ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ АНАТОМ И ЛИМФОЛОГ**

*Кафедра социально-исторических наук,
кафедра анатомии человека,*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: доцент И.И. Николаева,

доцент П.А. Елясин

Юрий Иванович Бородин родился 22 марта 1929 г. в Благовещенске Амурской области, в семье служащих. После успешного окончания школы в

1947 г. он поступил в Новосибирский государственный медицинский институт и в 1953 г. с отличием его окончил. С 1953 по 1956 гг. Юрий Иванович начал свою трудовую деятельность в качестве аспиранта на кафедре нормальной анатомии НГМИ (ныне кафедра анатомии человека) под руководством известного анатома и лимфолога, профессора К.В. Ромодановского, ставшего его учителем. По окончании аспирантуры в 1956 г. он успешно защитил кандидатскую диссертацию и с этого времени стал преподавать анатомию в вузе, пройдя путь сначала от ассистента до доцента. В период с 1962 по 1964 гг. он был директором Института экспериментальной биологии и медицины СО АН СССР (ныне институт патологии кровообращения им. Е. Н. Мешалкина). В 1964 г. после ухода К. В. Ромодановского возглавил кафедру нормальной анатомии и в этой должности проработал до 1989 г.

Научная деятельность Юрия Ивановича и его кафедры в те годы была направлена на детальное изучение механизмов циркуляции жидкости в организме, особенностей структуры венозной и лимфатической системы в различных условиях. Это стало предметом его многолетних исследований как ученого, который в 1969 г. блестяще защитил докторскую диссертацию и через год получил звание профессора. В 1970 г. Юрий Иванович был назначен проректором по учебной работе, а в 1971 — ректором НГМИ и проработал в этой должности до 1980 г. В эти годы под его руководством вуз продолжал активно развиваться — в 1972 г. был построен лабораторный корпус, на кафедре анатомии продолжал работать, созданный еще в конце 30-х годов анатомический музей, ставший тогда одним из лучших в стране. В 1978 г. в НГМИ был создан третий факультет — стоматологический, а также был открыт музей истории института. За время руководства Ю.И. Бородиным НГМИ по своему положению и значимости стал третьим в числе 10-ти ведущих институтов в стране, получив статус союзного и головного вуза Сибири.

В 1975 г. Ю.И. Бородин был избран членом-корреспондентом, а в 1980 г. — академиком АМН СССР. С 1980 по 1989 гг. он возглавлял Сибирское отделение АМН СССР. Находясь на этом посту, показал себя талантливым организатором науки. В 1991 г. по его инициативе был создан первый в мире Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, директором которого он оставался до 2004 г. Ю.И. Бородин разработал новое направление в науке о лимфатической системе — экологическую лимфологию. Ему принадлежит разработка структурно-функциональных характеристик лимфатического региона, объединяющего пути интерстициального массопереноса, а также разработка методов управления дренажно-детоксикационной функцией лимфатических структур.

Ю. И. Бородин известен не только как крупный ученый и организатор, но и как активный общественный деятель. В разные годы он был членом

Обкома, райкома КПСС, депутатом районного, городского, областного, а также Верховного совета СССР, членом отечественных и международных научных и общественных организаций. В настоящее время академик Ю.И. Бородин — заслуженный деятель науки РФ, советник при дирекции Института лимфологии, член Ученого совета, Председатель попечительского совета и Почетный профессор НГМУ, Почетный профессор многих российских и зарубежных университетов, Почетный гражданин г. Новосибирска. В течение всей своей жизни Юрий Иванович не теряет связи с вузом, продолжая преподавать в НГМУ.

О. С. Исакова

УРОВЕНЬ ВОЕННОЙ ХИРУРГИИ В КАМПАНИЮ 1812 г., КАК ПОКАЗАТЕЛЬ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель С. О. Вишневецкий*

Хирургия — это наиболее активно развивающаяся область медицины в военное время. Этот раздел медицины в общем и профессиональная деятельность хирургов в частности позволяют в полной мере оценить уровень развития медицины в России на момент 1812 г.

В начале XIX века в России большое внимание стали уделять знаниям анатомии. Наиболее ярким её представителем тогда был такой учёный, как Пётр Андреевич Загорский. Он составил программу курса анатомии, разработал методику преподавания, а также проводил обучение на трупе и составил учебник анатомии для студентов.

Ещё один учёный, Яков Васильевич Виллие, главный военно-медицинский инспектор русской армии, в своих трудах подчёркивал необходимость знания в совершенстве всех главных артерий, нервов, мышц и пр.. Я. В. Виллие также, будучи организатором военно-медицинского дела в русской армии, издал «Краткое наставление о важнейших хирургических операциях». В этом труде он описал 33 различные операции. Им была изложена тактика хирурга при лечении огнестрельных ран для избегания нагноений, она была довольно действенной и сохраняла свое значение в доантисептический период в течение многих лет. К «Наставлению» Я. В. Виллие приложил список хирургических инструментов, входивших в различные военно-медицинские наборы («ящики»). Поэтому в распоряжении русских военных врачей начала XIX в. были практически все использовавшиеся тогда хирургические инструменты.

Позднее появились труды других отечественных хирургов, в том числе «Первые начала костоправной науки» Е. О. Мухина (1806) и капитальное

«Руководство к преподаванию хирургии» И.Ф. Буша (1807). Эти первые обобщающие труды сыграли важную роль в развитии российской хирургии и были популярными источниками знаний и в 1812 году.

Важно отметить, что основоположник первой русской научной хирургической школы И. Ф. Буш подробно описал все известные тогда формы гангрены: госпитальную, старческую и др. Но И. Ф. Буш не оценил очень важное предложение российского врача К. И. Гибенналя применять гипс при переломах.

Можно предположить, что русские хирурги не были осведомлены о вкладе в организацию медицинской помощи раненым французского хирурга Доминика Ларрея, защитившем докторскую диссертацию «Об ампутациях конечностей при огнестрельных ранениях их», так как в активной практике в русской армии методы Ларрея не использовались. Поэтому благодаря сотрудничеству отечественных ученых и медиков со специалистами из Европы могли быть решены многие проблемы военно-полевой хирургии.

Так можно выделить несколько проблем отечественной хирургии и медицины в целом в то время. Во-первых, хирургия 1812 г. была доантисептической, а также отсутствовала асептика операционных ран. Во-вторых, на тот период не существовало действенных методов борьбы с кровотечениями. И, наконец, в-третьих, отсутствовало обезболивание, и только мастерство хирургов, выполнявших довольно сложные операции с большой скоростью, позволяло больным оставаться в живых.

Анализируя все вышесказанное, можно сделать вывод, что хирургия и медицина в целом имели ряд нерешенных проблем, которые сказывались на качестве лечения. Кампания 1812 г. выявила многие слабые места медицины, которые стали предпосылками великих открытий Н. И. Пирогова. Однако в условиях войны русские хирурги обладали достаточными знаниями и уровнем организации для возвращения раненных солдат в строй Российской армии, по меркам того времени.

В.И. Ищенко
**ГРИГОРИЙ ДЕНИСОВИЧ ЗАЛЕСКИЙ —
НОВАТОР В ТЕРАПИИ**

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Н. В. Пинтилей*

Целью данной работы является изучение новаторского подхода в медицинской терапевтической практике выдающегося врача, педагога, третьего

ректора НГМИ, профессора Григория Денисовича Залесского. Как врач-терапевт Г.Д. Залесский стал продолжателем традиций, сформированных в классической клинической патофизиологической школе С.П. Боткина и крупнейшей в то время сибирской терапевтической школе М.Г. Курлова. В процессе своей научной и клинической деятельности Г.Д. Залесскому удалось создать новые подходы к лечению пациентов и диагностике заболеваний.

Профессор Г.Д. Залесский в своей терапевтической практике и научных исследованиях использовал общепатологический подход к диагностике и лечению. На лекциях он демонстрировал больного, выявляя патологически измененный орган. При диагностике учитывал генетические данные больного, подробно выяснял состояние здоровья на протяжении всей его жизни, профессию, а также климатические особенности и экологию региона. Это был углубленный метод, сочетавший классическую пропедевтику с психосоматическим клиническим подходом.

Григорий Денисович Залесский всю жизнь занимался изучением вопросов, касающихся этиологии, патогенеза и лечения ревматизма. Результаты исследований Г.Д. Залесского еще в 1949 г. были изложены в его монографии «Ревматизм и проницаемость капилляров», которая была признана фундаментальным исследованием и цитировалась во всех отечественных работах, посвященных клинике и патогенезу ревматизма. В 1955 г. Григорий Денисович опубликовал статью, где впервые обосновал гипотезу вирусно-стрептококковой этиологии ревматизма. Исследования синдрома повышенной проницаемости кровеносных капилляров, начатые Г. Д. Залесским, в конце XX века легли в основу концепции эндотелиальной дисфункции при сердечно-сосудистых заболеваниях, за которую в 1998 г. Ф. Мурад, Р. Фуршгот и Л. Игнарро получили Нобелевскую Премию в области медицины.

Неудовлетворенность клинической фармакологией, которая в 50-60-е годы только «нащупывала» научно-обоснованные подходы и общепатологическое видение клинической медицины, подвело Г. Д. Залесского к мысли об использовании естественных биологических регуляторов в лечении патологических процессов и заболеваний человека. Он занялся поиском и внедрением неиспользуемых в то время подходов к лечению ревматизма с позиций биотерапии, что для того времени было абсолютно новым. В 1956 г. Г. Д. Залесским был предложен метод лечения ревматоидного артрита плацентарной кровью и гепарином. Можно с уверенностью сказать, что именно Григорий Денисович Залесский стоял у истоков развития клинической иммунологии в России, хотя свое официальное название, утвержденное Всемирной организацией здравоохранения, она получила только в 1974 г. В современный период лечение естественными регуляторами метаболических процессов на органном, тканевом, клеточном и субклеточном уровнях

является стратегическим направлением научного поиска и исследований в области клинической био- и фармакотерапии.

Научные и клинические исследования Г.Д. Залесского выдвинули его в число лучших ревматологов страны и сделали его известным за рубежом. Результаты его исследований были представлено в материалах научных съездов и конгрессов, проходивших в 50-60-е годы в Женеве, Софии, Гааге, Париже, Стамбуле и других городах и получили мировое признание.

В.И. Куликова, О.И. Сухачева
Г.Д. ЗАЛЕССКИЙ КАК ПЕДАГОГ

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель О. Ю. Сиваченко*

Целью данной работы является рассмотрение педагогической деятельности профессора Григория Денисовича Залесского, руководившего Новосибирским государственным медицинским институтом с 1947 по 1964 гг. Он был одним из тех выдающихся педагогов, чьи принципы в обучении врачей должны применяться и сегодня — фундаментальность образования, теснейшая связь обучения и научной деятельности, воспитание личности врача, как достойного представителя своего профессионального сообщества.

Педагогическая деятельность Григория Денисовича началась сразу после успешного окончания медицинского факультета Томского университета, в котором он начал работать ассистентом кафедры физиотерапии и курортологии. Формирование его как педагога продолжилось в стенах Омского медицинского института, где он работал доцентом кафедры факультетской терапии. В 1947 г. Г. Д. Залесский был назначен директором Новосибирского государственного медицинского института, в котором до последних дней своей жизни возглавлял кафедру факультетской терапии и учил будущих терапевтов.

В период руководства Г. Д. Залесским НГМИ стал одним из ведущих медицинских институтов страны. Его лидерские качества сказывались на жизни всего коллектива и объединяли работу многочисленных кафедр института в единый слаженный механизм. Педагогическая деятельность Григория Денисовича была неотделима от его научной работы, связанной с изучением ревматизма и проницаемости кровеносных капилляров. Им были организованы гистохимическая лаборатория для ведения морфогистохимических исследований, вирусологическая лаборатория, виварий, обеспечивающий экспериментальными животными. Ученые-медики, работавшие в

НГМИ в годы ректорства Г. Д. Залесского, составляли элиту медицинской высшей школы Новосибирска.

Вместе с тем, Г. Д. Залесский был не просто организатором крупного научного и учебного сообщества, но и талантливым педагогом. Особенностью педагогической деятельности Залесского был упор на базисное образование. Студенты получали медицинскую и биологическую подготовку, вовлекались в научную работу всего вуза через научные студенческие кружки. Лекции Григория Денисовича были содержательными, интересными, сопровождались демонстрацией больных. Он вовлекал студентов в процесс разбора конкретного клинического случая. На лекциях Григория Денисовича присутствовали не только студенты, но и ассистенты, доценты, клинические ординаторы кафедры, а также врачи из медицинских учреждений города.

Г. Д. Залесский постоянно сочетал процесс образования с воспитанием будущего врача и ученого, ведь каждый врач должен обладать не только широкой эрудицией, но и обладать терпением, быть внимательным к своим пациентам. Бывали случаи, когда Григорий Денисович приглашал в свой кабинет ассистентов, доцентов для обсуждения и установления диагноза у пациента. Ординатор подробно докладывал о больном, после чего Григорий Денисович спрашивал мнения о диагнозе у каждого из присутствующих, проверяя глубину знаний в вопросах диагностики.

Таким образом, Г.Д. Залесского можно считать создателем оригинальной терапевтической школы в НГМИ и городе, которой он посвятил всю свою жизнь. Ведь именно он учил жить и работать собственным примером. Ныне кафедра факультетской терапии и бывшая улица Клиническая носят его имя.

Е.В. Лычагина

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЧЕЛОВЕЧЕСКОМ ТЕЛЕ В ЭПОХУ КЛАССИЧЕСКОЙ АНТИЧНОСТИ

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.и.н, доцент А. В. Новиков*

В разные периоды и в разных культурных традициях представления об идеальном человеческом теле были различными. В данной работе мы рассмотрим представления об идеальном человеческом теле в древней Греции, в эпоху классики (V — 1 пол. IV вв. до н.э.). Идеал греческого человека — мера, мера во всем, основанная на принципе гармонии, «золотой середины. Личности в современном понимании этого слова в античности нет, она рас-

считается как нечто нераздельное, она сводима к процессам, которые происходят между небом и землей. Человек смыкался со всей мировой материей, и был един со всем физическим миром и природой не выходя из круговорота материи, где все мыслилось вечным — и смерть и рождение. Жизнь человека управляется божеством, которое само играет без ярко выраженной цели. Это божество еще само неотделимо от мирового хаоса и вечно изменчивых стихий. Личность есть хорошо организованное и живое тело. Тело самодостаточный мир, движущийся в пространстве.

Идеал, к которому должен стремиться каждый гражданин греческого полиса — калокагатия. Калокагатия (греч. kalos - красивый, прекрасный, agathos — добрый) — цель воспитания человека. Совершенного, предусматривающая гармоничное единство в человеке совершенства телесного сложения и духовно-нравственного склада, Красоты и Доброты. Идея калокагатии будоражила в античные времена самые великие умы того времени. Геометризм скульптуры, основанный на точном расчете и модульности в отношениях величин, получил нормативное воплощение в знаменитом «Каноне» — теоретическом сочинении скульптора Поликлета из Аргоса, написанном ок. 432 г. до н. э., но не сохранившимся до нашего времени. Тело человека подверглось тщательному геометрическому изучению, в результате которого были установлены правила пропорционального соотношения его частей. Фигура, делится во всех своих отношениях на три, пять, восемь частей, что согласуется с принципом «золотого сечения», изученным Пифагором и его учениками, но сформулированным в качестве художественного кредо только в эпоху Итальянского Возрождения усилиями Леонардо да Винчи и Л. Пачьоли.

С древних времен сложилось несколько эталонов мужской красоты. К первому принадлежит идеал мужчины — греческого бога с пропорциональным телосложением, хорошо развитой мускулатурой, с ясными и темными выразительными глазами, быстрого, стремительного в желаниях и действиях. Ко второму типу принадлежит мифический воин севера — высокий, стройный, сильный мужчина со светлыми волосами, ярко - голубыми глазами, благородной осанкой, речами и душевными порывами.

Древнегреческая женская фигура толстокостна, массивна, с мягкими округлыми формами, у нее небольшая, абсолютно симметричная грудь, довольно широкая талия, почти плоские ягодицы и коротковатые ноги.

Антропоцентричность античной греческой культуры предполагает культ тела человека. Идеализируя богов, греки представляли их в образе человеческого и наделяли высшей телесной красотой, потому что не находили более совершенной формы. Красота телосложения почиталась высоко. Культ тела был мощнейшим стимулом решения социально-политических задач.

Вывод: Человеческое тело стало мерилom всех форм греческой культуры. Греческая философия не может быть понята без эстетики — теории красоты и гармонии.

А. Е. Опре
МЕДИЦИНА В ИСКУССТВЕ АНТИЧНОСТИ

*Кафедра социально-исторических наук,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент А. В. Новиков*

Слово «античность» (восходит к лат. *atiquitas* — древность) в общем смысле означает «греко-римская древность», иначе говоря, цивилизация древней Греции и древнего Рима во всём многообразии её исторических форм, существовавшая в I тыс. до н. э. и по V в. н. э.

Медицина античности развивалась параллельно с развитием культуры древней Греции и древнего Рима. Художники и скульпторы совершенствовали свои навыки в скульптуре и живописи, врачи приобретали навыки и умения врачевания. Медицина, являясь частью жизни обычных граждан, отражалась в произведениях искусства художниками и скульпторами. Именно из их работ, мы можем сейчас сказать, какого уровня достигла медицина того времени. Так, например, из изображений на вазах становится ясно, что в те времена практиковался такой метод, как кровопускание. Медики Греции считали кровопускание универсальным лечебным средством. Тогдашние медицинские теории говорили о том, что в крови содержится 4 вещества, порождающие болезни. Выпуская кровь, человек мог рассчитывать на исцеление.

В эпоху античности население имело представление об элементарной гигиене. В римское время активно строились бани, купальни, которые были доступны для всех. Изображения на вазах повествуют о том, как жители ухаживали за собой, мылись и стирали бельё. Подобные изображения можно встретить на вазе с рисунком «Уход за телом» и изображение «Афинянка стирающая бельё».

В древней Греции и Риме была распространена храмовая медицина, многие археологические находки свидетельствуют об этом. Важно упомянуть, что в то время появились первые «больницы», храмы, в которых кроме жертвенных приношений змеям в честь Асклепия, врачевали людей, именно с этих времён змея стала отождествляться с медициной. Люди обожествили искусного врачевателя Асклепия, воздвигли в его честь множество святилищ, и среди них знаменитое святилище в Эпидавре. Именно там и зародился культ бога-врачевателя Асклепия. Об этом мы можем судить по многочисленным статуям и изображениям его на стенах храма, что

ещё раз подтверждает его значимость. В античной культуре, как правило, каждый вид деятельности имел своих покровителей будь то земледелие, военное дело, медицина, даже виноделие, у каждого занятия был свой бог-покровитель, к которому люди могли обратиться с молитвами и совершая жертвенные приношения надеяться на благосклонность и помощь с его стороны.

Античность характеризуется мифологическим мышлением. Мифология — это форма общественного сознания, способ понимания природой и социальной действительности. Любые события несли в себе божественное вмешательство в умах людей: стихия, природа, социальная обстановка, взаимоотношения между людьми. Присутствие богов отмечается и в медицине, многочисленные фрески и рисунки на вазах позволяют нам сделать вывод, например, «Ахиллес перевязывает раненного Петрокла», «Гипнос и Танат выносят тело Сарпедона с поля боя в Трое» 440 г. до н. э.

Помимо упоминаний в архитектуре, вазописи, скульптуре, медицинские знания представлены и в знаменитом эпосе «Илиада». В нём мы можем встретить и описание ран, и то, как их излечивали. Античность ознаменовалась зарождением элементарных медицинских знаний, что и получило отражение в искусстве древней Греции и Рима и дало толчок развития науки и медицины.

А.П. Семенов*

**ЗАСЛУГИ ГРИГОРИЯ ДЕНИСОВИЧА ЗАЛЕССКОГО
ГЛАЗАМИ МОЛОДЫХ ВОСПИТАННИКОВ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ**

Кафедра факультетской терапии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. А. Д. Куимов

Актуальность обусловлена тем, что современной молодежи не хватает ориентиров, на которые можно было равняться, к которым можно стремиться. Казалось бы, история медицины, как мировой, так и российской, представляет нам огромное количество выдающихся личностей, но эти все примеры далеки от повседневной студенческой жизни.

Григорий Денисович Залесский должен стать прекрасным образцом для подражания молодых ученых. Выходец из бедной крестьянской семьи Григорий Денисович должен был стать священником, но первая мировая война, а затем октябрьская революция перечеркнули все его планы, казалось бы, разрушило его жизнь... но зажгло на мировом небосклоне одну из ярчайших звезд. Закончив 1926 году Томский Университет и, «как имеющий большое призвание к научной деятельности», был оставлен в университете

в качестве клинического ординатора при кафедре госпитальной терапии. В 1928 году Григорий Денисович был избран ассистентом кафедры физиотерапии и курортологии Томского университета, где начал изучать теорию и практику физиотерапии. В 1931 году был переведен в Омский государственный медицинский институт по курсу физиотерапии при кафедре факультетской терапии, где с головой окунулся в проблему проницаемости кровеносных капилляров, в том числе больных ревматизмом. В 1936 году Г. Д. Залеский защитил кандидатскую диссертацию, в 1939 году был утвержден заведующим кафедрой факультетской терапии. В 1947 год Григорий Денисович назначен директором Новосибирского государственного медицинского института и Государственного института для усовершенствования врачей, где ему одновременно было предложено возглавить кафедру факультетской терапии. За 17 лет, течение которых Григорий Денисович возглавлял НГМИ (до 1964 г.) произошло укрепление материально — технической и лабораторной базы института. Его исследования на протяжении всей жизни были сосредоточены в трех основных научных направлениях: вопросы курортного лечения, вопросы проницаемости кровеносных капилляров и вопросы этиологии и патогенеза ревматизма. Было опубликовано свыше 35 печатных научных работ, под его руководством подготовлены 2 доктора и 12 кандидатов медицинских наук. Школа Григория Дмитриевича Залеского положила начало оригинальному клиническому направлению, которое продолжили в своих работах ныне академики РАМН В.П. Казначеев, В.П. Лозовой, член — корреспондент РАМН Л.А. Трунова, профессор А.Д. Куимов. Научные исследования Григория Денисовича выдвинули его в число лучших ревматологов Советского Союза и сделали его известным за рубежом. Выдающиеся заслуги были отмечены орденами Ленина, Трудового Красного Знамени, Знак Почета. В 1958 году ему было присвоено звание Заслуженного деятеля науки Российской Федерации. Имя профессора Г.Д. Залеского носит кафедра факультетской терапии НГМУ. Григорий Денисович Залеский — Почетный профессор НГМУ.

D. Barakova

SOME FEATURES OF FUNCTIONING OF MEDICAL TERMS IN FICTION

Chair of Linguistics and Crosscultural Communication
Novosibirsk State Medical University

Supervisor: N. Pushkareva

This work touches upon some peculiar features of functioning of medical terms in fiction as well as the use of medical professional and terminological vocabulary as the means of imaginative representation.

The relevance of this work is determined by the interaction of different functional elements of style: scientific and fiction styles is one of the main causes of expressive effects in a literary text, so the selection, analysis and identification of the functioning of medical terminology in fiction is one of the most important and topical areas of the current research works in the field of language fiction.

The object of investigation in this study are medical terms used in literature to solve the problems of the ideological tasks of the literary text.

Medical terms in the literary text can not only perform their main nominative function, but also serve as a tool for creating imagery, appraisal, portrait and voice characterization. They are also introduced by the writer for describing the operating patients, a significant “working atmosphere”, a description of actions for medical examination. The presence of medical terms in the speech of the actor indicates his profession, the range of interests and expertise used by the authors is a means to create a complete picture of the imagery. The terms are used for the speech characteristics of the characters — both patients and physicians, for the nomination of drugs and their cubic volume, to determine doctors’ actions. They provide an opportunity to actually play the social environment, which belong to the actors, defining the characters as representatives of certain social and professional groups, and perform so important characterological feature. The terms are used in a literary text for the expression of artistic intent of the writer.

Speaking about the functioning of the term in the literature one should focus on the process of determinization — this is when the term loses its terminological

meaning. The process of determinization leads to what is already the “ex” term takes on new properties and functions and can be used in an unusual context, certain terms are used in a figurative sense.

Becoming a term, the word generally loses its emotional and expressive features. This is not the literary text in which everything is reversed. The term in this case becomes expressive and emotional either because of the context or a combination of the term with other words.

Many medical terms are used in literature to achieve a comic effect. The term is used by the author or character in a completely improper meaning and a reader should not associate the character with this specific term, e.g. “girl looking like Lady Macbeth with pernicious anaemia”. Term “pernicious anemia” or “disease Adisona” introduced by the author is used to emphasize the paleness and lethargy girl. Also comic effect can be achieved by giving to an inanimate objects some signs of disease.

И. Г. Кармалицкий, Т. В. Краснякова
**КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ КАК ОТРАЖЕНИЕ
ОБЫДЕННОГО СОЗНАНИЯ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. Е. В. Грищенко*

Медицинские термины вообще, а клинические термины в особенности часто представляют собой замечательное соединение конкретной исчерпывающей дефиниции и образного метафорического названия. Они появились в результате метаязыковой деятельности языковой личности и закрепились в языке и терминологии. В процессе развития происходит изменение плана содержания, вследствие чего вносятся коррективы и в план выражения. Медицинская терминология в большей степени, чем терминология некоторых других научных дисциплин была подвержена влиянию обыденных представлений людей об устройстве мира и человека. И эти представления давали толчок к росту научного знания и формированию будущих научных терминов. Характер связи между содержанием понятия и его представлением бывает различным, в связи с этим термины можно разделить на квалификативные, ассоциативные и нейтральные.

В квалификативных терминах эта мотивировка выражается прямо, путем непосредственного называния отличительного, мотивирующего признака (например, симптом умбиликации, симптом содружественного отведения локтя и др.). В ассоциативных терминах мотивировка выражается косвенно, опосредованно, с помощью разного рода ассоциаций, без прямого называния

мотивирующего признака. Такие наименования отличаются обычно образной природой и основаны на метафорах и сравнениях (например, симптом вишневой косточки, симптом плавающей лилии, симптом обрубленных веток, симптом маски клоуна и др.). В некоторых наименованиях ассоциация вызывается упоминанием литературного или мифологического персонажа, обладавшего соответствующими чертами личности или судьбы (например, синдром Арлекина, синдром Мюнхгаузена, синдром Ван Гога и др.). Нейтральными называются термины, в звуковых комплексах которых не содержится даже намек на существенные признаки понятия. Основную массу нейтральных составляют эпонимические термины, т.е. произведенные от фамилий ученых, врачей или больных (например, симптом Воскресенского, симптом Пастернацкого и др.). Выделение у одного и того же объекта разных отличительных признаков дало возможность использовать при терминировании различных мотивирующих признаков (визуальных, тактильных, акустических, обонятельных). Почти все области терминологии клинической медицины изобилуют синонимами. Это связано с тем, что в медицинской терминологии существуют традиционные русские названия некоторых заболеваний (например, водяница — дисгидроз, золотуха — скрофулус, грудная жаба — *angina pectoris* — стенокардия — Гебердена болезнь и др.).

Новейшие термины образуют меньше синонимических рядов, которые пополняются, в основном, за счет эпонимов. Необходимость выразить обогащенное понятие новым звуковым комплексом, в котором был бы представлен более точно ориентирующий признак, послужило питательной почвой для возникновения множества интерпретационных синонимов (например, бородавка трупная — бугорок анатомов — трупный бугорок — *tuberculum cadaverinum*).

Недостаточная упорядоченность клинической терминологии, как в русском, так и в других языках, дает богатый материал для изучения, но и продолжает оставаться препятствием при обмене научной информацией, при ее машинной обработке, создает большие затруднения при адекватном научном переводе медицинской литературы.

Ю. В. Ромашка

ОБРАЗ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЫ В НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЖУРНАЛАХ

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. филол. н., доцент Н. Н. Штильная*

Актуальность данной работы обусловлена возрастающим интересом исследователей к изучению проблемы формирования картины мира в меди-

адискурсе (дискурсе СМИ). Стремительный рост массовой коммуникации во второй половине XX — в начале XXI вв. способствовал тому, что тексты массовой информации стали являться одной из самых распространенных форм воздействия на образ жизни людей — мужчин и женщин. Так, информируя человека о состоянии мира и заполняя его досуг, СМИ оказывают влияние на мировосприятие человека. Научно-популярный медицинский журнал репрезентирует фрагмент картины мира, связанный со здоровьем человека, т. е. репрезентирует стереотип здорового человека.

Цель статьи — описать фрагмент картины мира — образ здоровой женщины, представленный в текстах современных научно-популярных медицинских журналов. **Объектом** исследования являются тексты научно-популярных медицинских журналов, **предметом** исследования — образ здоровой женщины, представленный в текстах научно-популярных медицинских журналов. Основным **материалом** для исследования послужили научно-популярные медицинские журналы: «Здоровье», «Красота и здоровье», «Женское здоровье». Анализ текстового материала позволил выделить три уровня в структуре образа здоровой женщины, представленном в научно-популярных медицинских журналах: уровень физического благополучия, уровень душевного благополучия и уровень социального благополучия.

Уровень физического здоровья связывается в журналах с физическим благополучием женщины, которое определяется состоянием ее *кожи, волос и фигуры*. Отсюда в текстах медицинских журналах — тексты всевозможных рецептов по уходу за волосами, за кожей рук и лица, упражнения по сохранению фигуры, диеты; тексты, рекламирующие различные косметологические средства и процедуры и пр. Основная формула, определяющая уровень физического здоровья женщины, может быть определена следующим образом: *«здоровая женщина — это сексуальная (привлекательная) женщина; причем сексуальность проявляется в том, что у женщины блестящие глаза, шелковистые волосы, стройное тело, нежная кожа, свежее дыхание»*.

Уровень душевного здоровья женщины связывается в журналах с ее психическим состоянием — душевным равновесием. Так, в журналах часто присутствуют рубрики типа «Как ведут себя счастливые женщины», «Названы продукты, избавляющие от переживаний», «Кофе для женщин — защита от депрессии» и т.п. В данных рубриках подчеркивается мысль о том, что душевное здоровье женщины напрямую зависит от ее социального окружения, наличия / отсутствия постоянного партнера, физического здоровья. Основная формула, определяющая уровень душевного здоровья женщины, может быть сформулирована так: *«здоровая женщина — это та женщина, которая умеет позитивно мыслить и принимать правильные решения»*.

Уровень социального здоровья женщины определяется ее отношениями с окружающими людьми — и прежде всего — наличием / отсутствием в ее жизни постоянного партнера, полноценной семьи, успешной карьеры. В журналах формируется следующий стереотип социального здоровья женщины: *«если у женщины будут хорошие отношения с окружающими, то и настроение у нее будет хорошим, а следовательно, выглядеть она будет здоровой»*.

Подводя итоги, подчеркнем, что основными составляющими образа здоровой женщины, представленного в научно-популярных медицинских журналах, являются *физическая красота, душевное равновесие и социальная успешность*.

А.А. Севастьянов

COMPARATIVE ANALYSIS AND ETYMOLOGY OF HEALTH-RELATED WORDS AND NOTIONS IN THE RUSSIAN AND ENGLISH LANGUAGES

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель М. Н. Романькова.*

Significance of the study: each language has its own words and notions, related to human health. The analysis of such words and notions will help us to find out correlations between stages of medicine development and appearance of words and notions connected with different diseases, health states, syndromes and signs.

The aim of the research: the aim of our investigation was to seek these correlations from the point of view of their origin, appearance and their associations with other words.

Materials and methods: in this study we tried to trace the subjects mentioned above with the help of a number of dictionaries. Etymological, semantic, and morphological methods were used as well.

Results: the mostly used words, connected with health both in the Russian and English languages are: боль, здоровье, недуг, нарушение, disease, impairment, malaise, suffering, pain (ache), health.

We analyzed the above words and other ones related with health and compared their origin, morphology, meanings and their associations with each other and also with other words.

Conclusions: we have come to the conclusion that there is a relevant correlation between the etymology of specific English and Russian words and notions, the reasons of their appearance and usage in both languages.

В. И. Куликова

THE IMAGE OF A HEALTHY CHILD IN CARTOONS

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель Н. П. Каричева*

The aim of the research: to study the image of a child in cartoons reflecting a healthy way of life.

Children of all ages like to watch cartoons making their magic journey into the exciting kingdom with their favorite characters. While watching cartoons positive emotions appear in kids which effect favorably the development of children nervous system and their well-being. Their favorite cartoon heroes are of great importance in bringing up the younger generation.

The urgency of the research. In the pediatrician profession it is important not only to treat but also to pay attention to medical education of children, their healthy way of life. So cartoons help greatly in solving these problems.

Materials and methods. We have analyzed some Russian cartoons and used some books by

A. Ballon's about medical education of children. Kids often imitate cartoons. Heroes and characters of animated films take the second place after parents in the category of "authority".

As for my future profession of a pediatrician I am very interested in cartoons, which tell us about health, hygiene and how to keep fit. Then I analyzed some animated films which are the most famous and interesting in this issue.

The results of the research:

"Aibolit and Barmaley", 1973. The kind doctor Aibolit treats the animals and children. Any animal is taking care of Aibolit.

"Moidodyr", 1954. Washbasin Moidodyr teaches the boy personal hygiene.

"Crocodile and bird Taree", 1968. A little bird cleans crocodile's teeth, which were never brushed.

"Your Health", 1965. At the request of WHO.

"Health Begins at Home", 1973. This film is about Infection that tries to get into the house where a healthy family lives and follow the rules of healthy way of life.

"Academician Ivanov", 1986. It is about academician Ivanov who is afraid of doctors, but it turned out that treatment is not so terrible if taken raspberry jam, honey and biscuits.

"Zubnaya True Story, 1972. This film teaches us not to be afraid of dentists.

Among modern children's films I have chosen:

"Eralash", Release 189. The girl feeds the boy with healthy products, makes him go in for sports to become a hero.

Luntik. Luntik tries to cure sick Kuzya.

Smeshariki, Hedgehog and Health. Hedgehog reads a book "Health".

Masha and Bear, 7th serial. Masha treats wolves herself.

Conclusion: Among Russian cartoons even since the Soviet Union there is a great number of good examples for children to live a healthy lifestyle. Heroes of animated films develop children imagination, show the sample of a good behavior and learn to find a way out of difficult situations. So children imitate their favorite characters. In my opinion the studied list of the cartoons should be included in the repertoire of films for children, because they form the image of a healthy child.

Д. Акша-оол
**THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF ENGLISH AMONG
MEDICAL STAFF**

Chair of Linguistics and Crosscultural
Communication Novosibirsk State Medical University
Supervisor: I. Gubanova

Everybody knows that the role of English language is very important nowadays. Every year it is learnt by more and more people, not only to make the outlook wider but this language becomes an universal language for communicating with people of different nationalities and cultures. By all means, there are some economic and political reasons. In real world it is something ordinary, English is the obligatory subject in many schools and higher educational establishments. But then appears the question: Why so little people know English at the level enough for oral and written communication, not touching the people of different specialties, where the language is also necessary. The aim of my report is to identify the level of knowledge of English Language among medical staff in Russia and foreign countries. It is important to find out:

- 1) what is the attitude of people in different countries to the language
- 2) the level of English in Russia and abroad

To analyze the problem we used information from the literature and Internet. The survey was also performed in order to get more findings.

On the basis of these methods we can draw a conclusion that in foreign countries the level of English is higher than in Russia. Unfortunately, medical people either know common English or don't know it at all. But nowadays in Russia many linguistic school are being opened. That means that people begin to understand how it is necessary in our life to know the language.

В. А. Дёмин

ОБРАЗ ВРАЧА В АНТИЧНОЙ ЛИНГВОКУЛЬТУРЕ

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель С. Ф. Галкина*

В эпоху античного мира, которая включает историю Древней Греции и Древнего Рима, существовало глубокое уважение к врачам и врачебному искусству, социальный статус врача был на высоком уровне. Основной вклад в формирование образа врача внесли античные философы (Аристотель, Платон, Сократ) и классики античной медицины (Гиппократ, Гален и др.).

Принципы, которыми обязан руководствоваться врач в своей жизни и профессиональной деятельности, отражены в трудах античных деятелей и в кратких изречениях — афоризмах. Осуществляя семантический анализ концепта «врач», мы можем выделить в нем нижеперечисленные составляющие.

Высшей целью медицины как науки и искусства считается человек и его здоровье. Человек, который занимается этим искусством, должен быть добрым и человеколюбивым, честным и порядочным в личной жизни и в профессии, быть философом («*Medicus philosophus est; non enim multa est inter sapientiam et medicinam diffrentia*», Гиппократ).

Врачеватель должен соблюдать опрятность в одежде, заботиться о своем здоровье. Врач должен быть умеренным в плате за услуги, при необходимости предоставлять таковые безвозмездно.

Врач должен оказывать помощь больному в любом, даже безнадежном случае, стать для больного на время болезни самым близким человеком и преданным другом, поддерживать в больном стремление к выздоровлению («*Summum bonum cumulatur ex integritate corporis et ex mentis ratione perfecta*», Цицерон).

Врачеватели древности придавали большое значение естественным силам организма, которые обеспечивали больному выздоровление, проявляли высочайшее уважение к жизни человека как творению природы.

Для концепта «врача» характерны такие компоненты, как стремление к постоянному самосовершенствованию и трудолюбие. Врач должен уметь диагностировать болезни, только затем предпринимать соответствующее лечение применительно к человеку, а не к болезни. Врачи древности утверждали о необходимости преждевременного выявления болезней, т.е. профилактике.

А. Д. Джикия
LANGUAGE TEACHING GAMES AND CONTESTS

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель О. В. Черединова*

This work presents two teaching methods widely approved in Oxford Universities: grammar and vocabulary games and the variations of taking notes during the lesson.

Both methods are embodied in the theory and practical part. As a theory part I give research works of professional language teachers who studied the methods they considered as useful and effective and put their opinion and research works in the press. I'm very grateful to them for sharing their experiences with us. So this part of my work describes the method itself, gives tests proving its effectiveness and touches some problem spots of it. Next I offer practical part containing examples of taking these methods in the classroom.

None of these methods presented here is any brand new discovery for the language teacher. Every teacher used to practice them in his/her work, there's only a try to add something new to well known and allegedly usual techniques (like note-taking), to study them deeper and show more interesting and useful side of them. In short words some suggestions to make them work better.

The reason I've chosen this theme is the wish to know more about how to make the lesson more interesting and useful at the same time. I've benefitted much by collection and studying all this material I present here and hope you'll find this work worth reviewing

Each of the two methods has its own advantages and disadvantages and their aims are quite different, that's why I included them both in this single work. Games help students to relax, entertain and encourage them and help to develop their communicative competence, while note-taking is a very serious work demanding an amount of concentration and developing and writing practice. Both of them are to be used in a write time and in a write place.

Н. Г. Ехалова
**ТИПЫ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА В РЕЧЕВОЙ
СИТУАЦИИ «ВРАЧ - ПАЦИЕНТ» ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филол.н., доцент Н. Н. Шпильная*

Взаимоотношения между врачом и пациентом — одна из важных проблем медицины. Сложности в коммуникации врач-пациент влияют на ка-

чество врачебной помощи и сказываются на течении лечебного процесса. Речь идет не только о крайних проявлениях нарушенных взаимоотношений в виде жалоб пациента на не чуткое обращение со стороны врачей, даже стертые проявления конфликтных взаимоотношений вполне ощутимо влияют на процесс общения врача и пациента. Иными словами, успех лечения зависит прежде всего от речевого поведения врача, уровня сформированности его фатической компетенции. Фатическая компетенция соотносится с фатической функцией коммуникации, направленной на установление и поддержание контакта с адресатом.

Цель статьи — выявление и описание типов речевого поведения врачей в зависимости от их установки по отношению к коммуникативному партнеру, то есть пациенту. Материалом для анализа послужили размещенные в сети Интернет тексты, содержащие отзывы (комментарий) о речевом поведении врача в речевой ситуации «врач — пациент».

Анализ материала позволяет выделить три типа речевого поведения врача в зависимости от его установки по отношению к коммуникативному партнеру: конфликтный тип, кооперативный тип и пренебрежительный тип.

Конфликтный тип. Этот тип врачей характеризуется установкой против пациента. Такие врачи грубы, невнимательны, позволяют себе повышать голос на пациента.. Они воспринимают больного как безличное существо: *Сегодня пошла в ж/к 1, с вопросом по беременности, по участку мой врач Машукова Г.И, так она в очень грубой форме спросила ЧЕГО Я ОТ НЕЕ ХОЧУ? Если я лечилась в частной клинике, мол чего приперлась...*

Пренебрежительный тип. Данный тип врачей характеризуется установкой на игнорирование пациента. В этом случае врачу все равно, какой больной к нему пришел, он не интересуется проблемами пациента, не отвечает на его вопросы, к пациенту относится снисходительно, с пренебрежением: *Летом была на приеме у д-ра Машкова... Доктор уделил мне ровно полторы минуты, на мое робкое: «У меня болит тазобедренный сустав, сделали рентген в поликлинике, поставили деф. артроз...» было процежено со снисходительным презрением: «Какой артроз, вы же еще молодая!» ... На рентгеновский снимок едва взглянул, анамнезом и не поинтересовался, а анамнез есть... В общем, испорченное настроение, потерянное время - толку от консультации ноль.*

Кооперативный тип. Врачи, относящиеся к данному типу, приветливы, внимательны и доброжелательны. Их интересует не только здоровье пациента, но и его личные (например, семейные) проблемы. Врачи кооперативного типа подробно отвечают на вопросы пациента, способны спокойно объяснить непонятное и пр.: *Сегодня была на ФГДС в Доктор Саш, какие там тетки классные, вежливые, добрые, все разжевывали. И еще мне нравится, что на рецепшене по 2–3 девушки сидят, а не стоишь долго в очереди. И все у них в компьютер вносится, личные данные и все результаты обследований.*

В заключение отметим, что пациенты уделяют особое внимание речевому поведению врача и — прежде всего — его умению устанавливать контакт с партнером по общению.

М.Э. Зарубицкая
**THE IMAGE OF A DOCTOR IN RUSSIAN AND ENGLISH
ANECDOTES**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель Н.П. Каричева*

Significance of the study: Every nation has especial sense of humor, which we can learn from different anecdotes. We can emphasize an important part of all anecdotes and funny stories. They reflect the image of a medical worker, but especially a doctor. This theme is really interesting for me as for the future doctor.

The aim of the research: The aim of my research is to compare anecdotes of the opposite nations and determine some features of the physician's image in the anecdotes about doctors of different countries.

Materials and methods: While preparing this paper I used the Internet articles and the main method of my research was questioning.

Results: English anecdotes can be divided into several groups: "The Diet", "Surgeon vs. God", "Having a Baby", "Doctors" etc. Of course it is not an official division, but by this one we can understand well the image of the typical doctor of the English anecdotes. As a matter of fact, English physician is very punctual, has proper believes, very good sense of humor. He also likes talking with his patients and doesn't tell them about oblivious things connecting with the diagnosis.

On the other hand, we can analyze Russian funny stories. There are some famous anecdotes, which look like English ones, but they can really depict the true image of a Russian doctor just from our nation's funny stories. In fact, a Russian doctor is very cheerful and has bright sense of humor. During reading our anecdotes we can feel something native from every line of the story. Also a Russian doctor is kind enough to his patients. A sick person is not often as clever as a doctor, but he trusts his doctor fully. On the contrary, an English patient can be angry depending on some circumstances.

Conclusions: While doing my research I came to the conclusion that the image of a doctor can determine the image of the nation more or less. So we can consider that it is a true fact that English nation is always prudish, follows its traditions and tries to carry out its work in a proper way. On the other hand, Russian doctors and nurses are more friendly and easy to deal with. Their humor and the reasons of their behavior are more understandable for us.

К. В. Ившина
**ОСОБЕННОСТИ НАИВНОЙ СЕМАНТИЗАЦИИ
ПРОСТОРЕЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филол.н., доцент Н. Н. Шпильная*

Целью статьи является выявление и описание способов наивной семантизации просторечных медицинских терминов. На фоне многочисленных исследований, посвященных изучению способов семантизации профессиональных медицинских терминов обыденным языковым сознанием, в тени исследовательского интереса остается изучение «реального» значения просторечных медицинских терминов в языковом сознании непрофессиональной языковой личности. Этим обусловлена актуальность данной работы. Изучение особенностей наивной семантизации просторечных медицинских терминов способствует решению вопросов, связанных со спецификой общения врача как носителя профессионального языкового медицинского сознания и пациента как носителя обыденного языкового медицинского сознания, существенно облегчает коммуникацию врача и пациента. Материалом для анализа послужили 10 просторечных медицинских терминов: *свинка* [эпидемический паротит], *желтуха* [гепатит], *крапивница* [крапивная лихорадка], *водянка* [асцит], *грудная жаба* [стенокардия], *молочница* [кандидоз], *ячмень* [гордеолум], *чахотка* [туберкулез], *малокровие* [анемия], *лишай* [герпес, микроспория]. С целью выявления наивных способов семантизации просторечных медицинских терминов мы провели эксперимент среди студентов 1 курса НГМУ. Общее количество испытуемых составило 30 человек. Испытуемым предлагалось ответить на вопрос: «Что означают данные слова?».

Результаты опроса: **свинка**: 50% не смогли ответить на вопрос, 40 % знают, что это вирусное заболевание, 10% описали наиболее точно и правильно симптомы свинки. **Желтуха**: 20% не смогли ответить на вопрос, 70% указали на такой симптом, как пожелтение кожи, 10% знают, что это гепатит (заболевание печени). **Крапивница**: 80% знают, что это кожное заболевание, 15% наиболее точно описали симптомы (покраснение кожи, появление пятен, зуда), 5% дали следующее толкование: «появление пятен на коже, как от ожога крапивы». **Водянка**: 80% не смогли ответить на вопрос, 10% дали ответ, что это водяные пузырьки на коже, 5% написали про избыток воды в организме, 5% дали следующее толкование «недостаток воды в организме». **Грудная жаба**: 90% не смогли ответить на вопрос, 5% ответили, что это заболевание груди, при котором возникает чувство сдавленности в груди, 5% указали, что это заболевание, связанное с нарушением дыхания. **Молочница**: 20% не смогли ответить на вопрос, 50% думают, что это женское и детское заболевание, 15% — заболевание у женщин, связан-

ное с нарушение микрофлоры, 5% определили молочницу как грибковое заболевание, 5% — как заболевание женщин, связанное с кормлением грудью. **Ячмень:** 40% не смогли ответить на вопрос, 35% считают, что это воспаление на глазу, 20% — воспаление ресницы на глазу, при простуде, 5% опухоль. **Чихотка:** 80% не смогли ответить на вопрос, 15% дали ответ туберкулез, 5% указали симптомы — частое чихание, кашель. **Малокровие:** 40% не смогли ответить на вопрос, 40% ответили — недостаток веществ в крови, 15% недостаток кровяных телец в крови, 5% возникает при потере крови. **Лишай:** 50% не смогли ответить на вопрос, 40% написали, что это кожное заболевание, 5% паразиты на коже, 5% кожное заболевание, при котором происходит облысение кожи.

Анализ результатов опроса показал, что такие просторечные медицинские термины, как *водянка, грудная жаба, чихотка, свинка* являются для носителей обыденного языкового сознания абсолютными агноними. Такие термины, как *малокровие, лишай, ячмень* и др. являются частичными агноними.

В.Н Кусова, Т.Е. Лукьянова
PRESCRIPTION AS A GENRE

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель Л. Судницына*

The aim of the present work is the investigation of a prescription as a genre.

The actuality is defined by the fact that a disease cannot be treated without drugs and a drug cannot be administered without a prescription. The medicine develops constantly, however a prescription is basic in the pharmaceutical activity.

The problems of the present work are:

1. To consider the notion of a prescription;
2. To reveal peculiarities of a prescription as a genre;
3. To study a history of a prescription;
4. To carry out the comparative analysis of a Russian and English prescriptions (It means to find similarities and differences, to reveal particularities of Russian and English variants).
5. To draw conclusions on the work done.

The material for the research was taken from prescription blanks, internet sites and medical journals.

The basic method of research was comparison and analysis.

Scientific novelty of this work consists of studying genre peculiarities of Russian and English prescriptions, and revealing the dynamics of their development in history.

Comparative analysis determined the following similarities and differences:

A) Similarities:

- Russian and English prescriptions contain the same information;
- Both variants of prescriptions are divided into parts.

B) Differences:

- Russian prescription is divided into six parts and English prescription is divided into seven parts;
- Russian prescription is more computerized than English one.

From ancient times a prescription saved important information but now it has more additional data about a patient, a physician, composite substances, medical institutions and others.

Е. А. Лобачева

ЖАНРЫ МЕДИЦИНСКОГО ФОЛЬКЛОРА

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филол.н., доцент Н. Н. Шпильная*

В настоящее время в лингвистике актуализировался интерес к изучению городского фольклора — фольклора малых социальных групп. Так, исследуется фольклор солдат, студентов, актеров, дальнбойщиков, туристов и т.п. Особое место в городском фольклоре занимает **медицинский фольклор**, характеризующий отличительные черты, круг интересов, мировосприятие и даже «изнанку жизни» небольшой группы людей, объединенной одним делом. Медицинский фольклор на сегодняшний день малоизучен, известно лишь несколько работ, посвященных описанию фольклора больничной палаты.

Цель работы: описать систему жанров современного медицинского фольклора, используя критерии оценки жанровой принадлежности классического фольклора.

В медицинском фольклоре выделяются следующие **жанры**: медицинские сказы (байки), анекдоты, песни, скороговорки, мнемонические стишки, перлы, мифы, парадоксы, приметы, афоризмы, тосты, поздравления, былички. Все перечисленные жанры характеризуются анонимностью, создатель текстов - коллективный автор.

Медицинские сказы. Такие формы фольклора представляют собой медицинские воспоминания с практики, рассказы о необычных событиях и встречах. Ср.: *Лежали как-то в отделении участников ВОВ дедушка (86лет) и бабушка помоложе...(81 год). Познакомились они несколькими годами ранее здесь же, и бабушка переехала жить к дедушке. Так вот, в этот раз дедушка поломал шейку бедра и для лечения этой патологии его*

положили в это отделение. Бабушке самой дома скучно, поэтому она тоже поступила...

Медицинские анекдоты. На стыке соединения давних традиций фольклора и веяний новой культуры развился жанр анекдота. Выделяются два вида медицинских анекдотов: анекдоты, основу которых составляет «светлый» юмор, и анекдоты, основу которых составляет черный юмор. Так называемая «веселая мудрость», облеченная в краткую лаконичную форму со смешным содержанием и неожиданным остроумным концом, высмеивает нерадивых пациентов, молодых врачей, курьезные случаи на приеме в поликлинике:

Врач в платной поликлинике — больному:

— Итак, отныне — ни капли вина и водки!

— У меня что-то серьезное?

— Да нет. Просто экономьте деньги, чтобы оплатить мой счет за лечение.

Медицинские мифы представляют собой свернутые тексты - суждения, цель которых — декларирование тех или иных «квантов» медицинского опыта; они содержат информацию о лечебных свойствах растений и животных и подаются как абсолютное знание. Ср.: *Говорят, усталость может быть вызвана анемией; Можно заразиться гриппом, сделав прививку от гриппа...*

Несколько модифицированную форму в медицинском фольклоре приобрела **скороговорка**. Теперь она состоит не только из подбора слов, трудно произносимых при быстром и многократном повторении всей фразы или поэтически оформленной строфы, но и трудно запоминаемых студентами латинских или греческих выражений из области анатомии, фармакологии, клиники. Особой популярностью в медицинской среде пользуются **былички** — рассказы о встрече с нечистой силой самого героя; один из видов легенд. Как правило, это описание типичного диалога пациента со смертью.

Перспективы исследования видятся в более полном и системном описании жанров современного медицинского фольклора.

Л.А. Лукьянова

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ ОБЫДЕННЫМ ЯЗЫКОВЫМ СОЗНАНИЕМ

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент Т. Ф. Извекова*

Каждый человек располагает определенными знаниями психиатрических терминов, понятий, явлений и т.д. Некоторые термины давно вошли

в обиход и стали совершенно привычными, например, такие как, шизофрения, паранойя, депрессия. Но, к сожалению, в большинстве случаев истинное, общепринятое значение психиатрических терминов не совпадает с интерпретацией этих терминов обыденным языковым сознанием. Целенаправленное изучение различных аспектов феномена языкового сознания, в том числе обыденного языкового сознания, представляет интерес, т. к. способствует решению вопросов, связанных со спецификой профессионального и обыденного языкового сознания. Верное знание интерпретации психиатрических терминов существенно облегчает коммуникацию людей, обеспечивает высокую вероятность достижения коммуникативной цели. Именно через язык действительность постигается, осознается, а также «передается» от поколения к поколению; и только через коммуникацию мы можем заявить о себе и вступить в контакт с другими людьми.

Объектом исследования являются психиатрические термины, а предметом исследования — интерпретация психиатрических терминов носителями обыденного языкового сознания. Под интерпретацией мы понимаем процесс индивидуально-личностного толкования («освоения») языковой единицы, под обыденным языковым сознанием — совокупность наивных, то есть непрофессиональных знаний об явлениях действительности, в том числе и знаний о речезыковой действительности (в частности, о терминах).

Цель работы — выявить степень знания / незнания значений психиатрических терминов носителями обыденного языкового сознания и их (знаний) соответствие общепринятым нормам. Основным методом исследования — опрос. Ресpondентам было предложено 5 психиатрических терминов, интерпретацию которым они должны были дать: *шизофрения, депрессия, бред, эмпатия и идиот*.

По итогам опроса было выявлено, что большинство участников дали интерпретацию несоответствующую общепринятым стандартам. **Шизофрению** в основном определяли как «раздвоение личности», **депрессию** — как меланхолию и грусть, **бред** — как мысли или высказывания, которые люди попросту не понимают и, исходя из субъективного восприятия, считают абсурдными, **эмпатию** — как симпатию, сопереживание, сострадание; термин **идиот** наделяли таким значением, как глупый человек, поведение которого отличается от общепринятого. При этом многие воспринимали это слово как имеющее оскорбительный характер. Частично соответствующее или верное толкование вышеперечисленных терминов дали лишь немногие реципиенты.

Т. А. Паламарчук
**СЦЕНАРИЙ БОЛЕЗНИ В ТЕКСТАХ НЕТРАДИЦИОННОЙ
МЕДИЦИНЫ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филол.н., доцент Н. Н. Шпильная*

Статья посвящена описанию феномена *болезнь* в текстах нетрадиционной медицины, то есть в псевдонаучных текстах. К текстам нетрадиционной медицины мы относим народные рецепты, заговоры и т.п. В настоящее время чаще всего исследуются представления о феномене *болезнь* в текстах устного народного творчества, в художественных произведениях, в научных текстах, во фразеологизмах. Исследование же представлений о феномене *болезнь* в текстах нетрадиционной медицины остается на сегодняшний день малоизученным. Этим обусловлена **актуальность** работы.

Объектом анализа являются тексты нетрадиционной медицины, основной **предмет** анализа — представления о болезни в работах народных целителей. **Материалом** для анализа послужили сайты нетрадиционной медицины.

Цель работы — реконструировать сценарий *болезни*, представленный в текстах народных целителей.

В текстах народных целителей феномен *болезни* раскрывается через следующие субсценарии: «причина болезни», «способ лечения», «средства лечения», «ситуация лечения».

Субсценарий «Причины болезни». Основная причина болезни — нарушение закона мироздания, вследствие чего выделяются болезни-предупреждения (*позволил себе негативную мысль — упал, получил травму*), врожденные заболевания как результат «неотработанных» с прошлой жизни нарушений (*родовое проклятье*), энергетическое воздействие на человека, его *ауру* (*сглаз, порча*).

Субсценарий «Ситуация лечения болезни». Основным видом лечения — биоэнерголечение, проявляющееся в том, что лечение осуществляется не физиологическим, как в традиционной медицине, а экстрасенсорным способом. Так, при лечении болезни проводятся *молитвы, заклинания, заговоры* и пр., в которых целитель или сам человек (пациент) обращается к высшим силам — *ангелам, демонам, духам* и пр. При этом время лечения болезни определяется природным циклом: *до захода солнца, полдень, на закате вечером, ветреная погода* и пр.

Субсценарий «Способ лечения болезни» можно представить следующим образом: человек (целитель) передает болезнь другим живым и / или неживым предметам: *дереву, куриным яйцам* и пр. Например: *Человек, больной лихорадкой, идет в лес, кланяется осине и, держась за нее, говорит: «Осина, осина, возьми мою тряси́ну, дай мне леготу!» и так 3 раза.*

Субсценарий «Средства лечения болезни». Основные средства лечения — физические предметы (*заряженная вода, амулеты, камни, специальная музыка, булавки и т.п.*), средства растительного и животного происхождения (*пучки трав, свиное сало, собачий жир, барсуковый жир, отвары, примочки и пр.*), *обращение к высшим силам — духам, и пр.* Зачастую средства лечения необходимо заранее приготовить: *взять овес или ячмень, насыпать им две трети кастрюли, не заполнив только на два пальца от верхнего края кастрюли, и добавить в кастрюлю на ширину одного пальца смальцу; закрыть крышкой и поставить в духовку. Доливать молоком, пока не разварится ячмень (или овес). Пить эту жидкую смесь по одной рюмке три раза в день.*

Выводы. Особую группу медицинских текстов представляют псевдонаучные медицинские тексты, созданные народными целителями и характеризующиеся особыми сценариями развития основных медицинских феноменов, в частности феномена *болезни*. В текстах нетрадиционной медицины сценарий *болезни* представлен следующими субсценариями «*Причины болезни*», «*Ситуация лечения болезни*», «*Способ лечения болезни*», «*Средства лечения болезни*».

Е. Пахольчук

MEDICAL SUPERSTITIONS

Chair of Linguistics and Crosscultural Communication

Novosibirsk State Medical University

Supervisor: I. Gubanova

Superstitions were born with humanity and accompany it throughout the history. Everybody has ever faced the myths that are not corresponding to reality. Even the most educated person can believe in superstitions: alternative medicine, religion, signs, etc. Medicine has a number of superstitions as any other profession.

The purpose of this work is to research the problem of medical myths and superstitions, their influence on human health and the professional activities of medical staff. There are some tasks to achieve:

1. To find out why the superstitions exist and why people believe in them.
2. To examine the definition of “medical myths/superstitions”.
3. To do a survey among medical students and other people if they know the meaning of medical superstitions and establish their attitude to them.

In this report a survey and Internet resources were used.

Conclusion: Speaking about medical myths or superstitions we have faced with the term “traditional medicine” as equal. Often the medical myths arise from incorrect interpretation of the observations, research results, consciously receiving profits by creating a “fake illness” or when people haven’t got a medical edu-

cation, but associate the symptoms with their activity at the time of its appearance and transfer it to friends and relatives. The survey showed that 68% of respondents don't know the meaning of "medical superstitions", but believe in them. Therefore it is very important not to perform self-medication and go to the doctor in time. It will help to avoid complications of incorrect treatment and reduce the time of it.

И. В. Проничева, О. Г. Чехова
**КОНЦЕПТ «ЗДОРОВЬЕ» И «БОЛЕЗНЬ» В АНГЛИЙСКОЙ
И РУССКОЙ ЛИНГВОКУЛЬТУРАХ**

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Л.В. Токарева*

1. Концепты «здоровье» и «болезнь» являются дуальным типом концептов, при котором наличие одного служит обязательным условием существования другого.

2. Основное содержание концептов «здоровье» и «болезнь» в русском и английском сознании сводится к следующим базисным признакам:

а) понятийную сторону этих концептов составляют такие оппозиционные характеристики, как «целостность организма» — «нарушение целостности организма», «устойчивость функционирования организма человека» — «неустойчивость функционирования организма человека», «сила человека» — «слабость человека»;

б) образную сторону концепта «здоровье» формируют устойчивые ассоциации здоровья с природными явлениями (в частности, с деревом, камнем, солнцем, светом, огнем, водой, землей), с артефактами культуры, которым приписаны человеком признаки целостности и красоты; образная сторона концепта «болезнь» представляет собой ассоциации болезни с природными явлениями (стихийными бедствиями), мифологемой «демон», черным цветом, врагом, с артефактами культуры, обладающими признаками нецелостности и безобразия;

в) ценностная сторона обоих концептов заключается в признании физиолого-психологического состояния человека важнейшим аспектом его жизни и вытекающей отсюда системы приоритетов его поведения (соблюдение норм гигиены, здорового образа жизни и др.).

3. Основные отличия концептов «здоровье» и «болезнь» в сопоставляемых лингвокультурах состоят в следующем:

а) в английской лингвокультуре здоровье ассоциировано прежде всего с медицинскими понятиями, в том числе и с медицинскими учреждениями, а также с природными ресурсами как способом профилактики болезней, в то время как в русской лингвокультуре здоровье ассоциировано, главным об-

разом, с самочувствием родственников, с баней как способом профилактики болезни, с обращением к Богу и потусторонним силам за помощью для сохранения здоровья;

б) русские по сравнению с англичанами проявляют большую склонность к менее интенсивной работе как способу сохранения здоровья.

4. Максимально взаимодействующими с концептами «здоровье» и «болезнь» в английской и русской лингвокультурах являются концепты «жизнь», «человек», «добро», «зло», «природа», «возраст», «медицина».

В. К. Фишер
МЕДИЦИНСКИЙ ЖАРГОН
(ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖАРГОН)

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: доцент О. А. Краснова,
преподаватель Д. М. Каратаев*

Жаргон — маркированный слой языка, который используется в разговорной речи с ярко выраженной эмоционально-экспрессивной оценочной окраской и который может легко переходить в слой общеупотребительной лексики. Медицинский жаргон — это динамичный и разнообразный способ общения, который может быть как грубым и оскорбительным, так и просто смешным.

Предметом лингвистического анализа в работе выступают особенности формально-семантического устройства английского медицинского жаргона.

Материалом исследования послужили лексические единицы жаргона, извлеченные из современной медицинской литературы, а также медицинские жаргонизмы, функционирующие в художественных и публицистических текстах и в разговорной речи.

Основная цель исследования — комплексное системно-функциональное описание свойств английского медицинского жаргона, проявляющихся в закономерностях его функционирования, определение основных тенденций развития английского медицинского жаргона.

Поставленная цель определила решение следующих задач:

- выявить специфику деривационной системности языковых средств, формирующих английский медицинский жаргон;
- определить пути, средства и способы создания английского медицинского жаргона, общие закономерности и тенденции его развития;
- установить специфику употребления английского медицинского жаргона.

Исследуемый материал рассматривается с позиций системно-функционального подхода, что предполагает изучение языка в общем и разговорного стиля изложения в частности как сложного образования, в котором

выделяются составные части и отношения между ними. Ономастологический подход к исследованию теоретических проблем структуры и развития английского медицинского жаргона позволяет выделить основные аспекты его формирования: деривационный, функциональный, лингвокультурологический.

Ю. Д. Цокурова

ФОБИИ В ТЕМАТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ БЛОГОВ

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Л. В. Токарева*

Актуальность данной работы определяется необходимостью исследовать феномен фобии как навязчивого страха, не поддающегося полному логическому объяснению. Каждый человек в своей жизни испытывал чувство страха по отношению к чему-либо: кто-то боится воды, кто-то высоты, а кто-то собак и т.д. В результате развития фобии человек начинает бояться и соответственно избегать определенных объектов, видов деятельности или ситуаций.

Наличие у людей большого количества страхов способствует тому, что человек стремится поделиться своими переживаниями с другими людьми: одни - для того, чтобы найти утешение, другие — для поиска человека со схожими фобиями, третьи — для того, чтобы научиться с этим бороться и помочь другим. В современном мире это стало намного проще, благодаря созданию блогов, где люди могут посоветоваться друг с другом, рассказать о своей проблеме. Блог (англ. blog, от **web log** — интернет-журнал событий, интернет-дневник, онлайн-дневник) — веб-сайт, основное содержимое которого — регулярно добавляемые записи (посты), содержащие текст, изображения или мультимедиа.

Цель работы — проанализировать истории носителей языка о фобиях, представленных в медицинских блогах. Объектом анализа являются медицинские блоги, тематически соотнесенные с феноменом фобии, а предметом исследования — истории носителей языка о фобиях, представленные в медицинских блогах.

Для достижения цели были использованы такие методы, как наблюдение, анализ, статистические методы.

Анализ медицинских блогов показал следующее:

- в среднем с фобией люди живут 6, 3 лет;
- проблемы начинаются с детства (46%) либо после эмоционального и/или физического перенапряжения (53%.);
- большего всего люди боятся *выглядеть глупо в глазах других людей* (47%), *смерти* (31%), *насекомых* (12%).

Выводы.

1. Фобия — это сильно выраженный упорный навязчивый страх, необратимо обостряющийся в определённых ситуациях и не поддающийся полному логическому объяснению.

2. Медицинский блог — коммуникативная среда, позволяющая человеку вступить в диалог с другими людьми, поделиться с ними своими проблемами, переживаниями, страхами.

3. В медицинских блогах, в которых представлены истории носителей языка о фобиях, можно получить информацию о том, сколько человек живет с фобиями, о причинах появления фобий, и распространенных видах фобий.

Д. Архипов

МУЗЫКАЛЬНАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ГРАММАТИКИ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преп. Е. В. Грещенко*

Латинский язык на первом курсе является одним из самых сложных предметов. Большой объем информации, нехватка времени, отсутствие навыков запоминания значительного количества терминов — все это становится препятствием для качественного усвоения учебного материала. Для оптимизации учебного процесса студенты всегда использовали различные способы интерпретации и запоминания информации. Наряду с научными и методически проверенными, такими как, систематизация лексического и грамматического материала, установление мотивационных связей между терминами, активно использовались различные методики, основанные на обыденном восприятии латинской медицинской терминологии. Например, поиски мотивирующей основы, не совпадающей с реальной, ассоциативные ряды, доходящие до абсурда, механические способы запоминания и др. Мы предлагаем следующее решение: музыкальную интерпретацию грамматики латинского языка как один из способов обыденного, наивного восприятия латинской грамматики и медицинской терминологии.

Например, для активизации процесса запоминания окончаний существительных третьего склонения возможно использовать различные музыкальные и ритмические структуры. Связав с каждым родом существительных свой уникальный ритм, можно легче запомнить принадлежность окончания к определенному роду, а закрепить узнаваемость каждого рода можно и с помощью различных музыкальных сопровождений. Воздействие на слуховые рецепторы приводит к интересным результатам: запоминание идет на другом уровне восприятия, скорость и качество обучения повышаются. Даже студенты, не имеющие слуха, способны воспринимать ритмические структуры.

При поддержке музыкального сопровождения соответствующим видео-рядом мы подключаем визуальные рецепторы и зрительную память, преобладающую у большинства студентов. Примеры образные и текстовые, смешные и неожиданные, оформленные в определенной цветовой гамме, произвольно присвоенной каждому роду, вызывают положительные эмоции и выполняют свою главную задачу — облегчение восприятия и понимания сложных грамматических форм и процесс запоминания информации значительно упрощается.

Таким образом, музыкальная интерпретация грамматики латинского языка вызывает активизацию слуховых и зрительных рецепторов, что приводит к повышению качества процесса обучения.

Д.И.Батанов, Е.В.Фишер
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ КАК ЖАНР

*Кафедра лингвистики и межкультурной коммуникации,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель Л. В.Токарева*

Актуальность данной темы не вызывает сомнений, так как история болезни является необходимым фактическим материалом, благодаря которому врачи могут более точно поставить диагноз. Также, история болезни — это важный элемент медицинского обучения, которое подводит итоги освоения знаний по специальности, стимулирует клиническое мышление и навыки четкого формулирования основных клинических положений. История болезни важна не только потому, что является хронологией течения и развития болезни, а также, потому, что это важный административно-правовой документ, в котором зафиксированы основные данные о действиях врача, и реакции на них пациента. При появлении каких-либо жалоб или конфликтов, история болезни становится оправдательным либо обвинительным документом врачу, свидетельствующим о выполненных или не выполненных манипуляциях со стороны последнего.

1. Жанр как вид художественных произведений
2. История болезни является обязательным родом деятельности медицинского работника и необходимым условием для успешного лечения пациента
3. История болезни является одним из видов жанра в силу особенностей сюжетных и стилистических признаков.

А) возможность вариаций «сюжетной линии» в истории болезни

Б) необходимость соблюдения детерминированных конструкций с употреблением профессиональной медицинской лексики

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

А.В.Михальченко
**МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ
В ОЦЕНКЕ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО
МОЗГА У ДЕТЕЙ**

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент М. Е Амелин*

Актуальность. Частота распространенности различных нарушений развития головного мозга у детей, важность установления тяжести порока и тактики лечения, трудность выявления врожденных пороков головного мозга у детей на основании одних клинических данных, делает актуальным применения методов нейровизуализации для оценки данных нарушений развития.

Цель. Продемонстрировать ценность современных методов нейровизуализации для диагностики и оценки врожденных нарушений головного мозга.

Методология: анализ данных КТ и МРТ исследование

Материалы исследования. В условиях ННИИПК имени академика Е.Н. Мешалкина обследовано 57 пациентов детского возраста с различными мальформациями головного мозга. Средний возраст детей составил 6,8, анализировались дети в возрасте — от 9 месяцев до 13 лет. Исследования проводились на современных аппаратах КТ и МРТ в сроки от 2008 г по настоящее время. В большинстве случаев исследования проводились в условиях внутривенной поверхностной анестезии. Как при КТ так и при МРТ проводилась оптимизация протоколов сканирования, направленная на укорочение времени исследования и анестезии, при сохранении качества изображения, при КТ — оптимизировались параметры сканирования для снижения дозовой нагрузки учетом на возраста детей.

Результаты. У пациентов выявлен широкий спектр врожденных неопухолевых изменений головного мозга, как тяжелых, так и не влияющих на

рост и развитие ребенка. В ряде случаев методы нейровизуализации становились ключевыми при постановке диагноза. Наиболее частыми выявляемыми изменениями были: субарахноидальные врожденные кисты, аномалия Денди-Уокера, аномалия Арнольда-Киари, гидроцефалия, артериовенозные мальформации. Встречались также и редкие врожденные изменения головного мозга такие как гетеротопия, лисэнцефалия, пахигирия и прочие. В ряде случаев отмечалось сочетание различных форм нарушения развития головного мозга. Осложнений при проведении анестезии и исследования не отмечено.

Выводы. Современные методы нейровизуализации позволяют в малые сроки, с минимальным временем анестезии визуализировать мальформации, и являются ключевыми при выявлении нарушений развития головного мозга у детей.

Ю.А. Прыгова*, Л.А. Савельева*, О.Б. Богомякова*
**КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КРОВОТОКА НА РАЗНЫХ
УРОВНЯХ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ С ПОМОЩЬЮ
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ**

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. А. А. Тулупов*

В связи с высокой частотой цереброваскулярных заболеваний вопросы ранней диагностики этих угрожающих жизни и здоровью состояний становятся всё более актуальными. Магнитно-резонансная ангиография (МРА) занимает особое место среди других методов исследования сосудов благодаря неинвазивности и отсутствию лучевой нагрузки. Цель данного исследования — количественно оценить гемодинамические параметры кровотока по внутренним сонным артериям (ВСА) с помощью МРА. Материалы и методы. На МР-томографе фирмы «Philips» с напряженностью магнитного поля 1,5 Т были исследованы 45 добровольцев без патологии сосудов головного мозга. Использована методика количественной оценки потока Quantitative-Flow (Q-Flow), основанная на двухмерной фазо-контрастной МРТ с кардиосинхронизацией по ЭКГ в ретроспективном режиме с последующей реконструкцией и совмещением по времени сердечного цикла и полученных при исследовании профилей потока. Характеристики метода: TR = 14 мс; TE = 8,3 мс; FA = 150; толщина среза = 5 мм; коэффициент скорости кровотока = 90 см/с. Были измерены пиковая, объемная и линейная скорости, а также площадь поперечного сечения сосуда на 5 ВСА: шейный сегмент — на уровне четвертого и второго шейного позвонка, интракраниальный сегмент — на уровне вертикальной и горизонтальной части каменистой и вертикальный участок пещеристой части ВСА. Данные статистически обрабо-

таны с расчетом среднего значения и доверительного интервала ($p=0,05$). С помощью t-критерия Стьюдента оценена достоверность различий между соответствующими показателями кровотока слева и справа. Определены нормальные значения пиковой, объемной и линейной скоростей, а также площадь поперечного сечения ВСА. При анализе характера изменения потока крови по ходу ВСА отмечено, что объемная скорость увеличивается на уровне входа в сонный канал, что может быть связано с ограничением пульсации артерий при прохождении через замкнутое костное пространство. Пиковая и линейная скорости достигают максимума на уровне С2 шейного позвонка — именно этот участок ВСА имеет наиболее продолжительный прямой ход. Кроме того отмечено что при увеличении площади поперечного сечения сосуда значения пиковой и линейной скорости уменьшаются, а при уменьшении — увеличиваются. Ни для одного из измеренных гемодинамических параметров достоверных различий между левой и правой ВСА не найдено. Таким образом, методика Q-Flow, основанная на двухмерной фазо-контрастной МРА, может быть успешно применена для количественной оценки гемодинамических параметров кровотока на разных уровнях ВСА. Артериальный кровоток по ВСА имеет сложный симметричный характер, что необходимо для реализации механизмов компенсации в случае нарушения мозгового кровообращения. Исследование проводится при поддержке гранта Президента России в рамках государственной поддержки ведущих научных школ (7643.2010.3), ФЦП «Исследования и научно-педагогические кадры инновационной России» на 2009-2013 годы (ГК № 16,740 .11.0342 на 10/05/2010) программа «У.М.Н.И.К. (№ 16U/02-10 на 04/26/2010)

А. В. Романчук
**СРАВНЕНИЕ МСКТ-АНГИОГРАФИИ
СОННЫХ АРТЕРИЙ С «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ»**

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: к.м.н., М. Е. Амелин.*

Актуальность. Появление новых современных подходов к лечению заболеваний сосудов делает актуальным поиск методов диагностики, позволяющих точно оценить состояние артерий и результаты лечения. Подбор метода, имеющего наименьший объем вводимого контрастного вещества и малую инвазивность в диагностике заболеваний сосудов, востребован в настоящее время.

Цель. Сравнить результаты МСКТ брахиоцефальных артерий с ангиографией сосудов головы и шеи.

Задачи:

1. Изучение данных, полученных при помощи многосрезовой спиральной компьютерной томографии;
2. Изучение данных, полученных при ангиографии сонных артерий;
3. Сравнение, полученных данных.

Методология: анализ историй болезней и диагностических изображений.

Материалы исследования. 50 историй болезни (40 мужчин и 10 женщин, средний возраст которых 54 года) за последние 4 года, ретроградный анализ диагностических изображений пациентов (МСКТ-ангиография и дигитальная субтракционная ангиография). Все пациенты проходили обследования в ННИИ ПК им. академика Мешалкина.

Выводы. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) по диагностической ценности при анализе степени стенозов сонных артерий является сопоставимой с «золотым стандартом» и является одним из признанных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Чувствительность МСКТ-ангиографии составляет 91%, специфичность 100%.

А.А. Некрасов **ОСОБЕННОСТИ ГРЫЖЕОБРАЗОВАНИЯ** **МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА** **ПОЗВОНОЧНИКА ПО ДАННЫМ МРТ**

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент С. Н. Волченко*

Введение. Грыжеобразование межпозвонкового диска (МПД) — наиболее распространённая причина корешковой боли в спине у людей трудоспособного возраста. Более 250 000 операций на поясничном отделе позвоночника проводятся ежегодно в Соединённых Штатах, и дискэктомия на поясничном уровне позвоночника — наиболее распространённая из них. При этом реальное число грыжеобразований недооценивается, что подтверждается высоким уровнем бессимптомных грыж, выявляемых случайно на томограммах при МР-обследованиях пациентов по иным показаниям.

Цель исследования: выявить гендерные и возрастные особенности грыжеобразования в поясничном отделе позвоночника.

Материалы и методы исследования. За период 2008–2009 гг. на базе медицинского центра «Авиценна» было проведено МР-обследование 2441 пациента (1351 человек составляли женщины и 1090 — мужчины, соответственно 55,3% и 44,7%), обратившихся с наличием болевого синдрома в области поясницы. Все обследованные пациенты были распределены на 7 поло-возрастных групп. Исследование проводили на МР-томографе Vectra (GE) с напряженностью магнитного поля 0,5 Т.

Результаты и обсуждение. Пациенты рассматривались по половому признаку для выявления гендерных особенностей дегенеративного процесса. Для определения особенностей грыжеобразования в различные возрастные периоды мы разбили пациентов на возрастные группы по декадам жизни (10–20, 20–30, 30–40, 40–50, 50–60, 60–70, 70–80 лет).

Грыжевые выпячивания межпозвонковых дисков в поясничном отделе позвоночника выявлены у 1942 человек (79% всех обследованных пациентов), при этом у женщин данная патология отмечена в 1045 случаях (77% всех обследованных женщин), у мужчин — в 897 случаях (82% всех обследованных мужчин). Анализ полученных нами данных показал, что с возрастом количество дегенеративных изменений межпозвонковых дисков, сопровождающихся грыжевым выпячиванием, увеличивается в обеих гендерных группах до определённого момента (пика грыжевых выпячиваний), после чего происходит резкое снижение выявления данной патологии. Это, вероятно, обусловлено как возрастной спецификой дегенеративных изменений в позвоночнике, так и более низкой обращаемостью пожилых пациентов по поводу болевого синдрома в пояснице. Количественный пик грыжевых выпячиваний у мужчин отмечен в возрастном промежутке от 40 до 50 лет, у женщин — от 50 до 60 лет.

Выводы:

1. МРТ позволяет чётко выявлять дегенеративные изменения в поясничном отделе позвоночника, оценивать гендерные и возрастные особенности этих изменений.

2. Основной причиной появления болевого синдрома в пояснице у мужчин и женщин являются грыжевые выпячивания, возникающие на фоне дегенеративных изменений в поясничном отделе позвоночника.

3. Имеются различия в возрастных пиках грыжевых выпячиваний у мужчин и женщин: у мужчин максимальные проявления данной патологии приходятся на возрастную промежуток от 40 до 50 лет, у женщин — от 50 до 60 лет.

Ю. А. Серякова*

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МАММОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии, Новосибирский
государственный медицинский университет*

Научный руководитель: д. м. н., проф. А. Б. Егоров

Актуальность. Раннее выявление узловых образований молочных желез — одна из актуальных проблем современной лучевой диагностики. Это

связано с тем, что в большинстве стран мира рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин. По данным Новосибирского информационно-аналитического центра, в последние годы отмечается стабильный рост заболеваемости, причем в Новосибирской области эти показатели выше, чем в среднем по России. Тем важнее своевременно выявлять и лечить процессы, на фоне которых чаще развиваются опухоли, а также распознавать злокачественные новообразования на самых ранних стадиях. В то же время в вопросах выявления и дифференциальной диагностики узловых образований молочных желез существуют большие трудности и противоречия, особенно в репродуктивном возрасте. Эффективность диагностики во многом зависит от выбора метода исследования. Существует множество методов исследования молочных желез: метод самообследования, клиническое обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгеновская маммография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография молочных желез, радионуклидная диагностика. В свою очередь, каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. Повысить эффективность диагностики позволяет сочетание нескольких методов, так называемое комплексное маммологическое обследование.

Цель исследования. Показать возможности комплексного подхода к исследованию молочных желез в выявлении и дифференциальной диагностики узловых образований на примере работы рентгенологического отделения Новосибирского областного клинического диагностического центра.

Материалы и методы. В рентгенологическом отделении Новосибирского областного клинического диагностического центра проводится комплексное маммологическое (клиническое, рентгенологическое, ультразвуковое) обследование женщин, поступающих по направлению районных и городских онкологов, гинекологов и других специалистов. При первичном клиническом и маммографическом исследовании отбираются пациентки с узловыми образованиями, которым при необходимости проводится дуплексное ультразвуковое исследование (сочетание В-режима и цветового доплеровского картирования). В сомнительных случаях выполняется пункционная биопсия под контролем УЗИ. На основании полученных данных проводится дифференциальная диагностика узловых образований. Весь перечень исследований выполняется одним специалистом — рентгенологом-маммологом, что позволяет провести исчерпывающее, полноценное обследование пациентки, и в максимально короткие сроки поставить точный диагноз. Эффективность данной методики доказывает тот факт, что в последние годы отмечается повышение выявляемости злокачественных новообразований молочных желез на ранних стадиях и снижение доли запущенных случаев.

Вывод. Комплексное маммологическое обследование (сочетание методов клинического осмотра, рентгенологического, ультразвукового) является эффективным методом в раннем выявлении и дифференциальной диагностике узловых образований молочных желез у женщин в разные возрастные периоды, и, по возможности, должно выполняться одним специалистом.

Е.С.Белозёрова*
**РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ИНОРОДНЫХ ТЕЛ
БРОНХОВ У ДЕТЕЙ**

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. В.Я.Лантев.*

Актуальность: аспирации инородных тел в дыхательные пути содействует порочная привычка детей держать во рту мелкие предметы. Большинство случаев данной патологии возникает у детей младше 15 лет, чаще у 1-3-летних пациентов. Маленькие дети более склонны к вдыханию инородных тел в дыхательные пути, в следствие анатомо-физиологических особенностей. 80–90% всех инородных тел дыхательных путей застревают в бронхах. Для диагностики большое значение имеет рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Цель: изучить структуру патологических изменений на обзорных рентгенограммах органов грудной клетки у детей с инородными телами бронхов.

Материалы и методы. На базе ГНОКБ проведен ретроспективный анализ данных обзорных рентгенограмм а также трахеобронхоскопий (ТБС) детей с диагнозом: «инородное тело бронхов» (ИТБ) за период 2011г. Оценке подлежали структура рентгенологических симптомов заболевания, осложнений данного патологического состояния, сроки постановки диагноза, а также определение локализации инородных тел по средствам рентгенографии и ТБС.

Результаты. За период 2011 г. было сделано 23 обзорных исследований органов грудной клетки и 18 ТБС у детей с ИТБ. Структура рентгенологических данных инородного тела бронхов: в 65% случаев рентгенологически было выставлено заключение нарушения бронхиальной проходимости за счет инородного тела бронхов, а в 35% не было четкой рентгенологической симптоматики. Определялись следующие рентгенологические симптомы: вздутие легочной ткани — 33%; в 44% наблюдалось сочетание симптомов: по 22% пришлось на комплекс: вздутие + обогащение рисунка + смещение срединной тени и комплекс: снижение прозрачности легочной ткани (ателектаз) + смещение средостения. В 22% определялось инородное тело бронхов металлической плотности. В 85% случаев инородные тела бронхов являлись не рентгеноконтрастными. Был проведен анализ своевременности постановки правильного диагноза и развитие осложнений заболевания. Своевременно выставлен диагноз в 64% случаев, а в 36% наблюдалась поздняя диагностика заболевания. Проведена оценка осложнений ИТБ у детей. 65% пациентов с осложнением основного за-

болевания и 35% без осложнений. Все осложнения были ранними, из них на долю ателектаза легкого приходится 12%, 88% — на бронхит (в 37% это катарально-гнойный бронхит, 63% — катаральный). Также проведен анализ локализации инородного тела бронхов. На рентгенограммах ОГК точно локализовать инородное тело крайне затруднительно, в связи с чем были изучены данные ТБС: локализация ИТ в правом и левом бронхиальном дереве встречалась с одинаковой частотой.

Выводы. Врачи чаще всего сталкиваются с вентильной и частичной закупоркой бронхов. Поскольку в большинстве случаев ИТ не рентгеноконтрастны, врачи должны тщательно изучать данные рентгенограмм и всегда помнить о возможности аспирации ребенком инородного тела, особенно при развитии хронических воспалительных заболеваний легких с вялым и длительным течением, частыми рецидивами и резистентных к антибактериальным препаратам. У детей оба бронха с одинаковой вероятностью могут подвергаться обструкции. Ранняя диагностика ИТБ у детей сводит к минимуму развитие осложнений.

Ф.В. Журавков*

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ТИПОВ АТРЕЗИЙ ПИЩЕВОДА

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: зав. рентгеноотделением МБУЗ ДГКБ №1

А.В. Малахов, к.м.н., врач-рентгенолог отделения рентгеновской компьютерной томографии ННИИ патологии кровообращения

и.м. ак. Е. Н. Мешалкина М. Е. Амелин

Актуальность исследования. Атрезия пищевода — это тяжелый порок развития, возникающий на ранних этапах развития в эмбриогенезе, с частотой встречаемости, 1 случай на 3000–4000 новорожденных. Наиболее часто встречающийся тип атрезии (до 90–95% случаев по данным литературы), первый, при котором проксимальный конец пищевода заканчивается слепом, а дистальный отдел сообщается с трахеей (1 тип) и основным осложнением здесь является пневмония в результате заброса желудочного содержимого из пищевода. Также встречаются типы, когда проксимальный и дистальные концы пищевода связаны с трахеей, с помощью свищей (тип 2), когда концы пищевода не связаны с трахеей свищами (тип 3) и др. Наиболее информативным в диагностике данного порока и его типов, является рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием.

Цели. Сопоставление данных полученных в ходе рентгенологического исследования с контрастированием пищевода с данными полученными при оперативном лечении.

Материалы и методы. На базе Новосибирской Детской городской клинической больницы №1, было ретроградно обработано 6 историй болезней новорожденных детей поступивших за 2011 г. с предварительным диагнозом «атрезия пищевода». Был проведен анализ рентгенограмм у этих пациентов и сопоставление рентгенологических находок (типа атрезии) с операционными.

Результаты. По данным рентгенологического исследования пищевода с контрастированием: у 5 новорожденных детей был выявлен 1 тип атрезии пищевода, у одного ребенка имелся 3 тип, что было подтверждено в ходе оперативного вмешательства. Также в ходе анализа истории болезни у ребенка с 3 типом атрезии был выявлен сочетанный порока развития в виде стеноза двенадцатиперстной кишки (что подтвердилось рентгенологически), РДС синдрома, с последующим развитием пневмонии. У всех новорожденных с 1 типом также была выявлена очаговая пневмония, преимущественно внутрибольничная, подтвержденная данными клиническими данными и результатами рентгендиагностики.

Вывод. Рентгеновское исследование с контрастированием пищевода является методом выбора при определении типа атрезии пищевода у детей раннего возраста.

Ф.В. Журавков

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРЕДНЕГО АТЛАНТО-ОКЦИПИТАЛЬНОГО ВЫВИХА (ДИСЛОКАЦИИ)

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: зав. рентген отделением МБУЗ ДГКБ №1
А. В. Малахов, к.м.н. Врач рентгенолог отделения рентгеновской
компьютерной томографии ННИИ патологии кровообращения
им. ак. Е. Н. Мешалкина М. Е. Амелин*

Данные литературы: атланто-окципитальные дислокации (вывихи) — редкий вид повреждения, практически всегда заканчивающийся фатально. Травма характеризуется смещением атланта по отношению к мыщелкам затылочной кости. Вывих может быть односторонним и двусторонним. Двусторонний вывих сопровождается полным разрушением связочного аппарата, суставных капсул атланто-окципитального сустава (АОС). По данным Levine и Edwards (1985) из всех наблюдаемых больных только

один больной выжил с таким видом повреждения. В зависимости от направления смещения атланта по отношению к С2 вывихи принято подразделять на передние, задние, боковые.

Как крайнее проявление атлanto-окципитальной дислокации выделяется разрыв атлanto-окципитального сочленения. Механизм травмы обусловлен резким запрокидыванием головы кзади. При этом разрывается весь связочный аппарат, соединяющий затылочную кость и С1 позвонок. Травма всегда заканчивается почти летально, в описываемом случае пациент с подобной травмой остался жив.

Из анамнеза: В октябре 2006 г. в Новосибирске произошло ДТП, ребенок 3 лет находился в салоне машины на переднем сидении, без ремня безопасности (произошло резкое сгибание и переразгибание головы, с ударом головы об подушку безопасности и спинку сидения). Пациент был доставлен в МУЗ ДГКБ СМП №3, с предварительным диагнозом ушиб головного и спинного мозга на верхнешейном уровне, тетраплегия, парез дыхательной мускулатуры. После ребенок был переведен на базу Новосибирской Детской городской клинической больницы №1, где по данным рентгенограммы в боковой проекции наблюдалось смещение головы в АОС кпереди на 1,5 см, увеличение объема преverteбральных мягких тканей на уровне С2-С3, видимых костных — деструктивных изменений не выявлено. По данным рентгенограммы был поставлен предварительный диагноз: подозрение передний вывих в АОС. Для уточнения характера повреждений АОС и для определения дальнейшей тактики лечения требовалось проведение МСКТ и МРТ на базе НИИТО.

Позже пациенту на базе НИИТО было проведено МСКТ и МРТ исследования позволившие подтвердить имеющийся диагноз. По данным МРТ, учитывая данные МСКТ было выявлено: разрыв передней и задней атлanto-окципитальной мембраны, с формированием ликворного затека в преverteбральном пространстве, смещение черепа кпереди (т.н. «вывих головы»); разрыв продольного пучка крестообразной связки зуба С2. Передний подвывих головы, истончение и деформация спинного мозга на уровне кра니оverteбрального перехода с формированием постконтузионной кисты.

Пациенту в последующем было проведено оперативное лечение в ходе, которого в верхнее-шейном отделе была установлена металлоконструкция для фиксации атлanto-окципитального сустава и шейного отдела позвоночника, также было проведено оперативное вмешательство по установке электростимулятора диафрагмального нерва и вентрикулоперитонеального шунта (ВПШ), Операции прошли успешно, но к сожалению, ребенок по-прежнему не мог дышать самостоятельно дольше 2 часов в сутки. Ему была поставлена трахеостома и он был подключен к аппарату искусственного дыхания в режиме дыхательной поддержки, с постепенным улучшением состояния. В последующем пациент был выписан.

И. В. Гулиева
**ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ
В ВЫЯВЛЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА**

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии, Новосибирский
государственный медицинский университет, МУЗ ГКБ №1
Научный руководитель: д.м.н., профессор А. Б. Егоров*

Актуальность. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (ДДЗП) принадлежат к числу самых распространённых хронических заболеваний человека. Особую социальную значимость приобретают в связи с тем, что наиболее часто они встречаются у лиц трудоспособного возраста. Хронический, рецидивирующий характер заболевания с тенденцией к прогрессированию, нередко приводящий к инвалидности больных, наблюдающееся во всём мире нарастание частоты и «омоложение» данной патологии, недостаточная эффективность существующих ныне методов диагностики и лечения ДДЗП ставят решение данных проблем в один ряд с самыми важными задачами современной медицинской науки и практики. Проблема диагностики заболеваний позвоночника на протяжении последних десятилетий, по-прежнему, сохраняет свою актуальность.

Целью научной работы является проведение литературного обзора для изучения информативности существующих в данное время методов диагностики, таких как рентгенодиагностика, (КТ), МРТ, миелограмма. Отразить возможности и тенденцию каждого из методов в выявлении того или иного дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника. 1) Рентгенография позвоночника (в основном для диагностики остеохондроза) предполагает исследование костных структур. Но увидеть состояние мягких тканей (связки, мышцы, диски и другие) на рентгенограмме невозможно; 2) Магнитно-резонансная томография позвоночника, в отличие от рентгенографии позвоночника, является методом диагностики патологических изменений мягких тканей (нервные структуры, связки, мышцы). МРТ исследование также позволяет обнаружить такие нарушения в организме, как дегенеративные изменения в межпозвонковых дисках, гипертрофия фасеточных суставов, стеноз позвоночного канала, грыжа диска и другие; 3) С помощью компьютерной томографии исследуются и костные структуры, и мягкие ткани, но для диагностики патологий костной ткани (остеофиты, гипертрофия фасеточных суставов) КТ более информативна; 4) Миелограмма позвоночника чаще всего используется для диагностики патологии позвоночного канала и спинного мозга.

Выводы. Проблема предупреждения развития дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и своевременной диагностики становится все более актуальной. Для оценки выраженности дегенеративных изменений позвоночника применяется рентгенологический метод, а для выявления патологических изменений в мягких тканях применяются МРТ и КТ.

МОРФОЛОГИЯ

Ю. А. Пименова
**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В
ПЕЧЕНИ И ОРГАНАХ ЛИМФОИДНОЙ СИСТЕМЫ
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТАФИЛОКОККОВОМ
ПЕРИТОНИТЕ**

*Кафедра патологической анатомии, кафедра микробиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет*

*Научные руководители: д.м.н., проф. Т. А. Агеева,
д.м.н., проф. А. Н. Евстропов*

Актуальность. Известно, что вероятность распространения и течения инфекции во многом зависит от того, как функционируют иммунокомпетентные органы организма. Печень, селезенка и лимфатические узлы являются мощным антибактериальным и антитоксическим барьером, который обеспечивает иммунный контроль органов и систем организма. Изучение морфофункциональных характеристик указанных органов при экспериментальном перитоните позволит более детально охарактеризовать механизмы, приводящие к элиминации или накоплению инфекционного агента в брюшной полости.

Цель исследования. Изучить структурные преобразования в мезентериальных лимфатических узлах, селезенке и печени в динамике элиминации *S. aureus* при экспериментальном перитоните.

Материалы и методы исследования. Экспериментальное исследование выполнено на 160 самцах крыс породы Wistar с массой тела 180–200 г. Животным опытной группы внутрибрюшинно под эфирным наркозом вводили суточную культуру *S. aureus*. Через 3, 6, 12 ч, 1, 2, 3, 7, 9, 14 суток животных выводили из эксперимента, забирали печень, мезентеральные лимфатические узлы, селезенку. Проводили бактериологическое, гистологическое и морфометрическое исследование. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ Excel. Достоверность отличий сравниваемых величин определяли с использованием t-критерия Стьюдента и считали ее значимой при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Бактериологическое исследование выявило различную реакцию животных опытной группы на введенный микробный агент: так характерным для животных 1-й подгруппы было более высокое содержание микроба и длительное нахождение в органах, у животных 2-й подгруппы концентрация *S. aureus* была максимальной только в селезенке, в печени и лимфатических узлах была существенно меньше. Элиминация стафилококка из органов животных 2 подгруппы осуществлялась быстрее. В ходе изучения печени, было установлено, что у животных анализируемых подгрупп различалась скорость развития воспалительной клеточной реакции. У животных 2 подгруппы уже через 3 часа после заражения *S. aureus* в воспалительную реакцию активно включались нейтрофилы, плазматические клетки, лимфоциты, тогда как у животных 1 подгруппы через 3 часа численная плотность этих клеток была меньшей.

Интенсивность изменений и вовлеченность структурно — функциональных зон мезентериальных лимфатических узлов также отличалась в двух подгруппах. По мере быстрого нарастания числа и размеров лимфоидных фолликулов у животных 2 подгруппы наблюдалась санация лимфатических узлов, и микроб уже через сутки не высевался. У животных 1 подгруппы структурные преобразования зон лимфатического узла сохранялись дольше, и они были менее выраженными, нежели в лимфоузлах животных 2 подгруппы.

Морфологическое исследование селезенки обеих подгрупп установило, что структурные изменения имели более выраженный характер у животных 2 подгруппы, что проявлялось в гиперплазии белой пульпы за счет увеличения числа и размеров лимфоидных фолликулов со светлыми центрами и без них.

Заключение. В условиях инфицирования брюшной полости *S. aureus* возникшая разница в динамике структурных преобразований в органах животных двух подгрупп является отражением разной интенсивности и, соответственно, эффективности иммунных реакций, что и определило особенности персистенции и скорость элиминации микроба из органов.

А. М. Ляшенко, Д.Н. Мерекин, Е.А.Оленев
**ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА
ЛИМФОДРЕНАЖ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Кафедра анатомии человека,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ст. преподаватель Н. А. Шурина*

Актуальность. В настоящее время остается актуальным изучение лимфатического региона головного мозга. Согласно концепции академика

Ю. И. Бородина, к лимфатическому региону относятся прелимфатики, лимфатические сосуды и лимфатические узлы.

Общеизвестным является факт влияния различных групп препаратов на выведение тканевой жидкости из интерстициального пространства (интерстициума) нервной ткани. Исходя из этого факта возможно осуществление влияния на объём интерстициальной жидкости при патологических состояниях, характеризующихся изменением внутричерепного давления.

Целью исследования было выявить влияние лекарственных препаратов на отток ликвора при воздействии на сосудистое звено лимфатического региона головного мозга.

Материал и методы. В эксперименте использовались белые крысы весом 300–350 грамм. Животные были разделены на 3 группы (по 7 крыс в каждой). Во всех группах животным под эфирным наркозом в теменной отдел головного мозга вводили 0,2 мл взвеси черной туши на растворе Рингера на глубину 0,4 см. 1 группа оставалась контрольной. За 10 минут перед введением маркера в головной мозг, животным 2 и 3 групп на слизистую носа наносился 0,25% раствор новокаина или 0,1% раствор дексаметазона соответственно, рассчитанные на 1 кг веса животного.

При исследовании учитывалось время и интенсивность наполнения глубоких и поверхностных шейных лимфатических узлов. Животных выводили из эксперимента через 15 минут передозировкой эфира.

Результаты исследования. В ходе эксперимента у животных контрольной группы наблюдалось появление туши в глубоких шейных лимфатических узлах через 4 минут после ее введения в головной мозг, а в поверхностных лимфатических узлах — через 6 минут.

При использовании новокаина (2 группа) глубокие шейные лимфатические узлы начинали наполняться тушью уже через 1 минуту после ее введения в головной мозг, а поверхностные через 3 минуты.

Под действием с дексаметазона (3 группа), глубокие шейные лимфоузлы начинали наливать тушью только через 5 минут после введения ее в головной мозг. Окраска поверхностных лимфатических узлов не наблюдалась у всех животных этой группы.

Заключение. На основании полученных результатов можно заключить, что при эндоназальном применении 0,5% раствор новокаина усиливает, а 0,1% раствор дексаметазона замедляет отток ликвора в лимфатическую систему.

Д.Н. Мерекин, А.М. Ляшенко, Е.А. Оленев
**ОСОБЕННОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ НА ТКАНЕВОЕ ЗВЕНО ЛИМФАТИЧЕСКОГО
РЕГИОНА ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Кафедра анатомии человека,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ст. 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 отток ликвора в лимфатическую систему.

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 не-

рвов, формирующих плечевое сплетение. Меньше всего наблюдалось окрашивание лимфатических узлов и спинномозговых нервов в условиях при-
менения туши на лимфотропной смеси.

Заключение. На основании полученных результатов можно заключить, что раствор Рингера лучше всего способствует выведению ликвора из вещества головного мозга в лимфатическую систему.

Для исследования лимфатического региона головного мозга в качестве маркера лимфатических путей целесообразно использовать тушь на растворе Рингера.

А. Ю. Александрова, О. В. Арефьева
**РОЛЬ МАКРОФАГОВ ВНЕЗАРОДИШЕВЫХ ОРГАНОВ В
ФОРМООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ В ПЕРВОМ
ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.б.н., доцент Н. Н. Дубинина*

В настоящее время принято считать, что макрофаги выполняют чрезвычайно разнообразные функции, которые далеко превышают первоначальные представления об этих клетках как только фагоцитах. Их роль в удалении собственных тканевых остатков и поврежденных клеток хорошо изучена в отношении дефинитивных органов. Что же касается системы провизорных органов, то особенности возникновения макрофагов и их роль в этой системе остаются вопросами, изученными недостаточно.

Цель исследования — изучить роль макрофагов внезародышевых органов в первом триместре при нормально протекающей и замершей беременности у человека.

Материалы и методы исследования. Исследовали абортивный материал (ворсинчатый хорион и желточный мешок), полученный во 2-ой гинекологической больнице г. Новосибирска, от 47 женщин с нормально протекающей и 12 — с замершей беременностью на 6–12 неделях эмбрионального развития. На парафиновых срезах, окрашенных гематоксилином и эозином, в терминальных ворсинах хориона оценивали состояние соединительной ткани, кровеносных сосудов. Долю плацентарных макрофагов (клеток Кашенко-Гофбауэра) подсчитывали при конечном увеличении $\times 600$, вычисляли среднее с его ошибкой. Макрофаги желточного мешка выявляли при помощи моноклональных антител маркеров мембран лизосом CD 64.

Результаты и их обсуждение. В стенке желточного мешка макрофаги дифференцировали интраваскулярно уже на 6 неделе беременности. Под электронным микроскопом в цитоплазме клеток выявляли многочисленные вторичные лизосомы, содержащие фрагменты ядер эмбриональных эритро-

цитов. Дифференцировка макрофагов желточного мешка протекала ускоренно, без участия моноцитов.

В строме хориальных ворсинок при нормально развивающейся беременности плацентарные макрофаги дифференцировались на 5 неделе развития, были распределены диффузно и характеризовались округлой или овальной формой, чаще эксцентрично расположенным ядром, слабо базофильной, ячеистой цитоплазмой. С 6 по 12 недели зафиксировано достоверное увеличение процентного содержания клеток Кашенко-Гофбауэра среди стромальных компонентов.

При неразвивающейся беременности отмечали гиперплазию плацентарных макрофагов, которые затем частично вакуолизировались и погибали. Сами макрофаги располагались преимущественно на периферии ворсин под трофобластом. В ряде случаев обнаруживали раннюю структурную редукцию плацентарных макрофагов, которая протекала синхронно с повреждением других компонентов ворсин.

Выводы. Макрофаги внезародышевых органов играют важную роль в формообразовательных процессах во время беременности. В частности, они обеспечивают структурную перестройку органов, связанную либо с прекращением ряда выполняемых ими функций, либо развитием в них компенсаторных процессов в ответ на действие повреждающих факторов.

А. Ю. Алексеев, Д. Н. Трошин
**АКОНИТ ДЖУНГАРСКИЙ – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК
ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ И ПРОТИВОМЕТАСТАТИЧЕСКИХ
ПРЕПАРАТОВ**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А. П. Надеев*

Актуальность исследования. 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 на сегодняшний день. Перспективным растением является аконит джунгарский (*A. soongaricum* Stapf.), настойка которого применяется в медицине в качестве противоопухолевого и антиметастатического средства при злокачественных новообразованиях.

Цель исследования. Получение сведений об использовании аконита джунгарского в качестве противоопухолевого и антиметастатического средства при злокачественных новообразованиях.

Материалы и методы исследования. Основным методом исследования являлся обзор и анализ данных литературы.

Результаты исследования. В XX веке (до 1974 г.) аконит применялся в практической медицине в виде 0,05% настойки как противовоспалительное, противораковое и болеутоляющее средство. Но из-за сильной токсичности с частыми летальными отравлениями и отсутствием надежного противоядия аконит в настоящее время в официальной медицине не применяется и исключен из Государственной Фармакопеи XI издания.

Аконит содержит алкалоиды, конденсированные дубильные вещества, кумарины, пектины, аминокислоты, флавоноиды, микроэлементы (свыше 20 элементов) и другие биологически активные соединения.

Традиционная медицина многих народов Сибири, Китая, Средней Азии широко и очень давно использует препараты, полученные из аконита для лечения опухолевых заболеваний. В гомеопатии аконит остается одним из ведущих лекарственных растений как препарат при проведении лечения хронического болевого синдрома у онкологических больных IV клинической группы.

В экспериментальной медицине аконит джунгарский показывает неплохие результаты на животных, но полноценных исследований не проводилось. Достоверно известно, что родственный акониту джунгарскому аконит байкальский (*Aconitum baicalense* Turcz. ex Rapaics) имеющий сходный химический состав, оказывают умеренное противоопухолевое действие и достаточного высокого противометастатический эффект.

Выводы: 1. Аконит джунгарский является перспективным растением для проведения экспериментального изучения его противоопухолевой и противометастатической активности и более детального изучения основных групп биологически активных веществ.

2. Аконит джунгарский представляет интерес для разработки безопасного и эффективного лекарственного препарата для лечения онкологических больных.

Н. С. Апраксина, Н. А. Михеева

ВЛИЯНИЕ ВИБРАЦИИ НА РАЗВИТИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

*Кафедра патологической анатомии, анатомии человека,
стоматологии детского возраста,*

Новосибирский государственный медицинский университет

*Научные руководители: к.м.н, доц. Т.Г.Чернова, д. м. н.,
проф. С. В. Залавина, к. м. н., доц. Е. Ю. Апраксина*

Актуальность проблемы. Вибрация является одним из распространенных неблагоприятных факторов, в условиях которого трудится и живет множество людей. Состояние органов полости рта служит информативной

зоной для диагностики различных патологических процессов и заболеваний, обусловленных действием профессиональных факторов, в том числе и производственной вибрации.

Материалы и методы. Объектом исследования явились лабораторные крысы линии Wistar (самки) с исходной массой тела 180-200 гр. Вибровоздействие в ходе беременности осуществляли с учетом критических периодов на вибростенде, моделирующим вибрацию категории 3 А (общая технологическая). Распределялись животные по 6 группам. Исследование проводилось на светооптическом и электронномикроскопическом уровнях по стандартной методике.

Результаты исследования. При морфометрии околоушной слюнной железы беременных самок опытной группы выявлено уменьшение показателей сосудистого компонента почти в 2 раза, площади паренхиматозных структур и достоверное увеличение стромальных компонентов на 86 % по сравнению с контролем, а также уменьшение площади вставочных протоков и достоверный рост площади просвета исчерченных протоков более чем в 2 раза.

Цитологическое исследование показало изменения в ядрах клеток исчерченных протоков, в цитоплазме ацинарных клеток и клеток стенок исчерченных протоков. При электронной микроскопии выявлены сладжированные эритроциты в капиллярах железы, в межклеточных пространствах прослеживаются фибробласты с признаками усиленного синтеза белков внеклеточного матрикса, а так же скопление иммунокомпетентных клеток, деструктивные процессы в экзокриноцитах.

Анализ морфометрических данных слюнной железы плодов опытной группы, показал уменьшение показателей сосудистого компонента на 29 %, уменьшение относительной площади протоков железы. Прослеживается резкое сужение просветов протоков околоушной слюнной железы, запустевание кровеносных сосудов.

Морфометрия околоушной слюнной железы потомства опытной группы продемонстрировала уменьшение показателей сосудистого компонента железы более чем на 50 %, уменьшение площади паренхиматозных структур и достоверное увеличение стромальных на 75 %. При изучении системы протоков желез наблюдается достоверное уменьшение площади просветов вставочных и исчерченных протоков и рост площади просвета междольковых протоков. Обнаружено изменение форм ядер сероцитов, клеток стенок исчерченных протоков.

При ультрамикроскопическом исследовании выявлено увеличение количества пучков коллагеновых волокон в интерстициальных и периваскулярных пространствах, увеличение количества тучных клеток, везикуляция и разрушение цистерн гранулярного эндоплазматического ретикулама, переполнение цитоплазмы клеток гетерогенными по величине и электронной плотности секреторными гранулами.

М.С. Аринова, А.А. Выродова, О.Б. Жукова,
Е.В. Семиненко

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ПРИЧИНА СМЕРТИ

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Г. Чернова*

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) — наиболее частая форма неотложных состояний, являющаяся одной из самых серьезных медико-социальных проблем современности. Вопрос смертности от ОНМК становится более актуальным с каждым годом. К острым нарушениям мозгового кровообращения относятся:

- ишемический инсульт;
- кровоизлияние в мозг;
- субарахноидальное кровоизлияние.

Кроме того, могут иметь место субарахноидально-паренхиматозные кровоизлияния, «смешанный инсульт» (одновременное формирование ишемических и геморрагических очагов в мозге) и геморрагический инфаркт (пропитывание кровью зоны инфаркта). Все перечисленные формы ОНМК принято объединять термином «инсульт» (от латинского *insulto* — удар). По определению ВОЗ — «инсульт — быстро развивающееся фокальное или глобальное нарушение функций мозга, длящееся более 24 ч или приводящее к смерти, при исключении иного генеза заболевания».

Цели нашего исследования: собрать статистические данные о смертности от ОНМК, проанализировать структуру смертности от острых нарушений мозгового кровообращения за период 2008–2011 гг., проследить зависимость вида ОНМК от различных параметров.

Работа проводилась на основании данных, полученных при изучении документации, гистологических препаратов, макропрепаратов на базе ГКБ № 1.

В результате нашего исследования было выявлено, что в последнее время количество инсультов, приведших к смерти, увеличилось, в особенности отмечается рост ишемических инсультов, участились случаи «ранних» инсультов (в возрасте до 40 лет); кроме того, имело значение наличие фоновых заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, различного рода пневмонии и др.), которые в сочетании с расстройствами кровообращения приводили к летальному исходу.

Таким образом, в течение исследованного нами срока отмечается значительное омоложение различных форм расстройств кровообращения, что согласуется с данными научной литературы.

Д.А. Белова, Е.И.Литовченко, К.Ю.Плющёва
**САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ
В МБУЗ ГКБ № 1 Г. НОВОСИБИРСКА ПРИ
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент М. А. Козяев*

Актуальность исследования. Известно, что сахарный диабет (СД) представляет собой один из ведущих независимых факторов риска развития цереброваскулярных болезней (ЦВБ) и ишемической болезни сердца (ИБС). У больных сахарным диабетом ИБС диагностируется в 2–4 раза чаще, чем у людей того же возраста без диабета. СД повышает риск развития ИБС у мужчин на 66%, у женщин — на 203 %. У больных СД старше 65 лет инсульт является вторым по частоте встречаемости осложнением заболевания (после ИБС). Заболеваемость инсультом у мужчин, болеющих СД, в 1,5–4 раза, а у женщин — в 2–6 раз выше, чем у лиц аналогичного возраста, не страдающих диабетом.

Цель исследования. Изучить роль сахарного диабета в структуре летальных исходов в МБУЗ ГКБ №1 г. Новосибирска при цереброваскулярных заболеваниях и ишемической болезни сердца по данным аутопсий, проведенных в 2009, 2010 и 2011 годах.

Материалы и методы. Были проанализированы 1623 протокола патологоанатомического исследования умерших больных. Исследовали следующие параметры: соотношение количества летальных исходов при сочетании ЦВБ и ИБС с сахарным диабетом к общему количеству летальных исходов при ЦВБ и ИБС, в том числе в возрастном аспекте и в зависимости от половой принадлежности.

Результаты исследования. Количество больных, страдавших СД и умерших от заболеваний сердечно-сосудистой системы, по нозологиям распределилось следующим образом: ХИБС — 21,2%, инфаркт миокарда — 17,3%, ишемический инсульт — 16,8%, геморрагический инсульт — 6,9%.

Анализируя частоту развития летальных исходов при сочетании ЦВБ и ИБС с сахарным диабетом в возрастном аспекте, получили следующие результаты.

Сочетание ишемического инсульта и СД в возрасте 40–50 лет наблюдали в 14,3% летальных исходов, 50–60 лет — в 22,6%, более 60 лет — в 15,7%.

В структуре летальности при геморрагическом инсульте СД наблюдали в возрасте 40–50 лет в 2,1% случаев, 50–60 лет — в 4,8%, более 60 лет — в 9,8%.

Сочетание инфаркта миокарда с СД: в возрасте 50–60 лет — 11,4%, более 60 лет — 18,6%. В возрасте 40–50 лет таковых больных не наблюдали.

ХИБС и СД: 40–50 лет — 14,3%, 50–60 лет — 10,5%, более 60 лет — 22%.

Частота развития летальных исходов при сочетании ЦВБ и ИБС с СД в зависимости от пола распределялась следующим образом. Ишемический инсульт: мужчины — 12,2%, женщины — 22,1%; геморрагический инсульт: мужчины — 5,3%, женщины — 12,1%; инфаркт миокарда: мужчины — 12,9%, женщины — 21,5%; ХИБС — мужчины — 15,5%, женщины — 25,2%.

Выводы.

1. Наиболее существенную роль СД имеет в патогенезе и структуре летальности хронических форм ишемической болезни сердца, наименьшую — при геморрагическом инсульте.

2. Наиболее высока роль СД в структуре летальных исходов в допензионном возрасте при ишемическом инсульте.

3. Частота развития летальных исходов при сочетании ЦВБ и ИБС с сахарным диабетом у женщин в 1,6–1,8 раза выше, чем у мужчин.

М. В. Бирюкова, Т. П. Скрипалёва* ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ ВИБРОВОЗДЕЙСТВИЯ

*Кафедра анатомии человека,
кафедра стоматологии детского возраста,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д. м. н., проф. С. В. Залавина,
к. м. н., доц. Е. Ю. Апраксина*

Актуальность проблемы. Научно-технический прогресс ведёт к интенсификации современного производства, к созданию новых видов технологических процессов, росту мощности оборудования, что сопровождается увеличением генерируемых уровней шума и вибрации. Вибрация постоянно сопутствует деятельности современного человека, поскольку её источником является большинство устройств, транспортных средств и бытовых аппаратов. В условиях вибровоздействия трудится и живет множество людей. Известно, что на фоне вибрации возрастает заболеваемость сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения и других систем организма. Необходимо отметить, что ряд признаков вибрационной патологии проявляется на органах полости рта задолго до развития её основных симптомов. В настоящее время доказано, что пато-

логия новорожденности, детства и даже всего периода жизни может быть обусловлена неблагоприятными воздействиями в период внутриутробного развития. В связи с этим возникает особый интерес к проблеме вибрационного влияния на развитие плода и здоровье потомства.

Целью данного исследования явилось изучение морфологических особенностей формирующихся челюстей плода в условиях вибровоздействия.

Материалы и методы. Объектом исследования явились плоды от лабораторных крыс Wistar (самки) с исходной массой тела 180–200 гр. Вибровоздействие в ходе беременности осуществлялось на вибростенде, моделирующим вибрацию категории 3 А (общая технологическая), время экспозиции 60 минут в период с 9 по 18 сутки беременности. На 20 сутки беременности животных выводили из опыта. Для исследования использовались: 1 гр. — плоды от интактной беременности, 2 гр. — плоды от беременности в условиях вибрации. Проводилось морфометрическое исследование челюстей 20-и дневных плодов на светооптическом уровне методом точечного счёта по общепринятой методике. Для морфометрии использовались срезы челюстей максимальной площади, выполненные во фронтальной плоскости.

Полученные результаты. При микроскопии челюстей 20-и дневных плодов хорошо видны формирующиеся костные балки, разделённые участками мезенхимы. В контрольной группе костные балки имеют равномерную ширину, ровные контуры и округлые очертания. В условиях вибрационного воздействия костные балки приобретают угловатые контуры, имеют участки сужения и расширения по ходу балок. Костные балки располагаются на меньшем расстоянии друг от друга. Обращает на себя внимание, что в условиях вибровоздействия общая площадь костных балок челюстей увеличивается на 11,7 % по сравнению с контрольным уровнем. Это сопровождается тенденцией к уменьшению площади участков мезенхимы разделяющей костные балки на 3 %, и увеличением относительной площади гемокапилляров на 6 %. Проведённые морфометрические исследования, по нашему мнению, свидетельствуют об ускорении темпов формирования костных структур челюстей.

На основе полученных результатов, есть все основания считать, что наблюдаемые изменения в морфологии формирующихся челюстей плода, являются отражением изменённого морфогенеза опорно-двигательного аппарата, возникающего под влиянием вибрационного воздействия. Выявленные отклонения являются тем морфофункциональным субстратом, который вызывает изменения в пренатальном онтогенезе зубочелюстных сегментов плода, и являются основой для формирования стоматологической патологии в постнатальный период жизни.

К.Е. Яценко
**ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор А.П. Надеев*

Актуальность. Опухоли центральной нервной системы (ЦНС) занимают одну из ведущих позиций среди сложно диагностируемых опухолей. Кроме того, у детей опухоли ЦНС занимают 1–2-е места, а у больных всех возрастов занимают с 3-е по 5-е места. Морфологическая диагностика опухолей ЦНС необходима для постановки точного диагноза, и в соответствии с ним выбора дальнейшего способа лечения, а так же прогноза выживаемости для больных.

Цель исследования: выявить наиболее часто встречающуюся опухоль ЦНС, определить средний возраст больных с опухолями ЦНС, показать значение иммуногистохимического метода в диагностике опухолей ЦНС.

Материалы и методы исследования: Проанализировано 160 патогистологических и иммуногистохимических результатов исследования опухолей ЦНС за 5 лет (с 2007 по 2011 года).

Результаты исследования. Из 160 ИГХ диагнозов большая часть приходится на доброкачественные астроцитарные опухоли и глиобластомы, 24,3% и 18,13% случаев, соответственно. Средний возраст больных доброкачественными астроцитарными опухолями составляет 37 лет для мужчин и женщин, в целом. Средний возраст больных злокачественными астроцитарными опухолями составляет 52,7 лет, что значительно превышает аналогичные данные при доброкачественных астроцитарных опухолях. При этом 96% астроцитарных опухолей были локализованы в больших полушариях головного мозга. При иммуногистохимическом исследовании наблюдается положительная реакция на следующие антигены: Vimentin — 87,5% случаев; GFAP — 100%; S-100 — 90%; NSE — 66,6% случаев.

Сложность для диагностики представляют метастазы опухолей из различных органов. В 11,25% случаев были выявлены метастазы недифференцированных раков в головной мозг и другие отделы ЦНС. Средний возраст больных с метастазами рака в отделах ЦНС составляет 52,8 года. Метастазы чаще всего поражали полушария коры головного мозга (48% от общего числа опухолевых поражений больших полушарий головного мозга). Так же, достаточно часто метастазы поражают мозжечок и спинной мозг (42,8% и 10% соответственно от общего числа поражений опухолями данных отделов). Иммуногистохимически метастазы имеют положительные реакции на следующие антигены: Vimentin — 50% случаев; PAN-cytokeratin — 61,1%; S100 — 16,6%; NSE — 66,6%.

Эмбриональных опухолей было выявлено 1,25%, средний возраст которых составляет 7 лет.

Вывод. Таким образом, существуют трудности диагностики и верификации новообразований в ЦНС, которые являются опасными для жизни при любой степени их злокачественности.

А.С. Виноградов, Д.М. Первойкин, Н.В. Самсонова
**СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ПОДВЗДОШНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ КРЫС ПРИ
ВОЗДЕЙСТВИИ МЕЛАТОНИНА**

Кафедра анатомии человека,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. В. Овсянко

На протяжении последних лет лекарственная терапия злокачественных новообразований переживает свое второе рождение. Рассматриваются возможности иммунотерапии в онкологической практике, которая способствует восстановлению иммунокомпетентности, повышает специфической противоопухолевой иммунитет, предупреждает иммунодепрессию (Кампова-Полевая Е. Б., Пароконная А. А., 1996). Это стало фундаментом для развития направления по поиску новых путей подавления опухолевого роста, названного биотерапией рака и призванного встать в будущем направлением, основанным на патогенетических методах лечения больных злокачественными новообразованиями. Эпифизарный гормон мелатонин в последние время вызывает большой интерес в изучении его механизма действия в качестве потенциального лечебного средства. По данным литературы, известно, что мелатонин обладает иммунотропными свойствами.

Цель настоящего исследования — изучить динамику морфологических изменений подвздошных лимфатических узлов на фоне применения мелатонина.

Материал и методы. Исследование проводили на 28 крысах самцах линии Вистар, массой 180–200 г. Животные были распределены на две группы. Первая группа — контрольная, интактные крысы (n=7). Вторая группа — животные, которым внутривенно в течение 14-и суток вводили мелатонин в дозе 0,3 мг/кг. Животных держали при фиксированном световом режиме (свет — темнота 12:12).

Изучали структурно-функциональные изменения подвздошного лимфатического узла (ПЛУ) в сроки на 3, 7 и 14 сутки после проведения процедуры. Морфометрический анализ данных изучали на фотографических снимках при помощи моторизованного микроскопа M200 (Zeiss) и камерой AxioCam HRc (Zeiss) с конечным увеличением $\times 630$. Подсчет осуществляли

с помощью компьютерной программы Axio Vision — Release 4.7.1. (Zeiss) и блоком автоматических измерений (Auto measure). Определяли площади основных компонентов узла: общую площадь лимфатического узла, площадь краевого синуса, капсулы, коркового и мозгового вещества, лимфоидных узелков с герминативными центрами и без них, паракортикальной зоны, межфолликулярной зоны, коркового плато, подкапсулярной зоны, мозговых тяжей и мозговых синусов. Измеряли и рассчитывали отношение абсолютной площади коркового и мозгового вещества (К/М индекс). Результаты исследования. На фоне введения мелатонина на протяжении всего срока эксперимента возрастал показатель общей площади ПЛУ, в большей мере за счет показателя коркового вещества по сравнению с интактным уровнем. При этом резко возрастали показатели площади лимфоидных узелков без герминативных центров (в 3,0; 2,14 и 4,7 раза, соответственно) по сравнению с показателями интактных крыс. Показатели площади лимфоидных узелков с герминативными центрами на 3 сутки не имели достоверных изменений по сравнению с контролем, однако в дальнейшем данный показатель также резко возрастал (в 3,5 и 2,7 раза соответственно). Показатели площади паракортикальной зоны также возрастали, однако, на 3-и и 14-е сутки они имели только тенденцию к увеличению, в то время как на 7-е сутки они имели достоверные различия по сравнению с интактным уровнем. В мозговом веществе на протяжении всего срока эксперимента возрастал показатель площади мозговых тяжей по сравнению с интактными показателями. К/М индекс на протяжении всего срока эксперимента либо не имел достоверных различий, либо незначительно превышал (на 7-е сутки) соответствующий показатель у интактных животных, тип лимфоузла был компактным.

Выводы. Таким образом, выявленные однотипные изменения морфометрических показателей В- и Т-зависимых зон подвздошных лимфатических узлов, могут косвенно свидетельствовать об активации клеточного и гуморального иммунитета, что подтверждает иммуномодулирующие свойства мелатонина.

А.И. Глебашев*
**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: академик РАМН, д.м.н.,
профессор В.А. Шкуруний, д.м.н., проф. А. П. Надеев*

Актуальность исследования. Одной из ведущих проблем онкологии является рак молочной железы. На территории Российской Федерации и стран

СНГ в 2006 г. зарегистрировано 50 292 впервые выявленных случая рака этой локализации у женщин, летальность составляет 17,1% (22 679 человек) и занимает первое место среди причин смерти женщин в возрасте 40–69 лет. В регионах Сибири и Дальнего Востока показатели смертности составляют — 16,4% [Чиссов В.И. и др., 2008]. Одним из самых распространенных предраковых состояний молочной железы принято считать пролиферативную мастопатию, встречающаяся у 20–60% женщин, чаще в возрасте 30–50 лет [Летягин В. П., 2012].

Цель исследования. Исследовать частотные характеристики гистологических вариантов протокового рака молочной железы и пролиферативной мастопатии.

Материалы и методы. Исследовали 126 случаев опухолевых образований молочной железы, средний возраст $47,6 \pm 11,3$ 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 47 (37,3%), средний возраст женщин $49,9 \pm 11,2$ лет.

T2 — Опухоль до 5 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью железы — группа включала 50 женщин (39,6%), средний возраст женщин $36 \pm 7,4$ лет.

T3 — Опухоль более 5 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью железы — группа включала 7 женщин (5,5%), средний возраст женщин $38 \pm 5,7$ лет.

T4 — опухоль любого размера, распространяющаяся за пределы железы на грудную клетку или кожу — группа включала 1 женщину (0,7%), средний возраст в данной группе был 58 лет.

Tx — данных о размере опухоли не имеется — группа включала 21 женщину.

Нами были выявлены несколько гистологических вариантов новообразований молочной железы:

I группа — инфильтрирующий протоковый рак, который встречался в 92 случаях (73%),

II группа — инфильтрирующий дольковый рак, данный гистологический вид был выявлен в 11 случаях (8,7%),

III группа — фиброаденоматоз, наблюдался в 18 случаях (14,3%),

IV группа — фиброзно-кистозная болезнь была выявлена в 5 случаях (4%).

В группе женщин, по гистологическому типу преобладают смешанные формы строения рака (железисто-солидный, железисто-тубулярный) — 59,8%, аденокарцинома составляет 28,5%, солидный рак и рак-скирр составляют 11,7%.

Выводы:

1. По размеру опухолевого узла среди вариантов рака, лидирующую позицию занимает группа с размерами опухолевого узла до 5 см и составляет 39,6%.
2. В гистологической структуре опухолевых заболеваний молочной железы преобладает инфильтрирующий протоковый рак и составляет 73%.
3. По гистологическому строению опухолевых образований ведущее место занимают смешанные варианты строения рака молочной железы и составляют 59,8%.

А. И. Глебашев*

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ ПОЛОВЫХ ГОМОНОВ ПРИ РАКЕ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра патологической анатомии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: академик РАМН, д.м.н.,

профессор В. А. Шкурупий, д.м.н., проф. А. П. Надеев

Актуальность исследования. Ежегодно в мире регистрируется 1,2 миллиона первичных случаев онкологических заболеваний и прогнозируется их неуклонный рост к 2015 году до 1,7 миллионов. Открытие специфических рецепторов эстрогенов, прогестеронов и Her-2/neu в злокачественных опухолях молочной железы позволило подойти к пониманию механизма действия различных видов эндокринной терапии и использовать определение их уровня для выявления чувствительности опухоли к данному виду лечения [Thomas P., 2005].

Цель исследования. Исследовать частотную характеристику экспрессии рецепторов половых гормонов в структуре рака и опухолеподобных заболеваний молочной железы.

Материалы и методы. Гистологическим и иммуногистохимическим методом исследовано 126 случаев новообразований молочной железы, которые были подразделены на 4 группы, в зависимости от гистологического варианта опухолевого образования: инфильтрирующий протоковый рак, инфильтрирующий дольковый рак, фибroadеноматоз, а также фиброзно-кистозная болезнь.

Результаты исследования. В выделенных группах проводилось определение рецепторного статуса половых гормонов.

В первую группу входило 92 женщины с инфильтрирующим протоковым раком, средний возраст которых составил 48.62 ± 3.4 лет. Экспрессия рецепторов к прогестерону составила $53 \pm 38,4\%$ и $106 \pm 40,5$ балла, к эстрогену $43 \pm 47,6\%$ и $92 \pm 74,3$ балла, экспрессия рецепторов к Her-2/neu была под-

разделена дополнительно на 4 группы в соответствии с принятой классификацией [Denoix P., 1952], и представлена следующим образом: Her-2\neu (–) 67%, (+) 4%, (++) 3%, (+++) 26%. Во вторую группу вошло 11 женщин с инфильтрирующим дольковым раком, средний возраст их составил $50,18 \pm 5,2$ лет. В данной группе экспрессия рецепторов к прогестерону составила $57 \pm 28,5\%$ и $102 \pm 43,2$ балла, к эстрогену $74 \pm 35,7\%$ и $140 \pm 57,6$ баллов, экспрессия рецепторов к Her-2\neu присутствовала только в двух вариантах и была следующей: Her-2\neu (–) 90%, (+++) 10%

В третью группу вошло 18 женщин с фиброаденоматозом, средний их возраст составил $57,2 \pm 1,6$ лет. Экспрессия рецепторов к прогестерону составила $60,7 \pm 34,5\%$ и $110 \pm 57,7$ балла, к эстрогену $10,4 \pm 14,3\%$ и $27,6 \pm 20,5$ балла, экспрессия рецепторов к Her-2\neu так же была подразделена дополнительно на 4 группы и сложилась следующим образом: Her-2\neu (–) 43%, (+++) 42%, (++) 8%, (+) 5%.

В четвертую группу было включено 5 женщин с фиброзно-кистозной болезнью, их средний возраст составил $38,8 \pm 12,6$ лет. Экспрессия рецепторов к прогестерону составила $14,2 \pm 10,8\%$ и $33 \pm 20,4$ балла, к эстрогену $9,4 \pm 5,2\%$ и $19 \pm 11,4$ балла, экспрессия рецепторов к Her-2\neu выявила лишь одну группу и составила: (–) 100%.

Выводы. В группах с инфильтрирующим дольковым раком и фиброзно-кистозной болезнью экспрессия Her-2\neu была отрицательна в среднем в 87% случаев, тогда как в группах с инфильтрирующим протоковым раком и фиброаденоматозом экспрессия Her-2\neu была положительной в 57% случаев. Экспрессия же рецепторов к прогестерону была на одном уровне в 1-й, 2-й и 3-й группах и составляла в среднем 57,4% и 114 баллов, в 4 группе он составлял 14,2% и 33 балла. Уровень рецепторов к эстрогену был высоким в первых двух группах до 70% и 147 баллов, и низким в группах с предопухолевыми заболеваниями и составлял в среднем 12% или 25 баллов.

А.Н.Корнаухов*
**ИЗУЧЕНИЕ БИОСИНТЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ
ТКАНЕВЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПОЧКИ У КЛИНИЧЕСКИ
ЗДОРОВЫХ ЛИЦ**

Кафедра гистологии,

*Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
Научный руководитель: к.м.н., асс. Ю. Г.Мотин*

Цель. Оценить состояние белоксинтезирующей активности эпителия собирательных трубок и клеточных элементов интерстиция почки у клинически здоровых лиц.

Материал и методы. Исследовали почки 30 человек в возрасте от 19 до 57 лет (средний возраст составил $35,6 \pm 2,02$ лет), не имевших в анамне-

зе почечной патологии. Материал фиксировали в 10% растворе формалина, заливали в парафин по общепринятой методике. Срезы толщиной 4-6 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, по методу Косса с контролем реакции 0,1%-ным раствором хлористоводородной кислоты, на ядрышковые организаторы (AgNORs). Определение функциональной активности клеток эпителия и фибробластов производилось путем подсчета среднего количества гранул серебра на 1 ядро и определения процентного содержания ядер с 1, 2, 3 и более гранулами.

Результаты. В 66,7% наблюдений (у 20 человек) определялась нормальная гистологическая картина строения коркового и мозгового вещества почки. В эпителии обнаруживалось в среднем $1,5 \pm 0,15$ AgNORs на ядро, в фибробластах интерстиция — $1,2 \pm 0,22$. Большинство ядер эпителиоцитов собирательных трубок содержали один ядрышковый организатор ($51,8 \pm 7,06\%$), количество ядер с двумя ядрышковыми организаторами составляло $30,9 \pm 4,62\%$, а тремя и более $6,7 \pm 1,87\%$. У 10 человек ($33,3\%$ случаев) в возрасте $33,5 \pm 4,05$ лет обнаруживали интерстициальное отложение соединений кальция (бляшку Рэндалла). В эпителиоцитах этой области определялось статистически значимое снижение количества AgNORs на ядро ($1,3 \pm 0,18$) и увеличение их числа в фибробластах ($1,7 \pm 0,17$). В составе эпителия собирательных трубок наблюдалось абсолютное преобладание ядер с одной гранулой серебра ($74,8 \pm 5,03\%$), количество ядер с двумя и тремя гранулами составляло $15,0 \pm 2,78\%$ и $5,8 \pm 1,78\%$ соответственно.

Выводы. В 10% случаях у клинически здоровых лиц в тканях почки отмечалось интерстициальное отложение соединений кальция. При этом определялись разнонаправленные изменения биосинтетической активности эпителиоцитов собирательных трубок и клеточных элементов интерстиция. Наблюдалось снижение биосинтетической активности эпителиоцитов собирательных трубок прилежащих к зонам интерстициального отложения соединений кальция и увеличение активности фибробластов. Полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии соединений кальция на клеточную активность уротелия и активации клеточной реакции интерстиция.

Д. А. Козупеева, А. Ю. Поротикова, Т. А. Харитонов
**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ**

*Кафедра патологической анатомии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Т. А. Агеева*

Актуальность. В настоящее время использование интенсивных программ химиотерапии острых лейкозов позволило получить ремиссии у 90% детей и 60–65% взрослых (Савченко В.Г., 2004). Эффективное лечение лей-

козов возможно только на основе их точной диагностики, при этом необходимо отметить, что определение принадлежности опухолевых клеток к миелоидной или лимфоидной линии кроветворения в цитологических препаратах при окраске по Романовскому — Гимзе возможно приблизительно в 70% случаев, без возможности установить точный уровень их созревания. Диагностика острых лейкозов базируется на оценке цитологических, иммуноморфологических и цитогенетических особенностей клеток костного мозга и периферической крови, что позволяет их отнести к острому лимфоидному лейкозу (ОЛЛ) и острому миелоидному лейкозу (ОМЛ). Использование молекулярных методов необходимо также и на этапе контроля эффективности лечения, когда при морфологически доказанной ремиссии можно обнаружить клетки с характерным лейкоэмическим иммунофенотипом и генотипом.

Цель: установить степень дифференцировки и линейную принадлежность острых лейкозов с помощью современных методов молекулярной патологии.

Материалы и методы. Было проанализировано 4 пациента с острым лейкозом Городского гематологического центра г. Новосибирска. На этапе постановки диагноза и в динамике лечения проведен анализ кариограмм, мазков периферической крови и костного мозга, иммуноцитохимическое исследование клеток костного мозга с использованием широкой панели антител, а также динамический анализ историй болезни с оценкой эффективности лечения.

В трепанобиоптате костного мозга у всех пациентов пунктат гиперклеточный, значительно омоложенный, отмечается редукция всех ростков кроветворения, с наличием бластов от 10% до 80%. В миелограмме выявлен бластоз от 10% до 70%, с отсутствием промежуточных форм созревания (*hiatus leucaemicus*). Анализ цитологических препаратов костного мозга и результатов иммуноцитохимического окрашивания костного мозга позволил установить: 1) пациент А: морфоцитохимические особенности (наличие зернистости в цитоплазме, позитивная цитохимическая реакция на липиды) и иммунофенотип бластов (MPO+, CD68+, HLA-DR+, Ki67+) свидетельствует в пользу ОМЛ с созреванием, пролиферативная активность высокая; 2) пациент Б: морфологические особенности и иммунофенотип бластных клеток (CD45+, CD19+, CD79a+, HLA-DR+, CD117+, мю-цепь Ig+, CD10+, Ki67+), кариотип 45, X, t(8; 21) (q22;q22) [15] / 46, XY соответствуют ОЛЛ, пре – В-варианту, с высокой пролиферативной активностью; 3) пациент С: морфоцитохимические особенности и иммунофенотип бластных клеток (CD45+, CD19+, HLA-DR+, мю-цепь Ig+, TdT+, Ki67+), кариотип 44, XX, der(1), -3, -5, del(6p), der(7), i(9q), t (9;22)(q34;q11), t(?;14) [10] / 46, XX [10] соответствует острому пре – В-лимфобластному лейкозу с высокой пролиферативной активностью; 4) пациент D: выявлены характерные морфологические особенности (наличие обильной азурофильной зернистости в цитоплазме, большое количество расположенных «пучками» палочек Ауэра, ядерный полиморфизм) и иммунофенотип бластных клеток (MPO+,

CD33+, PML+), кариотип 46, XY, t(15;17) (q22; q11-21) [15] / 46, XY [5] соответствует острому промиелоцитарному лейкозу.

Выводы. Данные иммуноморфологии, цитогенетики, а также цитохимии при ОЛ в совокупности позволяют точно диагностировать заболевание, выбрать программную химиотерапию, оценивать прогноз заболевания, проводить динамическое наблюдение за больными в период ремиссии и/или рецидива. Благодаря этому происходит расширение сферы применения уже существующих препаратов, развитие таргетной и иммунотерапии, что создает предпосылки для повышения эффективности лечения и качества жизни пациентов.

С.К. Мильев

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра патологической анатомии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. А. П. Надеев

Актуальность. Челюстно-лицевая область являет собой зону, обладающую большим разнообразием неопластических процессов. Анатомо-топографические особенности челюстно-лицевой области обуславливают быстрое распространение опухолевого и воспалительного процесса на соседние органы и ткани (Бажанов Н.Н., 2001). Патоморфологическое исследование является важной составляющей для правильной диагностики и определения оптимальной тактики лечения.

Цель исследования. Изучить нозологическую структуру, половые и возрастные особенности патологии орофациальной зоны (ОФЗ).

Материалы и методы. Проанализировали результаты клинических и патоморфологических исследований у 347 больных, находившихся в ГКБ № 34, за 2010–2011 гг.

Результаты исследования. Структура патологии ОФЗ была представлена воспалительными процессами (6,3%), предопухолевыми состояниями ((дермоидная киста (27,35%), радикулярная киста (4,56%), ретенционная киста (3,42%), себорейный кератоз (3,70%), гранулема (3,42%) лейкоплакия (0,57%)) и опухолями (папиллома (18,23%), эпulis (11,68%), невус (5,70%), гемангиома (3,99%), фиброма (3,99%), плоскоклеточный рак (2,28%) базалиома (1,43%), ангиофиброзный полип (0,57%), эпителиома Малерба (0,57%), сириногистаденома (0,57%), лейомиома (0,29%), атерома (0,29%), цилиндрома (0,29%), мономорфная аденома (0,29%), экринная порома (0,29%) и остеома (0,29%). Радикулярная киста встречалась у мужчин в 40%, у женщин в 60% случаев, ретенционная киста — у мужчин в 63,63% случаев,

у женщин — в 36,37%, папиллома — у мужчин в 19,64% случаев, у женщин — 80,36%, невус встречался у мужчин в 21,05% случаев, у женщин — в 78,95% случаев, эпюлис — у мужчин в 40,54% случаев, у женщин — в 59,46% случаев, гемангиома встречалась и у мужчин в 42,86% случаев, у женщин в 57,14% случаев, дермоидная киста встречалась у мужчин в 51,65%, у женщин — в 48,35% случаев, плоскоклеточный рак встречался у мужчин в 75% случаев, у женщин в 25%, воспалительный процесс — у мужчин в 38,09% случаев, у женщин в 61,91% случаев, себорейный кератоз встречался у мужчин в 30%, у женщин в 70% случаев, базалиома — в 20% случаев у мужчин, в 80% у женщин, гранулема встречалась в 27,27% случаев у мужчин, в 72,73% случаев — у женщин.

Средний возраст для мужчин с диагнозом дермоидная киста составил $25,04 \pm 2,41$ лет, для женщин $25,45 \pm 2,45$ лет; при диагнозе радикулярная киста средний возраст составил для мужчин $19,66 \pm 6,715$ лет, для женщин $32,77 \pm 6,81$ лет; при диагнозе ретенционная киста для мужчин $10,86 \pm 2,74$ лет, для женщин $38 \pm 13,03$ лет; при диагнозе себорейный кератоз для мужчин $55 \pm 15,51$ лет, для женщин $62,86 \pm 5,39$; при диагнозе гранулема для мужчин $58,33 \pm 27,2$ лет; для женщин $46,63 \pm 7$ лет; при диагнозе невус для мужчин $42,75 \pm 11,09$ лет, для женщин $37 \pm 3,89$ лет; при диагнозе эпюлис для мужчин $49,81 \pm 4,9$ лет, для женщин $61,19 \pm 3,4$ лет; при диагнозе гемангиома для мужчин $50,16 \pm 12,7$ лет, для женщин $46,14 \pm 8,06$ лет; при диагнозе плоскоклеточный рак для мужчин $60,17 \pm 1,7$ лет, для женщин $14,85$ лет; при диагнозе базалиома для мужчин 73 года, для женщин $75,25 \pm 2,8$; при диагнозе папиллома для мужчин $49,27 \pm 4,2$ лет, для женщин $49,02 \pm 2,99$ лет; при диагнозе воспалительный процесс для мужчин $50,75 \pm 7,4$ лет, для женщин $56,84 \pm 3,57$ лет; при диагнозе фиброма для мужчин 60 лет, для женщин $54,05 \pm 2,12$ лет. При оценке среднего возраста в группе предопухолевых и воспалительных заболеваний критерий был достоверным ($p < 0,05$). В группе предопухолевых и опухолевых заболеваний он так же являлся достоверным ($p < 0,05$).

Частота расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов для такой патологии ОФЗ, как радикулярная киста составляет 25%, ретенционная киста — 33,33%, папиллома — 37,5%, невус — 20%, эпюлис — 24,4%, гемангиома — 50%, дермоидная киста — 95,83%, гранулема — 76,92%, базалиома — 40%, воспалительный процесс — 63,63%, фиброма — 64,29, себорейный кератоз 69,23%.

Выводы. Наиболее частой патологией ОФЗ является дермоидная киста (27,35%), встречается с приблизительно одинаково как у мужчин, так и у женщин. Такая патология как радикулярная киста, папиллома, невус, гемангиома, воспалительный процесс, базалиома, гранулема, себорейный кератоз преобладали у женщин. Рак, эпюлис, дермоидная киста были распространены в большей степени у мужчин. Молодой возраст характерен для больных обеих полов с ретенционной кистой. Наиболее частое расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов характерно для такого заболевания как дермоидная киста (95,83%), в то время как при диагностике плоскоклеточного рака несоответствия диагнозов не обнаружили.

И.П. Краснова, Е.В. Мезит, М.Н. Шарипова
**МОЛЕКУЛЯРНО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И
МОЛЕКУЛЯРНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА**

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

*Научные руководители: д.м.н., проф. Т. А. Агеева,
к.м.н., асс. А. С. Лямкина*

Хронический миелолейкоз (ХМЛ) — хроническое миелопролиферативное заболевание, доля которого в структуре гемобластозов составляет около 20% среди взрослых и 5% у детей, наибольшая встречаемость в возрастной группе 30–40 лет. Хромосомным маркером опухолевого клона при ХМЛ у 95% больных является филадельфийская (Ph) хромосома, которая образуется вследствие транслокации t(9;22)(q34;q11), образующаяся при этом патологическая тирозинкиназа стимулирует пролиферацию миелоидного ростка кроветворения с постепенным нарушением его дифференцировки. Лишь в 5% случаев заболевания хромосомный маркер не выявляется (Ph-негативные случаи). Однако даже при этом у некоторых больных химерный белок обнаруживается на молекулярном уровне. В настоящее время общепринятыми методами выявления аномалии и дальнейшего контроля минимальной остаточной болезни являются FISH и PCR в реальном времени, позволяющие оценивать количество аномального транскрипта и, таким образом, определять эффективность проводимой терапии. Современным стандартом терапии Ph-позитивного ХМЛ является применение таргетного препарата иматиниба (Glyvec) — селективного ингибитора BCR-ABL-тирозинкиназы.

Цель работы: оценка эффективности проведения терапии у больных Ph+ формой ХМЛ с помощью молекулярных методов диагностики.

Материалы и методы. В исследование было включено 12 больных ХМЛ Городского гематологического центра г. Новосибирска. На этапе постановки диагноза и в динамике лечения проведен анализ кариограмм, мазков периферической крови и трепанобиоптатов, а также динамический анализ историй болезни с оценкой эффективности лечения.

Результаты исследования. На этапе первичной диагностики при проведении цитогенетических исследований у 10 больных была обнаружена Ph-хромосома, у 2 обследуемых Ph-хромосома была выявлена при помощи ПЦР-метода. Дополнительные поломки в виде t(2;8)(q32;q21), t(1;8)(p32;q24), i(Xq),+8,+9,+17,-13 были обнаружены у 7 обследуемых. Трепанобиоптат - гиперклеточный (пролиферация гемопоэтических клеток с заполнением до 100% объема пазух костного мозга) с увеличением количества молодых гранулоцитов, нарушением их созревания. В периферической

крови анемия, тромбоцитоз, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Спленомегалия у 8 больных, гепатомегалия у 3 обследуемых. Все больные были взяты на программную терапию Гливекком. В ходе лечения у 16,7% больных достигнута полная клинико-гематологическая ремиссия (ГР) и полный цитогенетический ответ (ЦО) с исчезновением генетически аномального клона. У 33,3% больных при полной ГР был достигнут только частичный ЦО, а у 16,7% больных достигнута частичная ГР и сохранялся цитогенетически дефектный клон (нет ЦО). При проведении планового рестадирования 3-е больных переведены на химиотерапию в связи с прогрессией заболевания (фаза акселерации, бластный криз): в кариограммах обнаружена Ph-хромосома и дополнительные поломки генома t (1;9;22)(q21;q34;q11), t (5;9;22)(q23;q34;q11), add(5q), del(13q). В мазке периферической крови: нарастание анемии, тромбоцитопении, лейкоцитоза со сдвигом влево, появление бластных клеток. В трепанобиоптатах — значительная гиперклеточность и омоложение гранулоцитарного ростка, увеличено количество бластных клеток. У одного больного выявлена резистентность к Гливеку, он переведен на терапию ингибиторами тирозинкиназы II поколения (Дазатиниб).

Выводы. Современные молекулярно-генетические методы обеспечивают точную диагностику ХМЛ, планирование и проведение адекватной терапии, а также мониторинг эффективности лечения. Применение таргетной терапии с «выключением» гиперэкспрессии тирозинкиназы позволяет достичь высокой эффективности лечения, препятствуя прогрессии заболевания и давая возможность удерживать процесс на доброкачественной стадии бесконечно долго.

И.В. Назаров*

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОМАТОТИПА ПАЦИЕНТА И РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

*Кафедра факультетской хирургии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет.*

Научный руководитель: д.м.н. проф. Ю. М. Шутов

Червеобразный отросток является особо изучаемым органом в связи с клинической и социальной значимостью «острого аппендицита». Так, больные с клиникой острого аппендицита в общехирургических стационарах составляют 20-50% случаев, аппендэктомии – 28% ко всем неотложным оперативным вмешательствам (Гринберг А. А., 2001), из которых в 10-15% на операции обнаруживают неизмененный аппендикс (Седов В. М., 2002). Взаимосвязь расположения внутренних органов с соматотипом пациента представлена в работах В. Н. Шевкуненко, посвященных индивидуальной изменчивости органов и систем, при этом «...анатомические различия в по-

ложении органов и систем тела человека тем больше, чем ближе вариант соматического ряда индивидуальной анатомической изменчивости стоит к его крайним формам». По данным В. И. Колесова (1959), Д. Б. Бекова (1988), А. О. Османова (2006) соотношения вариантов расположения аппендикса неодинаково.

Изучали крайние варианты расположения аппендикса у пациентов трех соматотипов в двух группах: 1-я групп – 205 оперированных пациентов; 2-я группа — 81 умерший. В 1-й группе долихоморфных пациента — 62 (30,24%), брахиморфных — 63 (30,73%), мезоморфных — 80 (39,02%).

У долихоморфных пациентов расположение аппендикса в 38,7% было ретроцекальным, в 1,61% — медиальным, 43,55% — подпеченочным; 12,9% — забрюшинным; 3,23% — типичным. У пациентов брахиморфного типа телосложения в 77,78% выявляли тазовое расположение аппендикса, в 19,05% — медиальное, 3,17% — подпеченочное. У лиц мезоморфного типа телосложения медиальное расположение аппендикса отмечали в 25% наблюдений, в 75% — типичное расположение. У лиц брахиморфного типа телосложения с тазовым расположением аппендикса отросток соприкасается с прямой кишкой в 14,29%, сигмовидной кишкой — 4,76%, с мочевым пузырем в 28,57%, с придатками и маткой — в 23,81%. Во 2-й группе (секционные исследования) у трупов долихоморфного типа обнаружили в 56,25% ретроцекальное расположение аппендикса, в 31,25% — подпеченочное, в 12,5% — забрюшинное расположение; у трупов с брахиморфным соматотипом в 100% выявляли тазовое расположение; у трупов мезоморфного типа выявляли в 100% типичное расположение аппендикса.

Заключение. Расположение аппендикулярного отростка находится в зависимости от типа телосложения человека. Ретроцекальное, подпеченочное и забрюшинное расположение наиболее часто наблюдали при долихоморфном соматотипе, тазовое — брахиморфном соматотипе и типичное - мезоморфном соматотипе. При обследовании пациентов с острой хирургической патологией необходимо учитывать возможность атипичного расположения аппендикса, что в свою очередь оказывает влияние на клинику течения заболевания.

И.В. Назаров*
**ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ
РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ**

*Кафедра факультетской хирургии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: д.м.н. проф. Ю.М. Шутов.*

Острый аппендицит является наиболее встречаемым заболеванием, требующим оперативного лечения. Так, в России ежегодно оперируются

1–1,5 млн. чел. (Яковенко Д. В., 2008), в США и Великобритании ежегодно оперируется один из 700–800 чел. (В. М. Седов, 2002). Несмотря на снижение летальности при данном заболевании с 10–20% до 0,1–0,5% случаев (Гринберг А. А., 2001), сохраняются неясности в диагностике, а ошибки отмечаются в 15–25% (Ротков И. Л., 1988, Сидков Г. В., 1993). В. Н. Шевкуненко (1930) выявил закономерность между типом телосложения и взаимоотношением органов, взаимосвязь между анатомическими особенностями человека и проявлениями клинических симптомов.

Целью исследования является установление взаимосвязи между соматотипом пациента и клиническими проявлениями для улучшения диагностики острого аппендицита.

Обследовано 205 прооперированных пациентов, которых разделили в зависимости от соматотипа на 3 группы: 62 (30,24%) долихоморфный соматотип, 63 (30,73%) — брахиморфный, 80 (39,02%) — мезоморфный. Интраоперационно отмечали следующее расположение аппендикса: в 1-й группе пациентов (с долихоморфным типом телосложения) в 38,7% аппендикс был расположен ретроцекально, 1,61% — медиально, 43,55% — подпеченочно, 12,9% — забрюшинно и лишь в 3,23% — типично; во 2-й группе брахиморфных пациентов тазовое расположение отмечали в 77,78%, 19,05% — медиально, 3,17% — подпеченочно; среди мезоморфных пациентов в 25% отмечено медиальное расположение аппендикса, в 75% — типичное расположение. При этом у лиц брахиморфного типа телосложения (2-й группе) аппендикс соприкасался с прямой кишкой в 14,29%, сигмовидной кишкой — 4,76%, мочевым пузырем — в 28,57%, придатками и маткой — в 23,81%. Соотносили клинические проявления и анатомические особенности: наиболее часто встречаемыми симптомами являются симптомы Щеткина-Блюмберга (45,36%), Кохера (71,21%), Воскресенского (58,54%), Бартомье-Михельсона (62,44%), Раздольского (38,04%), но встречали и нетипичные для острого аппендицита симптомы, такие как Ортнера (1,96%), Мерфи (0,49%) (характерные для острого холецистита), Склярова (0,49%) (кишечная непроходимость). Встречаемость нетипичных для острого аппендицита симптомов характерна при соприкосновении аппендикса с желчным пузырем (долихоморфный соматотип), либо близком расположении (брахиморфный и мезоморфный соматотипы), вовлечении в процесс сигмовидной кишки (симптом Склярова). Прослеживали взаимосвязь клиники и топографии аппендикса у лиц брахиморфного типа телосложения с его тазовым расположением: при соприкосновении с прямой кишкой в 14,29% и сигмовидной кишкой в 4,76% случаев отмечали явления кишечных расстройств (диарея, явления проктита), с мочевым пузырем в 28,57% реализовывались симптомы цистита (дизурия, эритроцитурия), при соприкосновении с придатками и маткой у женщин в 23,81% проявлялось в виде клиники правостороннего аднексита, что затрудняло дифференциальную диагностику. При несвоевременной диагностике на различных этапах медицинской помощи увеличивается количе-

ство деструктивных форм аппендицита, достигая 19,02% наблюдений. Случаи длительной диагностики отмечены у лиц с атипичной анатомической и клинической картиной заболевания, связанной с соматотипом пациента.

Выводы. При обследовании пациентов с диагнозом «острый аппендицит» на всех этапах медицинской помощи необходимо учитывать тип телосложения, обуславливающий различие клиники.

Д.П. Осипов*

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У МАЛЬЧИКОВ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

*Кафедра нормальной анатомии,
Ростовский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доц. Е. В. Чаплыгина*

Актуальность. Конституциональный подход в оценке состояния здоровья и предрасположенности к тем или иным заболеваниям неоднократно подтверждал свою научную и практическую значимость (Койносов А. П., Кудряшов Е. В., Мирошник В. В., 2009). В настоящее время отмечается увеличение интереса к клинко-анатомическим исследованиям, так как они позволяют увязать особенности строения внутренних органов, их функций и метаболизма с внешними параметрами человека в норме и при различных заболеваниях (Горбунов Н. С., Киргизов И. В., 2002; Кондрашев А. В., Чаплыгина Е. В., Сидорова Е. Н., 2009). Вместе с тем, в литературе отсутствуют данные об электроэнцефалографических особенностях детей различных соматотипов как в норме, так и при эпилепсии.

Цель исследования. Установить электроэнцефалографические особенности у мальчиков периодов первого, второго детства и подросткового возраста различных соматотипов с эпилепсией.

Материал и методы. Проведены соматометрия и соматотипирование 144 мальчиков, страдающих эпилепсией периодов первого, второго детства и подросткового возраста. Соматометрия проводилась по общепринятой методике В.В. Бунака (1941) в утренние часы, стандартным набором инструментов. Соматотипирование проводили по методике Р.Н. Дорохова, В.Г. Петрухина (1989). Электроэнцефалографическое исследование проводилось с помощью электроэнцефалографа-анализатора ЭЭГА-21/26 «Энцефалан-131-03» (Медиком ЛТД, Таганрог) по международной системе отведений «10-20» (Jasper H., 1957). Полученные результаты обрабатывали вариационно-статистическим методом с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Достоверность различий средних величин независимых выборок оценивали с помощью параметрического критерия

Стьюдента. Различия средних арифметических величин считали достоверными при 99% ($p<0,01$) и 95% ($p<0,05$) порогах вероятности.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что у мальчиков, страдающих эпилепсией, наибольшая амплитуда альфа-ритма ($87,0\pm3,5$ мкВ) регистрировалась у представителей микросомного соматического типа, наименьшая — $64,8\pm14,2$ мкВ у представителей мегалосомного соматического типа. Индекс альфа-ритма был наибольшим у представителей микромезосомного соматического типа ($66,3\pm9,0\%$), наименьшим — $42,0\pm13,4\%$ у представителей мегалосомного соматического типа.

Самый высокий бета-ритм ($27,6\pm2,4$ мкВ) был зарегистрирован у мальчиков мезосомного соматического типа, самый низкий — $22,1\pm3,0$ мкВ у мальчиков мегалосомного соматического типа. Наибольший индекс бета-ритма ($46,8\pm13,9\%$) зафиксирован у представителей микросомного соматического типа, а наименьший — $34,0\pm5\%$ — у представителей макросомного соматического типа.

При анализе характеристик тета-ритма установлено, что самые высокие показатели амплитуды ($63,5\pm11,5$ мкВ) и индекса ($47,5\pm3,5\%$) зарегистрированы у мальчиков микросомного соматического типа. Самый низкий показатель амплитуды тета-ритма ($43,5\pm5,5$ мкВ) регистрировался у представителей микромезосомного соматического типа, а индекс ($23,2\pm4,3\%$) — мегалосомного соматического типа.

Выводы. Полученные данные об электроэнцефалографических особенностях у мальчиков различных соматотипов с эпилепсией дополняют имеющиеся данные о морфофункциональных особенностях детей и могут быть использованы для персонифицированного подхода при проведении электроэнцефалографии.

С. В. Остапец, Л. В. Литвинов, И. С. Манойлов КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У СТУДЕНТОВ НГМУ

*Кафедра анатомии человека,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д. м. н., проф. С. В. Залавина*

Изучение скелета человека в медицине и антропологии не нуждается в специальной аргументации. Но в большинстве случаев скелет рассматривается как оптимальная «средняя», отражающая наиболее часто встречающиеся варианты строения современного человека. Однако в современной медицине чрезвычайно важно изучение нормальных вариаций человеческого тела и их изменений в пространстве и во времени. Область использования данных краниологии в медицине существенно расширилась, являясь морфофункциональной основой для усовершенствования и разработки но-

вых методов диагностики, хирургических вмешательств на органах головы. Черепные образования являются скелетными анатомо-топографическими ориентирами, традиционно учитываемыми челюстно-лицевыми хирургами, нейрохирургами, врачами оториноларингологами и другими специалистами.

Цель нашего исследования: измерить головной и высотный показатели у молодых людей в возрасте от 17 до 22 лет на примере студентов первого и второго курсов стоматологического и других факультетов, оценить полученные данные с учетом половых различий, расовой принадлежности и местом проживания.

При обмерах голова устанавливалась во франкфуртской горизонтали. Измерение продольной длины черепа проводилось от точки Глабелла (glabella) до точки Опистокранион (opisthokranion). Ширина черепа определялась по расстоянию между точками Эурион (euryon). На основе первичных измерений вычислялось отношение поперечного диаметра черепа к продольному. Для определения высотного головы проводилось измерение точками Опистион (opistion) до точки Вертекс (vertex), на основании полученных показателей вычислялось отношение высоты черепа к продольному размеру. В измерениях приняли участие 389 студентов (148 юношей, 241 девушек).

Результаты измерений черепного показателя выявили, что среди всех обследованных преобладает долихокrania (46 %), на втором месте — мезокrania (30%) и лишь в 24% случаев выявлена брахикrania. В группе студентов с мезокранической формой головы существенных гендерных различий не выявлено. В группе с долихокранией выявлено преобладание девушек, а с брахикранией преобладание юношей. У европеоидов преобладающей является долихокrania независимо от пола (48 %), мезокrania составляет 32 %, а брахикrania 20 %. В группе брахикании преобладают юноши. У монголоидов доля брахиморфов составляет 55% и 45% мезоморфных. У юношей и девушек, проживающих в городе примерно в равной степени представлена долихокrania, но у девушек выше процент брахикрации (41 %), а у юношей мезокрации (32 %). У проживающих в сельской местности отмечается большей процент долихокрации независимо от пола, в группе девушек выявлен больший процент мезокрации (34 %) и не определяется брахикrania. В то время, как у юношей брахикrania определяется в 15 % случаев.

В целом, по группе и в группе юношей у европеоидов преобладает гипсифалия. Ортоцефалия представлена примерно в равной степени.

У монголоидов доминирует гипсифалия (76 %), на орто- и платицефалию приходится по 12 % наблюдений.

Вывод. Проведённые краниометрические исследования выявили значительные особенности в строении черепа связанные, с национальной принадлежностью, с полом и местом проживания. Представленные данные являются лишь фрагментом научно-исследовательской работы студентов, которая запланирована на длительный период времени.

Н.Д. Попова, К.А. Пученина
**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕХОДЖКИНСКИХ
ЛИМФОМ: ТРУДНОСТИ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент М. А. Травин*

Актуальность темы. Неходжкинские лимфомы (НХЛ) — это гетерогенная группа злокачественных лимфопролиферативных заболеваний, различающихся между собой по клиническим, морфологическим, иммунологическим и молекулярно-биологическим признакам. В структуре всех регистрируемых злокачественных опухолей неходжкинские лимфомы составляют 3,1% [Давыдов М.И., 2009]. Последние двадцать лет прослеживается выраженная тенденция к росту заболеваемости НХЛ (преимущественно в развитых странах). Особое внимание обращает на себя зависимость темпа роста от возраста: повышение уровня заболеваемости НХЛ с 0,7 случаев до 20 случаев на 100000 населения. Среди всех случаев впервые выявленных НХЛ более половины диагностируются у больных в возрасте старше 60 лет.

Морфологическая диагностика НХЛ представляет существенные трудности в силу схожести микроскопической картины при различных вариантах лимфопрлиферативных заболеваний. Поскольку опухолевая трансформация связана с различными вариантами повреждения генетического аппарата, современная диагностика НХЛ требует применения дополнительных диагностических методов, таких как иммуногистохимия и флуоресцентная гибридизация *in situ*. Среди мелкоклеточных НХЛ зачастую возникают сложности дифференциальной диагностики между лимфомой из клеток зоны мантии (ЛКМЗ) и фолликулярной лимфомой (ФЛ). Основной генетической поломкой при ЛКМЗ является $t(11;14)(q13;q32)$, что приводит к гиперэкспрессии белка *cyclinD1*. При ФЛ характерной аномалией является $t(14;18)(q32;q21)$, в результате чего онкоген *BCL-2*, локализующийся на 18-й хромосоме, оказывается в локусе генов тяжелых цепей иммуноглобулинов на 14-й хромосоме, что приводит к его конститутивной экспрессии.

Цель исследования. Изучить молекулярно-генетические основы канцерогенеза мелкоклеточных неходжкинских лимфом, особенности морфоиммунологической дифференциальной диагностики на примере лимфомы из клеток зоны мантии и фолликулярной лимфомы.

Материалы и методы. За период с сентября 2011 года по март 2012 года на базе АНО Региональный центр высоких медицинских технологий нами было проанализировано 548 морфологических заключений с диагнозом опухолевых заболеваний, среди которых доля мелкоклеточных лимфом составила 59 случаев. Для дифференциальной диагностики вариантов было проведено иммуногистохимическое исследование с использованием моноклональных антител CD3, CD5, CD10, CD20, CD23, CD68, CD138, IgD, *CyclinD1*, *Bcl-2*, *Ki-67*.

Результат исследования: В структуре лимфопролиферативных заболеваний среди мелкоклеточных лимфом в сибирском регионе чаще всего встречается хронический лимфолейкоз (34 случая), фолликулярная лимфома (6 случаев) и лимфома из клеток зоны мантии (4 случая). 15 случаев составили другие виды лимфом.

Выводы. В силу схожести морфологической картины мантийноклеточной и фолликулярной лимфом, при диагностике необходимо проведение иммунофенотипирования опухолевых клеток, а в наиболее сложных вариантах — проведение флуоресцентной гибридизации *in situ* и полимеразной цепной реакции для выявления молекулярно-генетических опухолевых аномалий. Установление иммунофенотипа лимфомы определяет дальнейшую терапевтическую тактику и влияет на прогноз жизни для больного.

Е.О. Слепнева

ЖЕЛТОЧНЫЙ МЕШОК КАК КРИТЕРИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА (ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЙ)

*Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.б.н., доцент Н. Н. Дубинина*

Желточный мешок является важнейшим внезародышевым органом в эмбриогенезе человека, что связано с выполнением им кроветворной и ряда других функций. С 5 по 12 неделю эмбрионального развития размеры этого органа значительно превышают размеры самого эмбриона. При ультразвуковом исследовании в первом триместре беременности визуализация желточного мешка оказывается возможной, когда диаметр плодного пузыря достигает всего 10–15 мм. Поэтому в указанный период развития этот орган может быть использован как один из диагностических критериев. Согласно данным ряда авторов, при самопроизвольных абортах отмечается снижение или, напротив, увеличение размеров желточного мешка, и даже его отсутствие в полости плодного мешка. Кроме того, нехарактерная для нормального развития зародыша форма органа нередко сопровождается эмбриональной смертью.

Цель и задачи исследования — на основании данных морфологического исследования изучить структуру желточного мешка человека в норме в первом триместре беременности. По данным ультразвукового исследования оценить динамику его размеров при нормально и патологически протекающей беременности для прогнозирования состояния развивающегося эмбриона (плода).

Материалы и методы. Для морфологического исследования забирали абортный материал во 2-ой гинекологической больнице г. Новосибирска (всего 14 случаев с 5 по 12 неделю беременности). Структуру органа изучали на препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином. Одновременно были изучены 89 протоколов ультразвуковых исследований на 3-14 неделях беременности, полученных в результате обследования 38 женщин (контрольная группа) с доношенной (74 протокола) и 13 (15 протоколов - с прерванной по разным причинам беременностью). В контрольной группе подсчитывали долю случаев, которые содержали сведения о состоянии желточного мешка (его диаметр или отсутствие визуализации). Средний диаметр органа дополняли возможной ошибкой оцениваемой величины. При незавершенной беременности учитывали данные, которые сравнивали с контролем.

Результаты и их обсуждение. Среди описанных случаев нормально протекающей беременности с 3 по 14 неделю отмечали рост величины диаметра желточного мешка с 4.05 ± 0.28 до 5.25 ± 0.87 мм, что, по-видимому, связано с интенсификацией его основных функций в данный период развития человека. При морфологическом исследовании в стенке органа выявляли многочисленные кроветворные островки, расположенные на периферии желточного мешка.

Значительное увеличение размера органа при нарушении беременности (до 11 мм), некоторых аномалиях развития плода может быть признаком обменных нарушений в системе «мать-внезародышевые органы-плод», когда питательные вещества не усваиваются эмбрионом. Напротив, большая часть отклонений внутриутробного развития сопровождается либо отсутствием желточного мешка в составе плодного пузыря (что имеет место при замершей беременности), либо значительно меньшими его размерами по сравнению с контролем.

Выводы. Размер желточного мешка человека в первом триместре беременности может быть использован как один из критериев для оценки развивающегося плода.

К.Ю. Сотникова
**СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ В ВОРСИНЧАТОМ
ХОРИОНЕ ПРИ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.б.н., доцент Н. Н. Дубинина*

Невынашивание беременности является весьма актуальной и сложной медико-социальной проблемой. По данным официальной статистики Минз-

драва РФ, в России 13% всех беременностей заканчиваются замиранием плода. Частой причиной развития замершей беременности являются генетические аномалии у зародыша, гормональные и иммунные нарушения в организме матери, различные инфекции, а также пороки развития матки.

Повреждающее действие ряда анатомических, эндокринных и иммунологических факторов приводит к созданию неблагоприятного фона для развития генетически полноценного эмбриона. Это, в конечном итоге, сопровождается истощением резервных возможностей хориона и остановкой развития самого зародыша. В то же время причина возникновения самопроизвольных аборт в 25–66% случаев остается невыясненной. Как правило, выкидыш является следствием воздействия нескольких факторов, действующих одновременно или последовательно. Критическими сроками в 1 триместре беременности являются 6–8 недели, когда происходит гибель эмбриона, и 10–12 недели, сопровождающиеся экспульсией плодного яйца из полости матки.

Целью данного исследования явилось изучение структурных перестроек, возникающих в ворсинчатом хорионе человека при неразвивающейся (замершей) беременности.

Материал и методы исследования. Исследовали абортивный материал, полученный во 2-ой гинекологической больнице г. Новосибирска, от 24 женщин с нормальным течением беременности и 13 женщин с замершей беременностью на 6–12 неделях эмбрионального развития. На парафиновых срезах, окрашенных гематоксилином и эозином, в составе терминальных ворсин хориона подсчитывали объемную плотность составляющих его компонентов: трофобласта, соединительной ткани и кровеносных сосудов. В межворсинковом пространстве оценивали объемную плотность симпластических почек. Подсчитывали среднее значение данного параметра с его ошибкой. Оценку пролиферативных и апоптотических процессов в хорионе производили при помощи непрямого иммуногистохимического окрашивания с использованием моноклональных меченых антител (Ki 67 и p53) к соответствующим антигенам.

Результаты исследования. При замершей беременности отмечали нарушение дифференцировки ворсинчатого дерева, которое выражалось практически в полном отсутствии терминальных ворсин. В большинстве ворсин отсутствовали кровеносные сосуды. По сравнению с развивающейся беременностью, трофобласт выглядел истонченным, его клеточная форма была гипертрофирована и вакуолизирована, при этом маркер клеточной пролиферации Ki 67 не экспрессировался. Одновременно регистрировали интенсивное окрашивание хориального эпителия при использовании маркера апоптоза p 53. По сравнению с группой контроля, объемная плотность трофобласта оказывалась достоверно ниже, а соединительной ткани выше на любом из исследованных сроков. Замирание беременности сопровождается

лось также значительным снижением в межворсинковом пространстве количества симпластических почек, которые в норме обеспечивают иммунизацию организма матери антигенами плода.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о значительных морфологических перестройках, возникающих в ворсинчатом хорионе при замирании беременности. Указанные перестройки сопровождаются неспособностью выполнения хорионом своих основных функций и, в конечном итоге, приводят к антенатальной гибели эмбриона.

В. В. Спиридонов, Ю. В. Храпунова
**РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ
МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент М. А. Травин*

В последнее время в диагностической практике врача-онкоморфолога стали широко применяться методы иммуногистохимии и флуоресцентной гибридизации *in situ* (FISH). Появление таких инструментов дало основной импульс развитию современной патологической анатомии, сочетающие в себе элементы классической и молекулярной патологии.

Развитие иммуногистохимии началось с 40-50х гг XX в. когда группа исследователей, возглавляемая А. Кунсом, впервые получила антитела, меченные флуоресцентным красителем, и использовала их для идентификации антигена на срезах тканей. В 1975г Келлер и Мильштейн разработали принципиально новый способ получения антител «моноклональных антител» (гибридомная технология). В конце прошлого века данный метод широко вошел в практическую работу врачей-онкоморфологов под названием «метод иммуногистохимии» (ИГХ).

Флуоресцентная гибридизация *in situ* (FISH) был создан для определения конкретных последовательностей ДНК на цитологических и гистологических препаратах. Это позволило перейти от изучения морфологии хромосом к анализу последовательностей ДНК, входящих в их состав. В основе FISH-метода лежит реакция гибридизации между искусственно созданным ДНК-зондом и комплементарной ему нуклеотидной последовательностью ядерной ДНК. После денатурации ДНК-зонд гибридизуется с комплементарной ему нуклеотидной последовательностью и может быть обнаружен при помощи флуоресцентного микроскопа.

Комплексная оценка морфологических, иммунофенотипических и молекулярно-генетических особенностей опухоли позволяет оценить про-

гноз заболевания и выбрать наиболее адекватные методы терапии онкозаболеваний.

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди всех злокачественных заболеваний у женщин. В России заболеваемость РМЖ за последние 15 лет увеличилась более чем в 2 раза. Рецептор Her2 — один из наиболее значимых молекулярных маркёров РМЖ. Примерно у 20–30% больных РМЖ, количество этого белка в клетках опухоли повышено по сравнению с нормой. В основе увеличенной экспрессии лежит амплификация гена Her2/neu.

Таргетная противоопухолевая терапия основана на действии моноклональных антител, которые специфически связываются с Her2-рецепторами на поверхности раковой клетки. После блока рецепторов таргетным препаратом «Герцептин» рост опухолевых клеток блокируется, что улучшает ближайшие и отдаленные прогнозы у больных РМЖ. Введение в схему герцептина утяжеляет токсическую нагрузку на организм, не оказывая положительного терапевтического эффекта у больных, не имеющих амплификации гена Her2/neu.

В лаборатории АНО Регионального центра высоких медицинских технологий нами было проведено комплексное исследование материала, полученного от 4-х больных РМЖ. Во всех вариантах гистологическое строение соответствовало инфильтративному протоковому раку молочной железы. Проведенное иммуногистохимическое исследование выявило ИГХ 2+ Her2-положительный статус. Известно, что до 76% больных с ИГХ 2+ не имеют амплификации гена Her2/neu.

Нами было проведена флуоресцентная гибридизация *in situ* для выявления изменений гена Her2/neu. В двух случаях амплификация была подтверждена, в двух случаях она отсутствовала. У одной из пациенток без амплификации гена Her2/neu наблюдалась три-, тетра- и пентасомия 17-й хромосомы.

Для более достоверной оценки амплификации гена Her2/neu рекомендовано проведение FISH-исследования.

Н.В.Телятникова*
**ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ К ЭСТРОГЕНАМ И
ПРОГЕСТЕРОНУ В МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ ОБЛАСТИ
ПРИ ТРОМБОФИЛИИ**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.П.Надеев*

Проблема невынашивания беременности чрезвычайно актуальна в медицинском и социальном аспектах и в 55–62% обусловлена тромбофилией

Частота наследственной тромбофилии по данным отечественных и европейских ученых у женщин с привычным невынашиванием наблюдается в 48%, антифосфолипидного синдрома — до 50-75%.

Цель исследования: изучение экспрессии к половым стероидным гормонам в соскобах из полости матки с неразвивающейся беременностью при тромбофилии.

Материал и методы исследования. Исследовались соскобы из полости матки от 15 женщин с верифицированной тромбофилией и неразвивающейся беременностью в возрасте 21–40 лет при сроке гестации от 6 до 11 нед. В качестве контроля был материал 10-ти искусственных медицинских абортот при нормально протекающей беременности тех же сроков гестации и того же возраста. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, для оценки экспрессии рецепторов к половым стероидным гормонам (эстрогенам и прогестерону) выполняли иммуногистохимическое исследование на депарафинированных срезах непрямым иммунопероксидазным методом. Среднюю интенсивность иммуногистохимической реакции с антителами к эстрогенам (ER) и прогестерону (PR) оценивали по 3-х балльной шкале на 100 клеток. Различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты исследований показали: интенсивность иммунологической реакции при физиологической беременности соответствовала 2–3 баллам, при неразвивающейся беременности — 1–2 балла.

По сравнению с контрольными исследованиями при тромбофилии в париетальном эндометрии отмечена сохраняющаяся эстрогеновая рецепторная активность в железистом эпителии. В децидуальной оболочке в 1,5–2 раза увеличение показателя экспрессии к эстрогенам и в 1,7 раза снижение его к прогестерону. В ворсинах увеличение показателя экспрессии к эстрогенам более чем в 2 раза в стромах ворсин и резкое, в 2–2,5 раза снижение его к прогестерону в трофобласте и стромах ворсин.

Таким образом, снижение экспрессии рецепторов к прогестерону в эпителии и стромах ворсин, с сохранением выраженной экспрессии рецепторов к эстрогенам в ворсинах, децидуальной оболочке и париетальном эндометрии указывают на дефицит прогестина, что может стать причиной невынашивания беременности. Не исключено, что пролонгированная активная экспрессия рецепторов к эстрогенам в париетальном эндометрии предрасполагает к развитию железистой гиперплазии эндометрия.

Л.А. Черникова, О.В. Ионкина
**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ
«МАТЬ - ВНЕЗАРОДЫШЕВЫЕ ОРГАНЫ - ПЛОД» ПРИ
ГИПОКСИИ**

*Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии, ЦНИЛ,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.А. Попп*

Анемия достаточно широко распространена среди различных групп населения. Наиболее актуальной проблемой анемия является для беременных женщин. Анемия во время беременности обуславливает нарушение окислительно-восстановительных процессов в органах и тканях, приводящее к хронической гипоксии. Гипоксические изменения в тканях связаны с сосудистым спазмом и снижением кислородной насыщенности артериальной крови. При гипоксии увеличивается риск возникновения хронической фетоплацентарной недостаточности, высок процент синдрома задержки внутриутробного развития плода.

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. Разрежение воздуха в барокамере осуществляли с помощью вакуума, контролируя величину разрежения по манометру. Животных опытной группы с 7 по 14 день беременности ежедневно подвергали гипобарической гипоксии в барокамере, где создавалась разреженная 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, аллантоисных 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)

Сравнительный морфометрический анализ структурной организации печени беременных самок при гипоксической гипоксии в сравнении с контролем показал, что объемная плотность синусоидов и синусоидальных клеток ($p<0,05$) ($7,95\pm0,5$ и $9,91\pm0,6$ соответственно) и объемная плотность ядра гепатоцитов ($p<0,001$) ($11,54\pm0,36$ и $15,59\pm0,93$ соответственно) в опытной группе снижается. При этом объемная плотность паренхимы печени, цитоплазмы ($p<0,01$) ($60,09\pm1,61$ и $53,63\pm1,24$ соответственно), количество двуядерных клеток ($p<0,001$) ($31,18\pm1,85$ и $20,55\pm1,78$ соответственно) увеличиваются по сравнению с контролем. Указанные изменения свидетельствуют о функционировании печени в режиме напряжения.

Е. И. Воронина*, А. В. Сенькова*
**ВАРИАНТЫ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ В ИСХОДНО
ФЕНОТИПИЧЕСКИ РАЗЛИЧНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ
ЛИМФОСАРКОМАХ**

*Кафедра патологической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет,
ИХБиФМ СО РАН, г.Новосибирск
Научные руководители: д.м.н., профессор Т.А. Агеева,
д.б.н., профессор М. А. Зенкова*

Актуальность исследования. Серьезным препятствием в лечении большинства злокачественных новообразований является формирование феномена множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) опухолевых клеток. Развитие феномена МЛУ может осуществляться за счет активного выведение химиопрепаратов под действием трансмембранного белка Р-гликопротеина, кодируемого геном MDR1, нарушение механизмов апоптоза в результате гиперэкспрессии гена bcl-2, мутаций в гене p53. Большой интерес представляет изучение механизмов прогрессирования МЛУ в опухолях изначально имеющих фенотип устойчивости к цитостатикам.

Цель. В фенотипически различных опухолях RLS и RLS40 исследовать эффекты полихимиотерапии (ПХТ) на опухолевую ткань, уровни экспрессии генов МЛУ и апоптоза.

Материалы и методы. Исследование проведено на мышах линии СВА, которым была перевита внутримышечно мышьяная лимфосаркома RLS либо лимфосаркома RLS40, изначально устойчивые к циклофосфану (Каледин В.И. 2006), причем RLS40 была культивирована в присутствии повышающихся концентраций винбластина и характеризуется более агрессивной лекарственной устойчивостью. Затем провели три последовательных курса ПХТ с интервалом в 7 дней по схеме СНОР. В динамике ПХТ методом ОТ-ПЦР оценивали уровень экспрессии генов bcl-2, mdrlb и p53. При мор-

фометрическом исследовании определяли численную плотность апоптозов. Размеры опухолевого узла отслеживали путем измерения пораженной лапы штангенциркулем.

Результаты исследования. Изначально в опухоли RLS преобладала экспрессия гена *bcl-2*, а RLS40 характеризовалась высоким уровнем экспрессии *mdr1b* (Шкляева О.А. 2008). После воздействия трех курсов ПХТ в опухоли RLS повысился уровень экспрессии генов: *mdr1b* в 1,8 раза, *bcl-2* - в 1,3 раза, а в опухоли RLS40 эти показатели выросли более значительно: в 2,8 раза и 2,0 раза соответственно. Уровень экспрессии гена *p53* изначально был выше в опухоли RLS40 и после первого курса ПХТ этот показатель сначала существенно снизился в 4,4 раза, а затем после третьего курса ПХТ повысился, при неизменной численной плотности апоптозов. В опухоли RLS экспрессия гена *p53* снижалась, но незначительно, а затем повысилась до исходного уровня при нарастающей от курса к курсу численной плотности апоптозов в опухолевой ткани. При этом на фоне ПХТ опухолевый узел постепенно незначительно уменьшался в размерах у мышей с опухолью RLS40, а в опухоли RLS размеры узла оставались неизменными.

Заключение. На фоне 3-х курсов ПХТ, несмотря на изначально разный уровень индукции гена *mdr1b*, продолжает нарастать МЛТУ опухоли RLS и RLS40 с селекцией еще более лекарственно устойчивой опухоли, при этом в более агрессивной RLS40 на фоне лечения, наращивание лекарственной устойчивости идет интенсивнее. RLS, являющаяся изначально фенотипически более «благоприятной» и имеющая меньший прирост экспрессии гена *mdr1b* на фоне ПХТ, показала более значимую опухолевую прогрессию, видимо, за счет интенсивного пролиферативного режима и формирования вторичных мутаций генома. Это проявилось отсутствием регресса опухоли при введении цитостатиков и прогрессирующим увеличением количества апоптозов в опухолевых клетках, как результата грубых поломок генома. Таким образом, лимфосаркомы RLS40 и RLS, имеющие разные фенотипические характеристики, в процессе повторяющейся цитостатической нагрузки наращивают злокачественный потенциал, задействуя разные механизмы.

Ю.А. Степанова

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ КОШКИ В ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.б.н., доцент Н.Н. Дубинина*

Актуальность. Плацента – важнейший внезародышевый орган, обеспечивающий во время эмбриогенеза многочисленные функции зародыша (ды-

хание, питание, выведение продуктов обмена и др.). Роль плаценты чрезвычайно велика, поскольку именно через нее осуществляется формирование гормонального, а также иммунного статуса развивающегося эмбриона. В плаценте различают детскую, представленную ворсинчатым хорионом, и материнскую части.

В настоящее время наиболее изученным является гемохориальный тип плацент, характерный для человека и других млекопитающих. Однако, плацента кошки по форме и особенностям взаимодействия хориона с материнскими тканями является поясной (зональной) вазохориальной. Данный тип плаценты представляет особый интерес для морфологического исследования как с точки зрения эволюционной гистологии, так и возможности создания экспериментальной модели, позволяющей изучать нарушения эмбриогенеза у хищных животных.

Цель исследования. Изучить архитектуру плаценты домашней кошки на разных сроках физиологической беременности при помощи морфологических и морфометрических методов.

Материал и методы. Исследовали гистологические препараты плаценты кошки на 14, 22, 30, 45 и 56 сутки физиологической беременности. Материал получали при проведении у животных овариогистэктомии по желанию их хозяев на базе ветеринарной клиники факультета ветеринарной медицины Новосибирского Государственного Аграрного Университета «Клиника болезней мелких домашних животных». Исследование гистологического строения плаценты проводили общеморфологическими методами. Для морфометрического исследования использовали сетку, состоящую из 289 точек.

Результаты исследования. Ворсинчатый хорион на всех исследованных сроках имел сложную архитектонику. Он представлял собой анастомозирующие балки, разделенные прослойками материнской соединительной ткани. В составе балок дифференцировали плохо выраженную эмбриональную соединительную ткань с сосудами, а также крупные (вероятно, полиплоидные) трофобластические клетки, препятствующие развитию иммунологического конфликта между организмами матери и плода. Максимальной их численная плотность оказывалась на 45 сутки эмбриогенеза.

Использование морфометрического анализа позволило зафиксировать достоверное увеличение объемной и поверхностной плотности трабекул в плаценте, а также возрастание численной плотности материнских и эмбриональных сосудов в период с 14 по 30 сутки беременности с последующей стабилизацией данного параметра. Вторая половина беременности сопровождалась истончением трофобластического слоя, появлением синцитио-капиллярных мембран, которые отражают интенсивность протекающих обменных процессов в системе «мать-внезародышевые органы-плод».

Выводы. Во время беременности вазохориальная плацента кошки претерпевает определенные структурные преобразования. Эти изменения оказываются во многом сходными с таковыми в гемохориальных плацентах, однако характеризуются рядом особенностей, которые определяются спецификой протекания эмбриогенеза у хищных.

НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

З.Ш. Аннаев

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ДОСТАВКИ БОРА В ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ПРИМЕРЕ ГЛИОБЛАСТОМ

Кафедра нейрохирургии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н. В.В. Каныгин

Проблема. Статья посвящена выявлению тенденций развития современных исследований способов доставки бора к опухолевым клеткам.

Цель. Определить наиболее respectable способ доставки бора к опухолевым клеткам, согласно результатам современных исследований.

Задачи.

- 1) Описать параметры способов доставки бора.
- 2) Обосновать положения наиболее respectable способа доставки бора каждой группы исследований.

Материалы и методы.

Статьи:

BNCT and other Emerging Treatments for Malignant Glioma

A. Matsumura, T. Yamamoto and others (*Department of Neurosurgery, Tsukuba, Japan*)

Phase II Clinical Study of Boron Neutron Capture Therapy combined with X-ray Radiotherapy/Temozolomide in Patients with Newly Diagnosed Glioblastoma Multiforme

S. Kawabata, S-I. Miyatake, and others (*Department of Neurosurgery, Osaka Medical College, Osaka, Japan*)

Boron Neutron Capture Therapy for Newly Diagnosed Glioblastoma Multiforme: An Assessment of Clinical Potential

J.W. Hopewell, T. Gorlia and others (*Green Templeton College and Particle Therapy Cancer Research Institute, University of Oxford, UK*)

Comparison of an Optimized Regimen for BNCT of Brain Tumors with Carboplatin

and Photon Radiation for Chemoradiotherapy of the F98 Rat Glioma

Rolf F. Barth, Weilian Yang and others (*Department of Pathology, The Ohio State University, OH USA*)

Clinical results of BNCT for glioblastoma: comparison with conventional treatment

T. Kageji, Y. Mizobuchi and others (*The University of Tokushima, Tokushima, Japan*)

Методы: **сравнительный анализ научных данных.**

Результат. Сопоставление эмпирических данных, приведенных в исследованиях ученых Японии, США и Швеции показало, что наиболее качественный терапевтический эффект и низкая степень выраженности побочных проявлений могут быть получены при использовании комбинации соединений ВРА и BSH, введенных вместе с BBB-D, достаточно больших доз вещества (до 900 мг/кг - ВРА, до 100 мг/кг — BSH), внутриартериально-го способа введения, длительности введения — 2–6 ч.

Г. С. Сергеев

ЧИСЛЕННЫЙ АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ДЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ И ПЕРФУЗИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра нейрохирургии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н. М. Е. Амелин

Цель. Исключить субъективизм оценки результатов эндоваскулярных вмешательств при артериовенозных мальформациях головного мозга с помощью разработанного программного обеспечения.

Задачи.

1. Сделать количественную оценку эффективности эмболизации артериовенозных мальформаций головного мозга.
2. Прогностически оценить эффективность выше названной манипуляции в соответствии с полученными данными.

Материалы и методы. До- и послеоперационные ангиограммы и компьютерные томограммы проведенные пациентам с артериовенозными мальформациями головного мозга. Ангиография проводилась по протоколу, которая отображала одинаковую проекцию образования головного мозга в до- и послеоперационный период, вводилось внутриартериально контрастное вещество в объеме 50–70 мл, скорость его введения 5 мл/с. Протокол компьютерной томографии: 80kV, 250mAs, 1 оборот трубки в секунду, введение 50 мл. контрастного препарата со скоростью 5 мл/с. В образовании численно оценивалась степень послеоперационного уменьшения кровотока

с помощью созданной компьютерной программы. Программа работает по следующему алгоритму:

1. Входные данные: месторасположение растровой графики полученной по выходе из диагностических аппаратов, пиксельное расположение окружности очерчивающей интересующую нас область с артериовенозной мальформацией, цветовой диапазон в кодировки RGB характерный для контрастируемых сосудов.

2. Работа программы. Программа вычисляет в до- и послеоперационных изображениях, в интересующей нас области, количество пикселей одинакового цвета. Суммирует пиксели в указанном цветовом диапазоне. Вычисляет снижение кровотока в образовании по следующей формуле: $СК = \frac{П_{до}}{П_{после}} * 100$.

3. Выходные данные: сумма пикселей до операции (Пдо), сумма пикселей после операции (Ппосле), снижение кровотока (СК%).

Результат. Разработанная программа позволяет численно (в % соотношении) с высокой точностью оценить степень деваскуляризации артериовенозных мальформаций. Данная методика сравнивалась с заключениями специалистов, которые на сегодняшний день являются «золотым стандартом» и показала свою эффективность. В дальнейшем планируется провести клинические исследования данного программного обеспечения и прогностически оценить эффективность лечения артериовенозных мальформаций головного мозга.

Е. А. Баргаева, С. В. Цой
**ТЕЧЕНИЕ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА**

Кафедра неврологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Б.М. Доронин

Актуальность. По оценкам широкомасштабного исследования в мире насчитывается 24,3 млн. больных деменцией (данные 2005 г.), ежегодно регистрируется 4,6 млн. новых случаев заболевания. Прогнозируется, что число больных будет удваиваться и достигнет 42 млн. к 2020 г. и 81,8 млн. к 2040 г. Сосудистая деменция составляет 20% всех случаев деменции и является второй по частоте после болезни Альцгеймера в странах Западной Европы и США. Но в некоторых странах мира, таких как Россия, Финляндия, Китай и Япония, СД занимает 1-е место и встречается чаще, чем болезнь Альцгеймера.

Цель. Изучить частоту заболеваемости сосудистой деменцией среди пациентов перенесших инсульт и страдающих хронической церебральной ишемией. Провести анализ корреляционных взаимоотношений у пациен-

тов с когнитивными расстройствами в зависимости от таких факторов, как возраст, повторные инсульты в анамнезе, сопутствующие заболевания (АГ, атеросклероз, ИБС, СД, васкулит, аритмия), давность инсульта, наличие церебральной ишемии, локализация пат.очага.

Задачи: 1. Выявить больных сосудистой деменцией различных стадий среди пациентов, перенесших инсульт и страдающих хронической церебральной ишемией. 2. Определить особенности когнитивных нарушений у пациентов с сосудистой деменцией. 3. Проанализировать данные анамнеза выявленных пациентов. 4. Провести сравнительный анализ течения сосудистой деменции в зависимости от факторов риска. 5. Выявить пациентов в состоянии депрессии.

Материалы и методы исследования: — анализ литературы; — проведение тестов MMSE (Mini-Mental State Examination), тест рисования часов, батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery — FAB), ишемическая шкала Хачинского, гериатрическая шкала депрессии (GDS); — данные анамнеза.

В исследовании участвовали 3 группы по 10 пациентов каждая. 1 группа — контрольная, пациенты без сосудистой патологии головного мозга, но с сопутствующими заболеваниями. 2 группа — пациенты, перенесшие инсульт или страдающие хронической церебральной ишемией, с сопутствующими заболеваниями, без когнитивных нарушений или с легкими когнитивными нарушениями. 3 группа — пациенты, перенесшие инсульт или страдающие хронической церебральной ишемией, с сопутствующими заболеваниями, с умеренными когнитивными нарушениями или с признаками сосудистой деменции.

Результаты: среди пациентов 1-ой группы — 30% имеют легкие когнитивные нарушения и 70% не страдают когнитивными нарушениями; во 2-ой группе — 80% — люди с умеренными когнитивными нарушениями и легкой степенью деменции и 20% не имеют когнитивных нарушений; в 3-ей группе — 100% — больные, страдающие деменцией умеренной степенью выраженности. По шкале GDS: в 1-й группе выявлено 20% пациентов с легкой степенью депрессии, во 2-ой — 30% легкой степени, в 3-ей — 50% с легкой и 10% со средней степенью депрессии.

Выводы. В ходе проведенного исследования выяснено, что:

— у пациентов, перенесших инсульт или страдающих хронической церебральной ишемией, степень когнитивных нарушений намного выше, чем у пациентов без сосудистой патологии головного мозга;

— среди пациентов, перенёсших инсульт или страдающих хронической церебральной ишемией, когнитивные расстройства выражены сильнее (или диагностирована сосудистая деменция) при сочетании нескольких соматических заболеваний. Наблюдается прямо пропорциональная зависимость между количеством и тяжестью сопутствующих патологий и выраженностью когнитивных нарушений;

— у пациентов, находящихся в депрессии, когнитивные нарушения более выражены, чем у пациентов без депрессии.

Е. Г. Бодренко, С. А. Бурдукова
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
РАБОТ У ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ
«ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ»**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: проф. Доронин Б. М.*

Актуальность. За последние годы детский церебральный паралич (ДЦП) стал одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. В среднем 6 из 1000 новорожденных страдают церебральным параличом.

Ребёнок с диагнозом ДЦП нуждается в индивидуально разработанной восстановительно-коррекционной программе, включающей в себя различные занятия ребенка — его обучение; занятия по развитию речи и слуха; проведение занятий, направленных на социальную адаптацию ребенка; занятий по развитию эмоциональной сферы.

Исследование. Объектом исследования является проявление детского церебрального паралича в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений.

Цели. Изучение осложнений и последствий детского церебрального паралича.

Рассмотрение методов по профилактике детского церебрального паралича

Задачи:

Выявить осложнения и последствия детского церебрального паралича.

Выявить эффективность методов лечебно-педагогической и лечебно-профилактической работы у детей с диагнозом детский церебральный паралич.

Общее число обследуемых:

Пациенты: дети с диагнозом ДЦП

Общее число обследуемых 30 человек (мальчики и девочки в возрасте от 5 до 15 лет).

Диагноз:

Детский церебральный паралич различной формы:

1.1 Спастическая диплегия, 1.2 Двусторонняя гемиплегия, 1.3 Гиперкинетическая форма, 1.4 Атонически-астатическая (мозжечковая) форма, 1.5 Гемиплегическая форма.

Материалы и методы исследования. Работа с историями болезни; сбор анамнеза; неврологический осмотр; тесты на выявление двигательных и координаторных отклонений (проба Ромберга, проба Баре, проба Фишера, тест Барани), речевых (понимание устной и письменной речи, выявление парафазии, персевераций в речи, построение фраз, называние предметов, произношение слов, понимание сложных многозвеньевых и атрибутивных конструкций) и психических отклонений (исследование гнозиса и праксиса, рисование часов, соединение точек); результаты ЭГ-мониторинга, МРТ, КТ.

Выводы. В ходе работы выявлены осложнения и последствия детского церебрального паралича в 96 %. Эффективность методов лечебно-педагогической и лечебно-профилактической работы для снижения осложнений и последствий составила 82 % в зависимости от формы ДЦП.

К. В. Рерих*, А. И.Демянчук*
**ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ДИНАМИКУ
НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ОСТРОЙ
ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
НИЖНЕЙШЕГО УРОВНЯ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б. М. Доронин*

Актуальность. Острая позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) остается одной из самых значимых причин смертности и инвалидизации на сегодняшний день. Остается противоречивым определение факторов, влияющих на неврологический дефицит, а так же значимость времени проведения декомпрессивного хирургического лечения у пациентов с острой ПСМТ. Наличие и продолжительность, так называемого, «терапевтического окна», в течение которого декомпрессивная операция может уменьшить явления вторичного повреждения и улучшить неврологический прогноз остаются неясными.

Цель. Определить факторы, влияющие на динамику неврологического дефицита у пациентов с изолированной острой ПСМТ шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование, в котором были изучены 37 историй болезней пациентов (мужчин — 33, женщин — 4), в возрасте от 17 до 59 лет ($30,8 \pm 12,5$) с изолированной ПСМТ на субаксиальном уровне в раннем, промежуточном и позднем периоде с компрессией спинного мозга, с неврологическим дефицитом по шкале ASIA от А до D, находившихся на лечении в Новосибирском НИИТО

с 2007 по 2011 год, которым было проведено оперативное лечение, направленное на декомпрессию спинного мозга. Время от травмы до оперативного вмешательства составило от 3 до 72 часов ($12,8 \pm 16,7$). Неврологический дефицит на момент поступления по ASIA: А — 22 человек, В — 6, С — 2, D — 7.

Кроме того, были изучены данные магнитно-резонансной диагностики позвоночно-спинномозговой травмы у этих пациентов. Определены индексы максимального стеноза позвоночного канала (МСС) и максимальной компрессии спинного мозга (MSCC). Оценена возможность использования этих индексов, как объективных критериев определения степени утраты неврологической функции и предикторов восстановления неврологического дефицита.

Результаты. Улучшение в неврологическом дефиците выявлено у 9 пациентов (28%). Среднее время от момента травмы до операции составило от 3 до 11 часов ($5,5 \pm 3,2$). Группа, в которой улучшения не наблюдалось, составила 28 человека (72%). Среднее время до операции от 3 до 72 часов ($14,5 \pm 17,4$).

В промежуточном периоде результат удалось проследить у 18 пациентов. Группа, в которой наблюдалось улучшение, составила 11 человек (61%). Время до операции составило от 3 до 11 часов ($5,8 \pm 3$). Группа без улучшения составила 7 человек (39%), время до операции — от 3 до 72 часов ($14,6 \pm 18,1$). В отдаленном периоде проследить результат удалось у 14 больных. Группа с улучшением составила 9 больных (64%), время до операции — от 3 до 11 часов ($5,5 \pm 3,2$), без улучшения — 5 человек, время до операции — от 3 до 72 часов ($14,8 \pm 19,2$).

Смертность составила 19%, которая была обусловлена спинальным шоком и присоединившимися инфекционными осложнениями.

Индексы МСС были изучены у 20 больных, а MSCC у 14 человек. Степень соответствия индекса МСС степени нарушения неврологической функции в острый период ПСМТ составила 55 %, в ранний период — 55%, в промежуточный и поздний периоды — 65%. Степень соответствия индекса MSCC степени нарушения неврологической функции в острый период составила 79%, в ранний — 86% и в промежуточный и поздний периоды — 86%.

Выводы. Наиболее информативным прогностическим признаком степени утраты неврологических функций является степень компрессии спинного мозга, определяемая по индекс MSCC и длительность самой компрессии, что делает целесообразным раннее проведение декомпрессионно-стабилизирующих операций.

Д. Ю. Бакланова, М. А. Колесникова
**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО
МОЗГА НА ПРИМЕРЕ МЕНИНГИОМ, НЕВРИНОМ И
ГЛИОБЛАСТОМ**

*Кафедра нейрохирургии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Е. Г. Мелиди*

Актуальность исследования. Опухоли центральной нервной системы составляют примерно 5% от всех новообразований в организме. В настоящее время диагностика опухолей головного мозга стала значительно точнее. Однако, несмотря на это, самым первым методом диагностики при подозрении у больного опухоли головного мозга остается неврологический осмотр. Очень важно выделить специфические признаки той или иной опухоли, что заставляло бы сразу обратить на них внимание врачей разных специальностей.

Цели исследования: разработать диагностические критерии для выявления менингиом и неврином головного мозга различных локализаций.

Задачи исследования: выделить неврологические симптомы и синдромы у пациентов (материалы историй болезни), особенности данных МРТ, КТ головного мозга.

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: были проанализированы данные 74 пациентов. Из них: 62% локализация в мостомозжечковом углу (ММУ). При данной локализации опухоли были выделены соответствующие особенности: 29% женщин, 71% мужчин, средний возраст 43 ± 5 лет. Патоморфологически: 25% менингиомы, 75% невриномы. Были обнаружены изменения в лабораторных данных в ОАК синдром ускоренной СОЭ, который не был специфичен для диагностики данных заболеваний. Были выявлены особенности при инструментальных исследованиях: ЭКГ — у 33 % пациентов были выявлены изменения по ЭКГ: 14% менингиомы, 28% невриномы. При менингиомах встречались нарушения внутрипредсердной проводимости, а при невринах — внутрижелудочковой проводимости. Эти предварительные данные требуют дополнительных рандомизированных исследований. Были выявлены клинико-лабораторные особенности у неврином и менингиом (сравнение по КТ и МРТ). Менингиома: контрастное объемное образование с широким основанием-матриксом в области ММУ; невринома: рост опухоли из 8 нерва, увеличение и деформация внутреннего слухового прохода. По жалобам: менингиомы: преобладают постоянные головные боли, головокружение, нарушение слуха. Невриномы: преобладают периодиче-

ские головные боли, нарушение чувствительности половины лица, снижение слуха.

Выводы: при выявлении менингиом и невриномах с локализацией в мостомозжечковом углу диагностически важно детальное изучение неврологического статуса, т.к. при размерах опухоли до 3 см, это повлияет на тактику лечения (открытая хирургия, радиохирurgia или динамическое наблюдение). При невриноме мостомозжечкового угла неврологическая симптоматика более специфична для этого места локализации.

О. А. Зелинская, З. Р. Омарова
**ВЛИЯНИЕ БЕЗАЛКОГОЛЬНЫХ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ
НАПИТКОВ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б. М. Доронин*

Актуальность. Состав энергетических напитков сложен, и часто производители скрывают рецепты их изготовления. В качестве активных ингредиентов в напитках обычно используются кофеин, таурин, глюкоза, экстракты таких растений, как китайский лимонник и Жень-шень, а также различные витамины и пищевые добавки (консерванты, ароматизаторы, регуляторы кислотности, красители). Проблема в том, что в научной литературе сведения о фармакологической активности энергетических напитков ограничены, и мало информации о том, как это может повлиять на когнитивные функции.

Цель: изучение состава и анализ влияния энергетических напитков на когнитивные функции.

Задачи: определить влияние компонентов энергетических напитков на когнитивные функции.

Сроки исследования: с 30.10.11 по 20.02.12.

Общее число исследованных 50 человек (юноши и девушки в возрасте от 18-22 лет):

Исследуемые: 1. С когнитивными нарушениями.

2. Без когнитивных нарушений.

Материалы и методы исследования:

1. Исследование состава энергетических напитков;
2. Оценка когнитивности у исследуемых;
3. Тест на запоминание двадцати слов;
4. Тест «Распределение и переключение внимания»;
5. Корректирующая проба Бурдона;
6. Обработка полученных результатов.

Выводы. «Энергетики» не приносят организму никакой пользы, и стимуляторы в них содержатся как в чае, кофе. Принимая энергетические на-
330

питки, организм практически работает на пределе своих возможностей, постоянно находясь в режиме стресса. По пришествию действия энергетических напитков, человек чувствует сильную усталость, психологическую истощаемость, снижения внимания, уровня концентрации и сонливость. Энергетические напитки не несут в себе никакой энергии, они берут ее из нашего организма, и поэтому очень опасны для нервной системы.

Д. С. Свейковский
**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ
ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б. М. Доронин*

Актуальность. Одной из наиболее значимых и сложных проблем современной неврологии является реабилитация больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ); на этот процесс влияет множество факторов, в том числе и психоэмоциональный фон больного. Эмоциональные нарушения возникают в 25–50% случаев ИИ (для РФ это 120–250 тыс. больных в год); на практике значительные трудности вызывает дифференцировка соматогенных (первичных) и нозогенных (вторичных) эмоциональных нарушений, открытым также остается вопрос их корреляции с поражением определенных отделов головного мозга.

Цели и задачи работы. Выявление корреляции между развитием соматогенных эмоциональных нарушений и локализацией ишемического очага в доминантном или субдоминантном полушарии головного мозга, с учетом долевого строения коры, величины и глубины поражения (кора, подкорковые образования, проводящие пути).

Объект и методы исследования. В исследовании участвовала группа из 30 больных (возраст 45–75 лет) в остром периоде ишемического инсульта (3–7 дней от начала заболевания), разделенная на 2 равных подгруппы (с поражением доминантного (в данной выборке — левого) и субдоминантного (правого) полушария). В обеих подгруппах проводилась оценка неврологического статуса пациента, сбор анамнеза, определение локализации патологического очага (КТ, МРТ), нейропсихологическое обследование (тест рисования часов, MMSE, FAB, HDRS, ZARS, Y-BOCS).

Результаты исследования, выводы. В ходе работы была выявлена достоверная зависимость между локализацией и характеристиками патологического очага в головном мозге и возникающими эмоциональными нарушениями:

1) При поражении доминантного полушария типично развитие выраженной постинсультной депрессии (90%, 10-206 HDRS) в сочетании с демен-

цией легкой степени тяжести (90%, 20-236 MMSE); как правило, у больных также наблюдаются проявления моторной афазии и апраксии.

2) При поражении субдоминантного полушария соматогенная депрессия встречается реже и носит менее тяжелый характер (30%, 8-106 HDRS); развивается сложный комплекс когнитивно-эмоциональных расстройств (80%) с частичной анозогнозией, нарушением ориентации во времени и пространстве, амнестическими проявлениями (псевдореминесценции и конфабуляции), легким снижением интеллекта (80%, 25-276 MMSE) и тревожным расстройством средней степени тяжести (80%, 45-556 ZARS).

3) Описанные изменения характерны для поражений теменной и височной долей (бассейн средней мозговой артерии). Наличие патологического очага в бассейне передней мозговой артерии (в лобных долях) сопровождается развитием классического феномена «лобной психики» (асоциальность, аспонтанность, неопрятность, дурашливость; 10% всей группы больных), несколько более выраженного при поражении доминантного полушария (10-126 MMSE, 4-6 FAB).

4) Наиболее тяжелыми нарушениями сопровождались патологические очаги размером более 5–6 см хотя бы по одному из измерений, затрагивающие волокна белого вещества, базальные ядра, а также элементы лимбико-ретикулярного комплекса.

К.С. Доронина
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ
И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА СО В ЛЕГКИХ И КУРЕНИЯ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

Актуальность. За последние годы было проведено множество исследований, доказывающих вредное воздействие курения на организм человека. Курение способствует развитию таких явлений как эндотелиальная дисфункция, оксидативный стресс, повышенная тромбогенность, и лейкоцитоз, что пагубно сказывается на всех системах организма, в том числе и на нервной. Известно, что курильщики гораздо чаще подвергаются риску развития ишемического и геморрагического инсульта, внутримозговых и субарахноидальных геморрагий.

Задачи. Но влияет ли курение на когнитивные функции? На этот вопрос уже пытались ответить ученые из университета Нортумбрии (Великобритания). В своем исследовании ученые выяснили, что курение существенно снижает проспективную память (способность запомнить что-либо, для

совершения этого в будущем). Результаты продемонстрировали: никогда не курившие люди справлялись с заданием в 81% случаев, курильщики же — в 59%.

Материалы и методы. Руководствуясь уже имеющимися данными, мы решили провести исследование, по результатам которого можно будет оценить ретроспективную память, концентрацию внимания и скорость реакции у студентов НГМУ в возрасте от 18 до 25 лет, в зависимости от анамнеза курения. Выборку из 120 студентов мы разделили на 3 группы: курящие, бросившие и никогда не курившие. Каждой группе был проведен ряд тестирований (отсроченное воспроизведение слов, тест Заззо, Шульте и HADS для исключения когнитивного снижения вследствие депрессии или тревоги), а так же с помощью газоанализирующего прибора было проверено содержание СО в легких. Так же мы учитывали средний балл студентов за 2 последние сессии.

Результаты. в задании «отсроченное воспроизведение слов» курильщики в среднем воспроизвели 53,4% слов, бросившие 58, 3%, а никогда не курившие — 69,25%. По тестам Шульте и Заззо курящие показали 36,3 и 35,5сек соответственно, бросившие в среднем выполнили задания за 35,1 и 33,3сек, а некурящие — 29,5 и 32,8%. По шкале тревоги и депрессии HADS у курильщиков наблюдался повышенный уровень тревоги и депрессии в сравнении с бросившими и некурящими.

Выводы. Проанализировав результаты тестов, мы выяснили, что курение неблагоприятно влияет на когнитивные функции и эмоциональное состояние, причем сила этого влияния прямо пропорциональна содержанию СО в легких и силе никотиновой зависимости.

А. К. Лазарева, Ю. С. Тимофеева, Н. В. Тимошенко
**АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ
ДРОЖАТЕЛЬНОЙ И АКИНЕТИКО-РИГИДНОЙ ФОРМАХ
БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б. М. Доронин*

Актуальность. Когнитивные нарушения, наряду с классическими моторными симптомами, являются составной частью клинической картины болезни Паркинсона (БП). Исследования показывают, что когнитивные нарушения наблюдается у 95% больных. Вместе с тем нет четких представлений о стадийности развития когнитивных нарушений в сопоставлении с динамикой прогрессирования моторных симптомов, недостаточно изученной остается характер и структура отдельных когнитивных функций на раз-

ных стадиях болезни и при различных ее формах. Изучение когнитивных нарушений у пациентов с БП, их причин и механизмов является важным аспектом в исследовании заболевания, т.к. своевременная их коррекция может улучшить качество жизни, снизить темп развития инвалидизации и продлить период активной деятельности пациентов.

Цель работы: сравнительная оценка когнитивных нарушений при дрожательной и акинетико-ригидной формах болезни Паркинсона.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 8 пациентов с БП различной степени тяжести, которые были разделены на 2 группы (по 4 человека в каждой): 1 группа – пациенты с дрожательной формой БП, 2 – с акинетико-ригидной формой. Критериями включения были: соответствие диагноза БП критериям унифицированной шкалы оценки болезни Паркинсона и способность пациентов выполнять нейропсихологические тесты.

Верификация диагноза, определение формы заболевания проводились по унифицированной шкале UPDRS. Баллы вычисляли на основании 4-балльной градации каждого из симптомов, при этом меньшее количество баллов соответствовало менее выраженным симптомам заболевания. Для оценки стадии болезни использовалась шкала Хен-Яра. Для определения степени выраженности нарушений использовались следующие тесты: краткое исследование психического состояния (Mini-Mental State Examination – MMSE), тест рисования часов, тест «10 слов» (А. Р. Лурия), унифицированная шкала оценки болезни Паркинсона (UPDRS).

Результаты. В 1 группе пациентов были установлены 1,0–2,5 стадии БП по Hoehn-Yahr. Длительность болезни колебалась от 2 до 4 лет, возраст начала заболевания находился в диапазоне от 57 до 67 лет, а возраст на момент проведения исследования варьировал от 59 до 71 года. Средний показатель по MMSE-тесту — 26 баллов (соответствует умеренным когнитивным нарушениям). Тест рисования часов выполнен на 8 баллов, методика «5 слов» — на 8, 75 балла. Во 2 группе установлены 3,0–4,0 стадии болезни Паркинсона по Hoehn-Yahr. Длительность болезни колебалась от 3 до 5 лет, возраст начала заболевания находился в диапазоне от 54 до 70 лет, а возраст на момент исследования варьировал от 58 до 75 лет. Средний показатель по MMSE-тесту — 23,75 баллов (соответствует легкой деменции). Тест рисования часов выполнен на 5,25 баллов, методика «5 слов» — на 6, 75 балла.

Выводы. 1. Когнитивные нарушения различной степени выраженности выявляются у пациентов с ранних стадий заболевания. 2. Результаты выполнения тестов находятся в прямой зависимости от прогрессирования болезни Паркинсона. 3. Наибольший темп прогрессирования когнитивных нарушений отмечен у более пожилых пациентов с более поздней стадии заболевания и более длительным течением болезни. 4. Степень тяжести когнитивных расстройств выше при акинетико-ригидной форме заболевания: в 50 % случаев достигает уровня легкой деменции.

Т.А. Малькова, А.В. Неведомская*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ
БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ И СИНДРОМА
БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА ПРИ
ШЕЙНОЙ МИЕЛОПАТИИ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. Б.М. Доронин,
асп. Ю.Ю. Спирина*

Боковой амиотрофический склероз (болезнь двигательных нейронов, болезнь Шарко) — хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы с избирательным поражением центральных и периферических двигательных нейронов. Первые признаки проявляются в возрасте от 40 до 70 лет. Этиология не известна. Течение: быстро прогрессирующее. Клинические проявления: слабость дистальных отделов конечностей; атрофии и фасцикуляции мышц; поражение бульбарных мышц, атрофия языка, нарушение функции мягкого неба, мышц глотки и гортани; псевдобульбарный синдром проявляется дизартрией, дисфагией, оживляется нижнечелюстной и сохраняется глоточный рефлекс, вызываются рефлекс орального автоматизма; парезы; пирамидные нарушения, а вследствие — повышение рефлексов.

Шейная миелопатия с БАС синдромом — не воспалительные, дистрофические поражения спинного мозга. Первые признаки проявляются в возрасте от 40 до 70 лет. Этиология: вертеброгенная, атеросклеротическая, канцероматозная, посттравматическая, метаболическая, постлучевая. Течение: медленно прогрессирующее. Клинические проявления: атрофии и фасцикуляции мышц, пирамидные нарушения, грыжи и протрузии межпозвоночных дисков поясничной области; нарушение чувствительности и слабость дистальных отделов конечностей; парезы.

В настоящее время дифференциальная диагностика заболевания БАС и синдрома БАС при шейной миелопатии представляет некоторую сложность. Это связано с тем, что очень часто синдром имитирует заболевание.

Наша работа направлена на изучение клинических проявлений данного заболевания и синдрома, определения различия между ними, своевременного и точного распознавания заболевания БАС. Это необходимо для раннего назначения адекватной терапии, продлении жизни и инвалидизации таких пациентов.

Е.Е. Демидов, А.В. Лаврищева
**НАСЛЕДСТВЕННАЯ МОТОРНО-СЕНСОРНАЯ
НЕЙРОПАТИЯ – БОЛЕЗНЬ ШАРКО-МАРИ-ТУТА.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С СИНДРОМОМ
ГИЙЕНА-БАРРЕ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. Б.М. Доронин, к.м.н.,
асс. Е.В. Соболевникова*

Актуальность. Болезнь Шарко-Мари-Тута является одной из наиболее распространенных форм наследственных заболеваний периферической нервной системы человека (1:7000 населения). Течение заболевания постепенное, но неуклонно прогрессирующее.

Цель. Дифференциальная диагностика болезни Шарко-Мари-Тута с заболеванием периферической нервной системы — синдромом Гийена-Барре.

Задачи: 1. Изучить клинические проявления, ведущие к инвалидизации больных с диагнозом; 2. Дать объективный дифференциальный диагноз болезни Шарко-Мари-Тута с синдромом Гийена-Барре; 3. Предложить возможные варианты протезирования конечностей при болезни Шарко-Мари-Тута с целью улучшения качества жизни.

Объекты исследования. Пациенты с болезнью Шарко-Мари-Тута и синдромом Гийена-Барре.

Материалы и методы исследования: 1. Анализ историй болезни пациентов с заболеванием Шарко-Мари-Тута и синдромом Гийена-Барре; 2. Работа с пациентами с болезнью Шарко-Мари-Тута: неврологический осмотр, генетический анализ.

Результаты. Были обследованы 2 пациента (сестры) с диагнозом наследственная моторно-сенсорная невропатия Шарко-Мари-Тута: 10 и 12 лет. Первые клинические симптомы появились в 7 лет. В настоящее время больные имеют следующие клинические симптомы: стопа Фридрейха, диффузная мышечная гипотония в руках и ногах, гипотрофия мышц предплечья, икроножных мышц, парез (преимущественно дистальный): в руках 4 балла, в ногах 3,5–4 балла, сухожильные рефлексы на руках значительно снижены, на ногах сухожильные рефлексы не выявлены, координационные пробы выполняет удовлетворительно, походка по типу степажа, тазовых расстройств нет, расстройств поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено.

Учитывая характерную клинику заболевания и наследственный характер (болеют отец и две сестры, аутосомно-доминантный тип наследования) можно предположить, что это моторно-сенсорная невропатия (болезнь Шарко-Мари-Тута) I типа.

Был проведен анализ историй болезни пациентов с синдромом Гийена-Барре. Выявлены отличия: для болезни Шарко-Мари-Тута характерна гене-

тическая детерминированность, тогда как для синдрома Гийена-Барре – инфекционная этиология. При ЭНМГ в случае Шарко-Мари-Тута выявляется симметричное равномерное снижение скорости проведения импульса по двигательным волокнам, тогда как синдрому Гийена-Барре свойственно скачкообразное проведение импульса.

Аномалии ходьбы могут быть исправлены путем использования разных типов подтяжек – AFOs, KAFO и хирургическим методом.

Выводы. Клинические проявления болезни, описанные на примере данных пациентов, соответствуют классическому описанию невралной амиотрофии в научной литературе. Но начало признаков заболевания выявлено в 7 лет, что не характерно для болезни Шарко-Мари-Тута. Произведенный дифференциальный диагноз демонстрирует главные отличия болезни Шарко-Мари-Тута от синдрома Гийена-Барре, что необходимо для правильной постановки диагноза. Несмотря на то, что не существует радикального лечения болезни Шарко-Мари-Тута, протезирование дает возможность многим людям с этим заболеванием вести активную и продуктивную деятельность, что значительно улучшает их качество жизни.

А. С. Павлов, О. М. Павлова
**ОБОСТРЕНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

Актуальность. При всей изученности эпилепсии, в этой болезни всё же остаются маленькие, неизученные островки. Одним из них является обострение эпилептического синдрома при воспалительных заболеваниях. На планете эпилепсией страдают по различным данным от 0,5 до 1 % населения. У некоторого количества пациентов замечается увеличение частоты и тяжести приступов на фоне хронических воспалительных заболеваний, но этому не придают большого значения. Это исследование направленно на изучение зависимости учащения приступов и увеличения тяжести эпилептических припадков при хронических воспалительных заболеваниях.

Методы:

1. Было отобрано 11 пациентов, с ними был проведён неврологический опрос.

2. Анализ литературы

3. Анализ медицинской документации

Исследования проводились на базе ГКБ №1 и ГКБ №1 г. Новосибирска.

Результаты. В результате проведённого исследования было выяснено, что у 7 пациентов, болеющих воспалительными заболеваниями, наблюда-

лась склонность к потере сознания во время приступа и у этих пациентов увеличивалась частота приступов. Из 4 пациентов, не болеющих воспалительными заболеваниями, лишь 1 пациент полностью терял сознание на время приступа, у 2 пациентов наблюдалась потеря памяти на время приступа, 1 пациент находился в сознании и не терял память на время приступа.

Выводы. 1. В результате проведенной работы было обнаружено, что при лечении хронических воспалительных заболеваний уменьшалась частота и выраженность эпилептических припадков;

2. В основе увеличения частоты и тяжести эпилептических припадков лежала депривация сна, которая является одним из триггеров возникновения приступов эпилепсии.

Е.Ю. Кранц, А.С. Будueva, Д.И. Кудина
**ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ
У БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ
В ПОЗВОНОЧНОМ СТОЛБЕ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

Актуальность. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника относятся к хроническим заболеваниям, часто ведущим к ограничению активности лиц трудоспособного возраста в 90 – 97% случаев. Одним из наиболее значимых проявлений процесса дегенерации является формирование грыжи межпозвонкового диска, и более чем в 80% случаев патология выявляется в поясничном отделе. Одним из главных клинических проявлений дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника является болевой синдром, который проявляется у 70% жителей развитых стран; ежегодная частота среди взрослых составляет около 45%, при этом чаще всего страдают люди в возрасте 35–55 лет. Поэтому в наши дни очень важно знать причины развития данной патологии и методы лечения.

Цель: оценить влияние эмоционального состояния пациентов на формирование дегенеративных процессов в позвоночном столбе при остеохондрозе позвоночника.

Критерии включения: пациенты мужского и женского пола в возрасте от 30 до 60 лет.

1. Пациенты с наличием дегенеративных процессов в позвоночном столбе, психоэмоциональных нарушений, выраженного болевого синдрома.

2. Пациенты с наличием дегенеративных процессов в позвоночном столбе и психоэмоциональных нарушений, без выраженного болевого синдрома.

Материалы и методы. Анкетирование 20 больных в возрасте от 30 до 60 лет с заболеваниями позвоночного столба по шкалам депрессии Гамиль-

тона и Хадса и по шкале боли ВАШ. Изучение результатов магниторезонансной томографии.

Результаты исследования. В первой группе по шкале депрессии Гамилтона — с большим депрессивным эпизодом, а 30% — с большим депрессивным эпизодом. По госпитальной шкале депрессии Хадса нормальный уровень тревоги отмечался у 10% пациентов, а нормальный уровень депрессии — у 30%, субклинически выраженная тревога и депрессия — у 10% пациентов. Клинически выраженную тревогу имели 80% пациентов, а клинически выраженную депрессию — 60%. По шкале боли ВАШ средний показатель составил 8. По результатам МРТ 70% пациентов имели диагноз межпозвоночная грыжа, а 30% — остеохондроз. Таким образом, в группе пациентов с болевым синдромом наличие психоэмоциональных нарушений было выявлено у 70% пациентов. Во второй группе пациентов с отсутствием болевого синдрома также были проведены данные тесты и учтены результаты МРТ. По Шкале депрессии Гамилтона у 60% пациентов депрессия отсутствовала, 20% — пациенты с малым депрессивным эпизодом и 20% — с большим депрессивным эпизодом. По госпитальной шкале Хадса нормальный уровень тревоги отмечался у 50% пациентов, а нормальный уровень депрессии — у 90%. 30% имели субклинически выраженную тревогу, а 10% — субклинически выраженную депрессию. 20% пациентов имели клинически выраженную тревогу, а пациентов с клинически выраженной депрессией выявлено не было. По шкале боли ВАШ средний показатель составил 2,5. По результатам МРТ 60% пациентов имели диагноз остеохондроз, а 40% — грыжа. Вследствие этого во второй группе пациентов также были выявлены психоэмоциональные нарушения, но в 40% случаев. Степень нарушений была менее значительной.

Выводы. Выявлено, что эмоциональное вовлечение пациентов с дегенеративными процессами в позвоночном столбе при остеохондрозе усиливается при хронических стрессовых ситуациях, что обуславливается болевым синдромом. Болевой синдром формируется на фоне остеохондроза позвоночника, обуславливая выраженность течения данного заболевания.

М.В. Батищева
**СОЧЕТАНИЕ SPINA BIFIDA И МИКРОАНОМАЛИЙ
РАЗВИТИЯ: ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ,
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

Актуальность темы. Spina bifida — порок развития позвоночника, представляющий собой неполное закрытие нервной трубки в неполностью сфор-

мированном спинном мозге. Встречается примерно у 20% людей европеоидной расы. Возникает в результате нарушения закрытия концов нервной трубки или их повторного открытия на 3 – 4-й неделе беременности. Характеризуется небольшим дефектом или щелью в позвонках, преимущественно в поясничном отделе позвоночника. Клинически в большинстве случаев проявляется болями с иррадиацией в область ягодиц, нижних конечностей.

У пациентов с данной патологией позвоночника часто выявляют более трёх микроаномалий развития (МАР)— врождённых отклонений в развитии органа или системы, не сопровождающихся нарушениями функции. К ним относят гипер- и гипотелоризм, сросшиеся брови, широкую переносицу, седловидный нос, диастему, микрогнатию, деформации ушных раковин и пр. Известно, что развитие Spina bifida и МАР имеет общие этиологические факторы — хромосомные или генные аномалии.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между наличием МАР и наличием врождённого порока развития позвоночника – Spina bifida, а также установить причины сочетания МАР и данного порока.

Задачи исследования:

1. Выявить пациентов с врождённым дефектом нервной трубки - Spina bifida
2. Охарактеризовать жалобы, анамнез при данной патологии развития позвоночника
3. Определить наличие МАР у данной группы пациентов, охарактеризовать их
4. Выяснить предполагаемую причину сочетанного развития МАР и Spina bifida
5. Дать характеристику современных методов диагностики при данной патологии.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование пациента М, возраст 25 лет с жалобами на интенсивные острые стреляющие боли в пояснице, иррадирующие в область ягодицы слева, усиливающиеся после физической нагрузки, который наблюдается в Городском Неврологическом Центре в течение двух лет.

Методы исследования: 1. Клинико — неврологическое исследование, включающее общеклинический осмотр, исследование локальных проявлений и неврологического статуса с акцентом на область поясницы, ягодиц и нижних конечностей 2. Рентгенография поясничного отдела позвоночника в двух проекциях 3. Аналитический 4. Обзор литературы по данной теме.

Результаты исследования. По результатам рентгенографии и на основании характерных жалоб пациенту был поставлен диагноз: остеохондроз поясничного отдела позвоночника с левосторонним поясничным сколиотическим компонентом с преимущественной локализацией на уровне L4-5, L5-S1 межпозвонковых дисков. Spina bifida posterior sacralis totalis. А также

обнаружены следующие МАР: оттопыренные ушные раковины, увеличенные ушные раковины, наличие участков депигментации на кожных покровах, сросшиеся брови, низкорослость.

Выводы. Все пороки развития и МАР возникают в результате 1)генных мутаций 2)хромосомных и геномных мутаций (хромосомные синдромы) 3)комбинированного воздействия генных мутаций и факторов внешней по отношению к зародышу среды 4)тератогенных факторов. Подавляющее большинство связано с изменениями наследственного материала(93-95%). Таким образом, сочетание Spina bifida и МАР не случайно и имеет общие этиологию и принцип развития.

С.А. Владимиров, Е.А. Коротков
**РЕТРОБУЛЬБАРНЫЙ НЕВРИТ КАК ДЕБЮТ
РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

*Кафедра неврологии, кафедра офтальмологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б. М. Доронин*

Широкий спектр зрительных расстройств при рассеянном склерозе обусловлен возможным повреждением зрительного анализатора на разных уровнях. Самой частой причиной нарушения зрения при рассеянном склерозе является ретробульбарный неврит. По мнению многих авторов ретробульбарный неврит сопровождает дебют рассеянного склероза в 30% случаев, в 17% является единственным манифестным признаком рассеянного склероза, а на всем протяжении болезни в разные периоды наблюдается у 75% больных рассеянным склерозом. Поэтому в настоящее время очень важно вовремя диагностировать данную патологию, знать причины ее развития, а так же современные методы лечения.

Цель работы: оценить частоту вовлечения зрительного нерва в патологический процесс при рассеянном склерозе, выявить наиболее частые симптомы, сопровождающие ретробульбарный неврит, определить группы риска по ретробульбарному невриту.

Задачи: оценить частоту вовлечения зрительного нерва в патологический процесс при рассеянном склерозе, выявить наиболее частые симптомы, сопровождающие ретробульбарный неврит, определить группы риска по ретробульбарному невриту.

Материалы и методы исследования: проведен анализ истории болезни 20 пациентов с рассеянным склерозом, которые разделены на 3 группы: Обследование проводилось на основе данных неврологического осмотра, магнитно-резонансной томографии головного мозга, результатов исследо-

вания глазного дна и полей зрения. Проведен анализ литературы по данной теме за период с 2001 по 2010 гг.

Результаты: исходя из результатов проведенного исследования, у 4 пациентов (20% от общего числа больных) в сочетании с рассеянным склерозом выявлен ретробульбарный неврит, у 2 пациентов (10% от общего числа больных) был выявлен ретробульбарный неврит без признаков рассеянного склероза, у 14 пациентов (70% от общего числа больных) не было выявлено поражения зрительного нерва.

Пациенты с наличием рассеянного склероза в сочетании с ретробульбарным невритом предъявляли жалобы на внезапное, чаще утром, после сна, появление «пятна» перед глазом или ощущение тумана перед глазами, на боли в глазнице или над ней, усиливающиеся при движениях глаза, на снижение остроты зрения. Из симптоматики рассеянного склероза у данных пациентов выявлялись правосторонний гемипарез, нарушение функций тазовых органов и сенситивная атаксия.

По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга у пациентов с наличием рассеянного склероза обнаружены очаги демиелинизации. У пациентов с наличием только ретробульбарного неврита проявлялись вышеперечисленные признаки данной патологии.

По данным Игнатовой Ю.Н., Смагиной И.В., Гридиной А.О., у женщин ретробульбарный неврит встречается гораздо чаще, чем у мужчин (91,6% и 8,4% случаев соответственно). Средний возраст возникновения ретробульбарного неврита — 25 лет. Вероятность развития типичной картины рассеянного склероза после первого перенесенного ретробульбарного неврита колеблется, по данным разных авторов, от 13 до 85%. Чаще всего после ретробульбарного неврита рассеянный склероз развивается в первые 3–5 лет, но известны случаи его развития и через 35–40 лет.

Выводы: в ходе исследования была определена частота вовлечения зрительного нерва в патологический процесс при рассеянном склерозе; были выявлены симптомы, наиболее часто сопровождающие ретробульбарный неврит; определены группы риска по ретробульбарному невриту.

Т.Х. Агаева

РОЛЬ СКОЛИОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В РАЗВИТИИ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ

Кафедра неврологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Б. М. Доронин

Актуальность. Основной причиной вегетативно-сосудистой дистонии является нервное истощение из-за подавляемого ответа на психоэмоцио-

нальный стресс. Также вегетативно-сосудистая дистония является следствием заболеваний, никак, на первый взгляд, не затрагивающих вегетативную нервную систему, например сколиотических изменений в шейно-грудном отделе позвоночника, что особенно актуально в современном ритме жизни, когда основная часть работы проводится сидя и позвоночный столб испытывает неравномерно высокую нагрузку, что обуславливает его деформации. Это является причиной возникновения корешковых болей и дисциркуляторных расстройств.

Цель. Выявить связь между физическими болями в позвоночнике и функциональными расстройствами вегетативной нервной системы у пациентов с вегетативно-сосудистой дистонией.

Задача. Обосновать зависимость вегетативных нарушений от сколиотических нарушений шейно-грудного отдела позвоночника на примере обследуемых пациентов и группы контроля.

Объект исследования. 10 человек (женщины и мужчины). Возраст 30-40 лет. Две группы обследуемых: Группа № 1 — Пациенты, страдающие остеохондрозом и сколиотическими изменениями шейно-грудного отдела позвоночника и проявлениями надсегментарной вегетативной дисфункции. Группа № 2 — Лица, не страдающие от патологий опорно-двигательной системы и свободные от нарушений работы вегетативной нервной системы.

Методы исследования. Неврологический осмотр и тесты для исследования по шкалам астении, невротической депрессии, тревожности, вегетативных нарушений, визуальная аналоговая шкала боли.

Результаты: у пациентов 1-ой группы выявлены боль в области сердца (90% случаев); невротические расстройства (100%); головная боль (88%); боли в позвоночнике (80%); надсегментарные вегетативные расстройства (100%). Среди представителей 2-ой группы отмечены лишь соматические патологии в 20% случаев.

Выводы: применяемые в работе методы исследования, позволили установить прямую зависимость между болями неврогенной этиологии и функциональными расстройствами ВНС. Степень выраженности сколиотических изменений позвоночника у пациентов определяет тяжесть проявления вегетативных расстройств. В ходе исследования выявлено, что у пациентов при возникновении болей в шейно-грудном отделе позвоночника усиливаются жалобы на дисфункцию вегетативной нервной системы (головокружение, общая слабость, обморочные состояния, снижение концентрации внимания, апатичность, холодные пальцы рук и ног, проявления надсегментарной дисфункции вегетативной нервной системы в виде патологий пищеварительной, мочеполовой, дыхательной систем).

К.В. Алексанян
**КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА
КАК ЭЛЕМЕНТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА
И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. Б.М. Доронин,
асп. Ю.Ю. Спирина*

Актуальность. Сегодня в странах Евросоюза деменция наблюдается более чем у шести миллионов человек (1,2%), что заставляет отнести ее к числу самых серьезных проблем здравоохранения в 21 веке. Наиболее часто встречающейся формой деменции во многих странах является болезнь Альцгеймера. По результатам проведенного популяционного исследования научно-методического центра по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств НЦПЗ РАМН — Москва распространенность болезни Альцгеймера в нашей стране составляет 4,5%.

Цель. Определить особенности когнитивных нарушений и их степень выраженности у пациентов с болезнью Альцгеймера и у пациентов с сосудистой деменцией.

Задачи:

- 1) Определить общие и отличительные признаки болезни Альцгеймера и сосудистой деменции.
- 2) Объективизировать изменения когнитивной сферы пациентов с болезнью Альцгеймера и сосудистой деменцией и сравнить полученные данные и выявить различия;

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов геронтологического возраста, из которых 10 — пациенты с болезнью Альцгеймера и 10 - пациенты с сосудистой деменцией. Проведено тестирование исследуемых лиц посредством системы ADAS-cog и MMSE.

Результаты. Определены особенности когнитивных нарушений и их степень выраженности у пациентов с болезнью Альцгеймера и у пациентов с сосудистой деменцией.

Выводы: Наблюдается экспоненциальный рост показателей болезненности как женского, так и мужского пола по мере увеличения возраста. Установлено, что показатели болезни Альцгеймера среди женщин выше, чем среди мужчин того же возраста

Л.А.Манухина
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ
И НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ СО СТЕПЕНЬЮ СНИЖЕНИЯ
КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

Тема работы. Взаимосвязь локализации очага поражения и наличия сопутствующей патологии при ишемическом инсульте со степенью снижения когнитивных функций

Актуальность темы. По данным статистики в России живёт более миллиона лиц, перенёсших инсульт, при этом ежегодно происходит более 450 тысяч новых случаев инсульта. По данным некоторых исследователей (Nachinski V., Merskey H..) для пациентов с постинсультной деменцией характерна более высокая смертность и более высокий риск повторного инсульта.

Цель исследования. Изучить возможность взаимосвязи между очагом поражения при ишемическом инсульте (правое полушарие, мозжечок, ствол мозга) и степенью снижения интеллекта.

Задачи исследования: Выявить наличие депрессивного синдрома, определить связь между очагом поражения и степенью когнитивных нарушений при ишемическом инсульте в остром периоде.

Критерии включения: пациенты мужского пола, старше 40 лет в остром периоде инсульта, с небольшим очагом ишемического инсульта в правом полушарии, мозжечке или стволе мозга.

Критерии исключения: пациенты с депрессивным синдромом.

Материалы и методы. 30 пациентов мужского пола старше 40 лет с очагом ишемического инсульта. Шкала Гамильтона, шкала MMSE, тест рисования часов, шкала Хачинского.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что самый низкий средний балл по MMSE имеют пациенты с очагом ишемического инсульта в правом полушарии головного мозга (22,7 балла), чем больные с поражением мозжечка (25,8 балла) и ствола (25,7 балла). По тесту рисования часов самый высокий средний балл имеют больные с поражением стволовых структур (8 баллов), чем средний балл при поражении мозжечка (6,6 балла) или правого полушария (4,5 балла). 24 пациента из 30 (80% исследуемых) имеют сопутствующую патологию (артериальную гипертензию, сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе). Средний балл по MMSE ниже в группе пациентов с сопутствующей патологией (22,6 балла против 28 баллов). Самый низкий средний балл по MMSE у пациентов с

сочетанной патологией (артериальная гипертензия и нарушения углеводного обмена) – 20,6 балла, 25,6 балла только с артериальной гипертензией или только нарушение углеводного обмена – 26,2 балла. По шкале Хачинского по всем трём локализациям (правое полушарие, мозжечок, ствол мозга) был выявлен преимущественно сосудистый генез деменции (9, 10 и 9 баллов соответственно).

Выводы: 1) В выборке больных с ишемическим инсультом высок процент наличия сопутствующей патологии

2) Очаг, локализованный в правом полушарии, более значим в аспекте развития выраженных когнитивных нарушений

3) Сочетание нескольких заболеваний, поражающих сосуды головного мозга и приводящих к хронической ишемии, наиболее серьезно влияет на степень когнитивной дисфункции.

О.А. Загорулько, М.В. Марченко **МЕНИНГИОМА. ОСЛОЖНЕНИЯ МЕНИНГИОМ. МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ**

*Кафедра неврологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Б.М. Доронин*

Актуальность. Менингиомы составляют 40% всех интракраниальных новообразований и занимают второе, место среди всех опухолей головного мозга и первое место среди опухолей, происходящих из оболочек мозга. Данный вид опухолей проявляется в основном в возрасте от 30 лет и старше (т.е. поражает трудоспособное население), а пик заболеваемости (60% случаев) приходится на возраст от 45 до 60 лет, причем менингиомы встречаются чаще у женщин, чем у мужчин (в соотношении 2-1.5:1). 92% всех случаев менингиом представлены доброкачественными и медленно растущими новообразованиями, а 8% - злокачественные новообразования. Диагностика менингиом затрудняется её медленным и экспансивным ростом, вследствие чего течение менингиомы может долгое время оставаться бессимптомным. Проявляющиеся же при росте менингиомы симптомы – общемозговые (вызванные повышением внутричерепного давления и вовлечением опухоли в мозговой кровоток) и локальные (связанные с определенным расположением опухоли) — не дают возможность четко дифференцировать менингиому от других заболеваний ЦНС без применения дополнительных методов исследования.

Цель. Определить значение клинических и инструментальных методов исследования в ранней диагностике менингиом.

Задачи: изучить клинические особенности течения доброкачественных и злокачественных менингиом; изучить клинические особенности течения менингиом в зависимости от их локализации; изучить наиболее вероятные осложнения менингиом; выявить наиболее информативные методы ранней диагностики менингиом.

Объекты исследования. Объектом исследования в данной работе является клинический случай больного с рано диагностированной парасагитальной менингиомой в правой лобной области.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании был использован обзор литературы и пример клинического случая пациента с рано диагностированной парасагитальной менингиомой в правой лобной области.

Результаты. В результате данного исследования было установлено, что ведущим методом ранней диагностики менингиом является магнитно-резонансная томография, так как при использовании этого метода диагностики удастся наиболее точно установить локализацию менингиомы, проследить динамику её роста и её взаимоотношения с различными структурами головного мозга.

Выводы.

1. Клиническими особенностями течения доброкачественных менингиом (в связи с их экспансивным и медленным ростом) являются: повышение внутричерепного давления, медленное нарастание общемозговых симптомов, а особенности течения злокачественных форм со сдавлением окружающих тканей.

2. Клинические особенности менингиом при различной их локализации будут связаны с взаимоотношением менингиомы и окружающих структур головного мозга.

3. Наиболее вероятным осложнением менингиомы является синдром вклинения ствола мозга, вызванный резкими ликвородинамическими нарушениями и нарастающим внутричерепным давлением.

4. Наиболее информативным методом ранней диагностики менингиомы, позволяющим определить её локализацию, размеры, взаимоотношения с окружающими структурами головного мозга и изменения в этих структурах, связанные с ростом менингиомы, является магнитно-резонансная томография.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А. А. Аникин

АНАЛИЗ ПРОГРАММ ПОСТРОЕНИЯ И РАСЧЕТА СЕТЕВЫХ МОДЕЛЕЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Кафедра экономики и управления в здравоохранении
факультета менеджмента,*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д. т. н., профессор Е.П. Жаворонков*

Актуальность. В настоящее время вопрос автоматизации при планировании разного рода задач нельзя игнорировать, так как данный процесс способствует систематизации и сокращению сроков выполнения проекта. Программы такого рода способны повысить эффективность деятельности любой организации, в том числе в здравоохранении, за счет более полного использования имеющихся кадровых и временных ресурсов. Это стало возможным за счет наглядного изображения комплекса мероприятий, возможностей совмещения, при выполнении поставленных целей. Также программы сетевого моделирования избавляют от необходимости повторно разрабатывать алгоритм действий при повторяющихся или схожих операциях. На российском рынке программного обеспечения существует ряд продуктов, схожих по возможностям и выполняющих данные функции. Однако, рассмотрим более упрощенные варианты, функции которых сводятся к расчету критического пути, ранних и поздних параметров, резервов, календаризации и построению сетевых моделей и графиков.

Цель. Выявить наиболее функциональную программу среди бесплатного программного обеспечения.

Задачи:

1. Проанализировать рынок программного обеспечения в данном сегменте;
2. Произвести выборку среди программного обеспечения;
3. Провести сравнительный анализ программного обеспечения;
4. Выявить наиболее функциональную программу.

Методология: анализ программ для расчета и построения сетевой модели.

Материалы исследования: программы: borghiz, NetGraf, spu, Microsoft Project.

Выводы. Проанализировав рынок программного обеспечения в сегменте программ для расчета и построения сетевых моделей, были выделены 3 наиболее подходящих варианта. Образцом для сравнения послужила программа Microsoft Project. В результате проведенного анализа, было выявлено, что программа borghiz удовлетворяет всем поставленным задачам. Данная программа может рассчитать критический путь, ранние и поздние параметры, резервы, а также может произвести календаризацию и построение сетевого графика. Программы сетевого моделирования, в частности borghiz, при внедрении в отрасль здравоохранения, способны повысить эффективность работы не только отдельных учреждений, но и отрасли в целом.

В.И. Максимова, О.И. Лесовых, А.Е. Садовская*
ВНЕДРЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В ЧАСТНЫЕ КЛИНИКИ

*Кафедра экономики и управления в здравоохранении,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д. т. н., профессор Е. П. Жаворонков*

С 1 января 2011 года вступил в силу новый закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В соответствии с ним, ОМС обеспечивает всем гражданам России равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи за счет средств ОМС. В связи с тем, что качество оказания медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения не всегда удовлетворяет потребностям различного контингента граждан, была разработана программа внедрения ОМС в частные клиники.

Целью работы является проанализировать проблему необходимости внедрения обязательного медицинского страхования в частные клиники.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) в ближайшие годы планируется привлечь в систему ОМС около 300 частных клиник. Частной медицине при вступлении в систему ОМС прогнозируют увеличение оборотов и улучшение финансовых показателей. При получении бюджетной доли рынка частные клиники создадут серьезную конкуренцию государственным учреждениям здравоохранения. Что в свою очередь увеличит поток населения, выбирающего в качестве медицинских услуг более высокоспециализированную помощь, которую могут оказать частные учреждения.

На данный момент владельцы частных клиник не спешат входить в систему ОМС. Это связано, прежде всего, с тарифами на медицинскую услугу. Есть сомнения, что они не будут покрывать все расходы лечебного учреждения. Тем не менее, число работающих в системе ОМС частных медицинских учреждений год от года растет.

Проанализировав как положительные, так и отрицательные стороны внедрения ОМС в частные клиники было выявлено, что в настоящее время оно протекает не самым наилучшим образом. Связано это с разницей между тарифами ОМС и частных клиник. По данным Фонда ОМС, уже в 2013 году произойдет увеличение тарифа на оказание медицинской услуги. По закону последний должен быть объемнее, то есть включать в себя больше статей затрат.

Если будут приняты новые тарифы ОМС, то частные клиники начнут активно работать в системе обязательного медицинского страхования, а на рынке медицинских услуг появится конкуренция: за привлечение клиентов будут бороться как частные, так и государственные медицинские учреждения. При реализации данной программы будет наблюдаться положительный социальный эффект.

А.М. Шилкина

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ РОССИИ И ГЕРМАНИИ

*Кафедра экономики и управления в здравоохранении,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель С. А. Лифанова*

Главным элементом маркетинговой политики любого медицинского учреждения на рынке является цена. Поэтому медицинскому учреждению, работающему в рыночных условиях, прежде всего, необходимо выработать стратегию и принципы определения цен, руководствуясь которыми, оно может эффективно решать стоящие перед ним задачи.

В работе автор сравнивает ценообразование на стоматологические услуги России именно с Германией, так как эта страна занимает лидирующие позиции в сфере оказания медицинских услуг, включая и стоматологические: высокое качество обслуживания пациентов, наличие современной дорогостоящей аппаратуры и эффективные препараты. При поиске данных для сравнительного анализа автором проведено исследование по выявлению факторов, влияющих на цены стоматологических услуг в анализируемых странах, а также рассмотрены основные проблемы, которые возникают в здравоохранении в связи с использованием различных методик ценообразования и предложены возможные альтернативы их решения.

Стоматологическая услуга — необходимое и достаточное профессиональное действие, осуществляемое по отношению к пациенту с профилактической, диагностической и лечебной целью.

Рынок стоматологических услуг - система взаимодействия «покупателей» и «продавцов» стоматологических товаров и услуг. Стоматологическая услуга является специфическим товаром, который имеет цену. Цена на услугу состоит из двух основных элементов: себестоимости и прибыли. Себестоимость услуги состоит из денежного эквивалента трудовых ресурсов, материалов, основных фондов, энергии и других затрат.

На российском рынке стоматологических услуг действуют как государственные, так и частные клиники и кабинеты. Располагая большим бюджетом, частные стоматологии обновляют и совершенствуют оборудование гораздо чаще, чем это происходит в государственных поликлиниках. Многие виды стоматологических товаров, в особенности высокотехнологичные, в России не выпускаются. Соответственно, подавляющее большинство частных и государственных клиник оснащены в основном импортным оборудованием и материалами, что значительно увеличивает стоимость стоматологической услуги.

Сегодня качество услуг стоматологических клиник Германии оценивается очень высоко, и, несмотря на это немецкая стоматология имеет достаточно высокие цены. Стоимость посещения кабинета стоматолога в Германии может варьироваться в зависимости от статуса клиники и лечащего врача, а также комфортабельности палаты.

Система здравоохранения в Германии финансируется государством. Также существуют и частные страховые компании. Все граждане обязаны иметь медицинскую страховку, которая возмещает часть затрат на расходы при посещении стоматолога. Услуги медицинской страховки в Германии оказывают специальные организации – больничные кассы. Все застрахованные лица имеют свободный выбор своего стоматолога. Благодаря такой системе в Германии нет проблем с получением необходимой стоматологической помощи.

Высокий уровень развития стоматологии в Германии обусловил ежегодный рост спроса на услуги немецких клиник. Пациенты наряду с технической оснащенностью и профессионализмом стоматологов отмечают внимательный, сугубо индивидуальный подход врачей, который способствует максимально успешному решению любых проблем, связанных с зубами.

Российская стоматологическая служба делает все возможное, чтобы приблизиться к данному уровню.

М.Ю. Романенко*

**ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ
ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ**

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доц. И.В. Васильев*

В 2011 году Государственной Думой РФ был принят Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который отменил, действующий с 1993 года закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В новом законе расширен перечень обстоятельств, допускающих разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

Врачебная тайна — это сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

В Указе Президента РФ от 6 марта 1997 № 188 «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера», выделены сведения, связанные с профессиональной деятельностью, доступ к которым ограничен в соответствии с Конституцией Российской Федерации и федеральными законами (врачебная, нотариальная и так далее).

Следует различать тайны личные (никому не доверенные) и профессиональные (личные тайны, доверяемые представителям различных профессий — врачам, адвокатам, нотариусам, священникам). Т.е. врачебная тайна является личной тайной, доверяемой врачам.

Право личной неприкосновенности тесно связано с правом неприкосновенности частной жизни, которое также закрепляется в Конституции России (ч. 1 ст. 23).

В части 1 ст. 24 Конституции в качестве основного условия работы с информацией, содержащей сведения о частной жизни, также предусматривается его согласие на все виды действий с такой информацией. Это относится к любому физическому лицу, находящемуся на законных основаниях на территории Российской Федерации.

Необходимо отметить, что в Федеральном законе № 323-ФЗ от 21.11.2011 ст. 13 Врачебная тайна пункты 1-6 аналогичны тем же пунктам ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в которых указаны круг лиц и обстоятельства, при которых допускается разглашение врачебной тайны. Пункты 7–10 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 являются новеллами, и указывают только на цели, для которых врачебная тайна может быть разглашена, без обозначения круга лиц и порядка процедуры предоставления сведений, что может привести к расширительному толкованию и неоправданному умалению прав и свобод.

Согласно ст. 55 Конституции РФ ограничения прав, даже если они осуществляются в определенных Конституцией целях, не могут толковаться расширительно и не должны приводить к умалению других гражданских, политических и иных прав, гарантированных Конституцией и законами РФ. Также в ст. 55 Конституция различает отрицание и умаление прав и свобод и содержит запрет на такое отрицание и умаление, который адресован как законодателю, так и исполнительной власти и суду, следовательно, эти права и свободы должны гарантироваться преимущественно национальными правозащитными механизмами.

На наш взгляд, исходя из вышесказанного, Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» требует определенной доработки и уточнения некоторых своих положений. А именно, на сколько цели, изложенные в законе, соответствуют тем целям, которые изложены в Конституции. Необходимо определить законом круг субъектов и процессуальный порядок разглашения врачебной тайны, в противном случае возникает необоснованно расширенное толкование.

А.С. Антипьева*

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

*Кафедра экономики и управления в здравоохранении,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель С. А. Лифанова*

Медицина в развитых странах мира является приоритетной по распределению средств, внедрению новых технологий и контролю внутри отрасли. Это обеспечивается грамотным управлением, правильным распределением функций среди участников рынка медицинских услуг, систематизацией внутри отрасли и постоянным развитием ее отдельных элементов.

Российский рынок медицинских услуг переживает не лучшие времена. Это обусловлено снижением финансирования, отсутствием модернизации и недостаточным взаимодействием между структурами рынка, непониманием управленцами проблем и соответственно неправильным распределением средств в отрасли.

Из проведенного исследования можно сделать вывод, что российский рынок медицинских услуг на сегодняшний день занимает позицию догоняющего в общемировых масштабах. Основными недостатками в его работе можно считать следующие: не сформированный механизм управления на различных уровнях; некомпетентность кадров; недостаточное обеспечение передовыми техническими разработками; несовершенная конкуренция на рынке.

Российский рынок медицинских услуг в первую очередь нуждается в профессиональном управлении, которое могут осуществить только специально подготовленные люди, понимающие мировые тенденции развития здравоохранения, умеющие выделять приоритетные цели для распределения средств и знающие проблемы нашей страны. Также следует отметить необходимость сохранения интереса к новому, к поиску новых форм и подходов в организации рынка медицинских услуг т. к. именно этот интерес формирует предпосылки для совершенствования медицины в современных условиях.

Российскому рынку медицинских услуг следует обратить внимание на мировые тенденции в медицине и попытаться адаптировать их для нашего государства. Начать реформирование с изменения условий финансирования медицинской отрасли, как приоритетной для развития страны, произвести тотальную модернизацию лечебно-профилактической сети, с повышением профессиональных навыков работников различных областей медицинской деятельности. Перемены должны обязательно коснуться биомедицинской науки и фармацевтической промышленности, так как преодолеть существующий разрыв между западноевропейскими странами и Россией в разделе медико-биологической науки и фармацевтической промышленности представляется проблематичным из-за недостаточного понимания проблемы высокопоставленными чиновниками, из-за отсутствия квалифицированных кадров, и недостаточным финансированием медицины в нашей стране.

Если этот минимальный набор мероприятий будет проведен, то произойдет формирование единой концепции развития медицины в России и это позволит российскому рынку медицинских услуг стать более привлекательным на мировом уровне.

Ю.И. Головлёва

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ ПОСЛЕ ВСТУПЛЕНИЯ РОССИИ В ВТО

*Кафедра экономики и управления в здравоохранении
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н. Колдомова Н.В.*

За весь длительный (с 1994 по 2011 годы) период вступления России в ВТО в научной и бизнес среде, у администраторов и практиков-управленцев, представителей органов власти всех уровней накопились многочисленные и крайне противоречивые аргументы против и в пользу вступления нашей страны в эту организацию. Начиная с 2003 года активизация переговорного процесса по вступлению в ВТО стала сопровождаться серьезными исследовательскими усилиями и оценками институциональных изменений и по-

следствий на национальном и региональном уровнях, по крупным секторам экономики и в отраслевом разрезе. Гендерный фактор очень сложно выделить и в политике, и в реальной практике: он практически не обсуждался.

Вместе с тем, опыт 1990-х годов показал, что принятые в ходе социальных реформ решения по-разному повлияли на общественное и экономическое положение мужчин и женщин. Женщины оказались социально высоко уязвимой категорией населения. Несправедливая приватизация, криминализованное на начальных этапах развитие частного сектора и предпринимательства, расширение платных услуг, снижение занятости, падение уровня жизни и усиление неравенства в доходах, сокращение социальной поддержки негативно отразились, прежде всего, на женщинах.

Каковы предварительные оценки специалистов в части влияния членства России в ВТО на доступность медицинских услуг? Ведь цель деятельности ВТО состоит в либерализации международной торговли и снятии барьеров для конкуренции, в развитии коммерческого сектора. Каким образом допущение свободы конкуренции в оказании медицинских услуг скажется на состоянии государственной системы и развитии процессов приватизации и коммерциализации в современном российском здравоохранении? Насколько вступление России в ВТО может привести к различным последствиям в области доступа к медицинским услугам для мужчин и женщин?

При анализе гендерного разреза доступности медицинских услуг в России немногочисленные (даже единичные) исследователи указывают на следующие особенности:

1. Формально гендерных ограничений в доступе к медицинским услугам в России нет и не было раньше. Политика в этой области гендерно-нейтральная. Более того, женщина была в более привилегированном положении, так как существовала развитая система охраны материнства и детства.

2. Сейчас в здравоохранении больше обсуждают проблемы мужчин, высокую мужскую «сверхсмертность» в трудоспособных возрастах. Гендерная политика — это защита прав и женщин, и мужчин, чтобы они равноценно были защищены.

3. Гендерные проблемы в здравоохранении сложно выделить вследствие биологических различий мужчин и женщин.

Уже сейчас в российском здравоохранении существуют проблемы с доступностью медицинских услуг. Вступление в ВТО может привести к дальнейшему углублению разделения системы здравоохранения ввиду поощрения развития чисто коммерческого сектора, где услуги будут оказываться только за деньги. В условиях, когда государство делает значительную ставку на расширение платной медицины, женщины будут первыми, кто пострадает от такого решения. В этих условиях необходимо, чтобы гендерный аргумент приобрел дополнительный вес при разработке практических мер по развитию здравоохранения России и обеспечению здоровья нации уже в условиях ВТО.

О.С. Есипович
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ И ВЕЛИКОБРИТАНИИ**

*Кафедра экономики и управления в здравоохранении,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель С.А. Лифанова*

Актуальность проблемы. Неблагополучное состояние отечественного здравоохранения, несмотря на продолжающееся уже второе десятилетие его реформирование является достаточно очевидным фактом. Ухудшение качества медицинской помощи, снижение её доступности, нехватка квалифицированных медицинских кадров, низкая техническая оснащённость, недостаток средств - вот основные проблемы российского здравоохранения, которые имеют место на сегодняшний день на фоне прогрессирующего понижения уровня здоровья населения.

Беглый взгляд на социально-демографические показатели способен дать представление о наличии процесса депопуляции, особенно среди коренного русского населения, снижении средней продолжительности жизни, в первую очередь, среди мужчин. Между тем, представляется излишним доказывать справедливость и первостепенную важность аксиоматичного по сути тезиса о том, что здоровье общества есть определяющий фактор, как в вопросе национальной безопасности, так и в вопросе качества жизни в целом.

Отсюда первоочередной задачей государства является поддержание, сохранение, укрепление здоровья населения, а в качестве частных задач - меры по профилактике, лечению, реабилитации и адаптации.

Соответственно и государственная политика должна быть ориентирована, в первую очередь, на решение этих задач. Однако в России об успешном их решении пока говорить не приходится. В то же время, в Великобритании реформы здравоохранения стартовали в тот же период с точностью до года (1991), тем не менее, результаты на сегодняшний день более обнадеживающие.

Успешно внедрена модель «квази-рынка», разделившая поставщиков и заказчиков медицинских услуг. Это, как и планировалось, инспирировало возникновение механизма ограниченной конкуренции, контролируемой из центра, то есть государством, за счёт чего, в свою очередь, выросло качество оказываемой населению медицинской помощи, и был достигнут ряд иных положительных эффектов.

Отсюда, компаративный анализ позволяет найти ответы на многие актуальные вопросы, включающие в себя такие, как чем вызван кризис отечественной системы здравоохранения, каковы способы выхода из него, а кроме этого, сконструировать идеально-типическую модель системы, пригодную для реализации в российских условиях.

Ю.И. Стецун
**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАРКЕТИНГА В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Кафедра экономики и управления в здравоохранении,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель И.Д. Смолянинова*

Актуальность исследования. Происходящие в последние 10 лет стремительные изменения в политическом устройстве и экономике страны привели к созданию новых условий, в которых приходится функционировать учреждениям российского здравоохранения. Эти условия определяются стихийным характером преобразования, резким ростом стоимости медицинских услуг для населения, дефицитом государственного финансирования, потерей одного из важнейших преимуществ советского здравоохранения – доступности медицинской помощи, равной для всех групп населения. При этом системные проблемы здравоохранения в наибольшей степени являются решаемыми при условии применения опыта рыночной экономики, накопленного в других отраслях. Одним из перспективных направлений развития здравоохранения является маркетинг, который охватывает совокупность организационно-экономических функций, связанных с реализацией медицинских услуг.

Цель исследования. Рассмотреть и проанализировать структуру маркетинга в российском здравоохранении.

Методы исследования. Статистическая обработка данных, сравнительный анализ.

Результаты исследования. Маркетинг в здравоохранении возможен при наличии рынка медицинских услуг, рыночных отношений между врачом и пациентом, конкуренции врачей, поскольку в системе организации здравоохранения сохраняется закрепление пациента за участковым врачом и ЛПУ по месту жительства, а система финансирования не учитывает стоимость медицинских услуг как товара, очевидно, что в нашей стране существует искаженный рынок медицинских услуг. Использование маркетинга актуально для государственных органов управления здравоохранением. Целью здесь является пропагандистская, просветительская работа с населением, поскольку необходимо не только привлечь его внимание к собственному здоровью, но и стимулировать с помощью программ ознакомления с новыми препаратами самим поддерживать здоровье. Посредством маркетинга осуществляются акции, направленные на защиту прав потребителя медицинских услуг, его прав на информированность и гарантию качества, установление ответственности медицинских работников, просвещение относительно медицинских и правовых аспектов деятельности ЛПУ, аптек. Складывается тем самым ситуация, когда главной проблемой медицинского учреждения становится оптимизация объема и структуры потребления медицинских услуг, как в интересах каждого индивидуума, так и в интересах общества в целом. По-

скольку здравоохранение имеет своей целью удовлетворение общественных и личных нужд, то для его успешной деятельности потребности общества и людей должны быть изучены, спрогнозированы возможные их изменения. Достичь поставленных целей помогает маркетинг, обеспечивая учреждения здравоохранения необходимыми методами сбора и анализа информации. Таким образом, проведенный анализ показал, что можно выделить следующие уровни возможного применения маркетинга в здравоохранении: государственный уровень, уровень региональных органов государственного управления, уровень предприятий.

Выводы. Произошедшие изменения в мировоззрении людей, финансировании здравоохранения обусловили усиление конкуренции между ЛПУ. В связи с этим повышается роль маркетинга в деятельности предприятий здравоохранения как средства достижения конкурентоспособности. Маркетинг принимает всеобъемлющий системный характер, поскольку используется на всех уровнях управления здравоохранения.

М.В. Капельюх
**РЕФОРМА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ:
РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

*Кафедра экономики и управления в здравоохранении,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель И. Д. Смолянинова*

Актуальность исследования. Современная ситуация в здравоохранении предполагает проведение глубоких преобразований в области управления кадровым потенциалом отрасли. Организация кадровой политики должна быть согласована с образовательной политикой в системе непрерывного профессионального образования. Ключевой задачей Минздравсоцразвития РФ в наши дни является реформа медицинского образования, так как существующая система образования не менялась со времен ВОВ, когда врачей готовили в экстренном порядке. На данный момент медицинские ВУЗы разрабатывают и внедряют ГОСы третьего поколения и учебные планы по специальностям для подготовки медицинских кадров, на основе которых будут созданы образовательные программы с учетом современных принципов непрерывного образования.

Цель исследования. Рассмотреть обновленную систему медицинского образования в Российской Федерации.

Задачи исследования. Проанализировать «Концепцию развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» и рассмотреть основные изменения в подготовке специалистов в медицинских ВУЗах.

Материалом исследования явились вышеназванная концепция, а также ряд документов, относящихся к модернизации в системе медицинского образования.

Результаты исследования. Многие годы медицинские ВУЗы боролись за увеличение часов в рабочих учебных программах обучения. В настоящее время общество интересуется не только часами и временем, затраченным на обучение, но и приобретенными профессиональными знаниями и навыками. Одной из важнейших задач модернизации в системе медицинского образования является введение системы зачетных единиц (кредитов). Введение системы зачетных единиц позволит накапливать кредиты не только в вузах, но и в системе последиplomного образования с последующим их зачетом. Также еще одним мероприятием по совершенствованию системы медицинского образования является внедрение научных достижений в систему непрерывного медицинского образования для ликвидации разрыва между наукой и практикой, основной задачей которой является – сохранение на должном уровне, пересмотр, углубление и расширение знаний и навыков. Минздравсоцразвития РФ решило упразднить в больницах должности врачей-интернов. В ближайшие пять лет такие должности останутся только на кафедрах вузов. Но с 2015 года интернатуру упразднят вообще, останется лишь ординатура, обучение в которой будет длиться от 2 до 5 лет – самый долгий срок будет отведен на освоение самых сложных специализаций. Для подготовки высококвалифицированных кадров будут использованы, в том числе и создаваемые в рамках проекта «Здоровье» федеральные центры высоких медицинских технологий. Они станут клиническими базами медицинских вузов. Всё большее значение будет придаваться целевому обучению и переподготовке врачей по заявкам территориальных органов управления здравоохранением в соответствии с конкретными потребностями регионов в тех или иных специалистах.

Выводы. Подписав Болонскую декларацию, Россия приняла на себя определённые обязательства. В ближайшие годы медицинские ВУЗы России, сохраняя лучшие традиции отечественного образования, должны адаптировать свою систему подготовки кадров к европейской: развивать непрерывность образования, связь с наукой и повышать его качество. Таким образом, Россия войдёт в единое европейское образовательное пространство и добьётся признания отечественных дипломов в европейских странах.

Р.А. Казаков*, А.Ф. Гусев
**ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТЕНТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК
ОДНОГО ИЗ ЭТАПОВ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОГО
ЦИКЛА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья
ФПК и ППВ, Новосибирский государственный медицинский
университет*

Научный руководитель: к.м.н., Е.Г. Тоцкая

В соответствии с «Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.», основными задачами на ближайшие годы

являются разработка стандартов и порядков оказания медицинской помощи населению, новых форм и механизмов деятельности системы здравоохранения и медико-социальной реабилитации, новых методов диагностики, современных технологий лечения и реабилитации больных, профилактики заболеваний, новых лекарственных средств и медицинских изделий, формирование целевых межведомственных научно-исследовательских программ, направленных на создание «прорывных» медицинских технологий.

Реализация поставленных задач может быть осуществлена только при условии создания на базе достижений фармацевтики, биотехнологии и нанотехнологий принципиально новых эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, лекарственных средств, диагностических препаратов и медицинских изделий нового поколения, средств генной терапии и адресных транспортных систем лекарственных препаратов при формировании инновационной инфраструктуры медицинской науки, развитии коммерциализации результатов научно-технической деятельности; формировании рынка научных медицинских услуг на основе конкуренции научных организаций всех форм собственности. Каждая из этих задач подразумевает инновационное развитие медицинской науки, стремительное увеличение результатов научно-технической деятельности и числа запатентованных технологий, а также увеличение на мировом рынке роста объемов торговли технологиями для качественного роста экономики нашей страны.

В России очень низкие результаты научно-исследовательской деятельности по сравнению с США и Японией. По результатам 2008 года абсолютная численность патентов в России составляет 63, в Японии составляет 14976, в США — 15774, абсолютный индекс цитирования составляет соответственно 57 в России, 91 в Японии, 135 в США. Основные причины заключаются в существенной ограниченности финансовых средств и особенностях правового положения российских физических и юридических лиц, в общем низкой инновационная активность российского бизнеса, а также в недостаточном количестве патентных отделов при научно-исследовательских институтах и в отсутствии единой базы патентов в целом. Несмотря на тенденцию к росту патентования внутри страны и за рубежом, данная ситуация сложилась еще в советское время и пока не преодолена. Одним из возможных путей увеличения численности патентов и роста инновационных технологий в России является организация патентной деятельности.

Новосибирский НИИТО является передовым учреждением в сфере инновационной деятельности и укомплектован всем необходимым для реализации этапов инновационного цикла, начиная от доклинических исследований до внедрения разработанных технологий в клинику. В рамках комплексного социально-гигиенического исследования, включающего этапы статистического, социологического, экспертного анализа, методов функционального моделирования решаются проблемы увеличения финансирования инновационной деятельности, совершенствования юридического

обеспечения, привлечения подготовленных специалистов, создания патентных отделов и разработки эффективной организации патентного поиска и регистрации прав на интеллектуальную деятельность, создание методической базы по организации МИП для реализации продуктов интеллектуальной деятельности.

Решение поставленных задач приведет к совершенствованию подходов к организации патентной деятельности при создании структурных единиц учреждения здравоохранения и обоснованию функционала отделов патентования, включающего методическую поддержку и сопровождение исследователя в получении прав на интеллектуальную собственность, определения направлений научного поиска, объектов и процедур патентования.

В. В. Кан*, А. Ф. Гусев
**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ
ПЛАНИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*Кафедра организации здравоохранения и общественного
здоровья ФПК и ППВ,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., Е.Г. Тоцкая*

Основой принятия управленческих решений в сфере здравоохранения являются прогнозирование и планирование. В предвидении будущего — прогнозирование, с одной стороны, предшествует планированию, а с другой — является его составной частью и используется на разных стадиях осуществления деятельности по планированию. Оно применяется на этапе анализа среды и определения предпосылок для формирования стратегии системы, осуществляется на стадии реализации планов для оценки возможных результатов и их отклонения от плановых показателей и имеет целью организацию дополнительных управляющих воздействий на ликвидацию отклонений.

Прогнозирование развития инновационной деятельности предполагает разработку системы частных и комплексных прогнозов и дает обоснованное представление о предполагаемых научных, технических результатах и достижениях, а также о возможном использовании этих результатов в здравоохранении. Система частных прогнозов включает прогнозы базовых исследований, научных открытий, прикладных исследований по различным отраслям медицины. Комплексный прогноз предполагает: анализ глобальных тенденций развития, динамики, структуры и использования потенциала инновационной деятельности, разработку и обоснование предпосылок, рекомендаций по формированию программ, для ускоренного роста в избран-

ных направлениях. В мировой практике в процессе разработки прогнозов развития инновационной деятельности используются как интуитивные, так и формализованные способы. Основным при осуществлении прогнозов инновационной деятельности на стадии разработки являются выбор более перспективных разработок, значительно влияющих на рост и спрос, а также рациональное внедрение, т.е. выбирается наилучший вариант по экономическим и техническим показателям. При прогнозировании разработок основными объектами прогноза являются качество, эффективность, цена, потребность в трудовых, денежных и материальных ресурсах. Современные условия развития инновационной деятельности в здравоохранении требуют наибольшего расширения сферы и совершенствования способов прогнозирования и планирования. Чем выше качество прогнозов и планов, тем более весомым будет их вклад в практическое здравоохранение.

Новосибирский НИИТО является крупнейшей, наиболее укомплектованной и оснащенной необходимыми ресурсами базой для инновационной деятельности в регионе. В рамках проводимого комплексного социально-гигиенического исследования проблем управления инновационной деятельностью в здравоохранении решаются задачи оценки структуры, ресурсного обеспечения, организации и планирования научно-инновационной деятельности. Рассматривается использование обоснованных подходов к прогнозированию различного рода инноваций, используются методы экстраполяции, экспертных оценок, моделирования, оптимизации, а также способы, основанные на анализе патентной документации и научно-технической информации. Представляется, что прогнозирование, как составная часть планирования и организации инновационной деятельности может служить эффективным механизмом, посредством которого управляется и реализуется рынок медицинских технологий и продуктов.

Результаты исследования помогут в решении актуальных задач реализации организационно-управленческих изменений при использовании элементов прогнозирования и планирования процессов в сфере инноваций.

Е.С. Костина
**ЭКОНОМИКА ПРИРОДОПОЛЬЗОВАНИЯ В ГЛОБАЛЬНОЙ
СЕТИ ИНТЕРНЕТ**

*Кафедра экономики и управления в здравоохранении,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. э. н. Н. В. Колдомова*

В сфере библиотечного обеспечения высшего профессионального образования практически в массовом масштабе ощущается нехватка оперативной специализированной литературы. Для решения данной задачи при изучении

курса экономики природопользования целесообразно использовать ресурсы глобальной сети Интернет. Наиболее значимыми информационными сайтами, необходимыми для работы и обучения, на наш взгляд, являются:

— www.mnr.gov.ru, www.economy.gov.ru, www.gks.ru, www.minregion.ru, www.dproos.nso.ru, www.sibfo.ru — сайты ряда органов федерального и регионального уровней власти. Сайты содержат нормативные правовые акты, государственные экономические программы в сфере охраны окружающей среды и рационального природопользования, статистическую информацию, информационно-аналитические доклады о состоянии окружающей среды, материалы обсуждения вопросов экономической эффективности исполнения субъектами РФ полномочий в сфере природопользования, информацию об инновационных проектах, экологическом мониторинге состояния окружающей среды и др.

— www.eduscan.net/spec/020803.65 — сайты ВУЗов РФ, ведущих подготовку по специальности 020803 «Биоэкология». Нами просмотрены как минимум 14 таких сайтов, содержащих полезную при изучении экономики природопользования общетеоретическую и методическую информацию.

— www.put-school.narod.ru/resvrs.html, www.ecsocman.edu.ru, www.elib-garv.ru — образовательные порталы, в т.ч. крупные сайты, поддерживаемые большими коллективами авторов с постоянным обновлением информации. Сайты предоставляют большой спектр информации для образовательной сферы.

— www.prirodaeconom.ucoz.ru, www.priroda.su — сайты периодических изданий в т.ч. журналов «Экономика природопользования», «Природа», «Охрана окружающей среды и природопользование» и других, освещающих вопросы федеральной и региональной экологической политики, изменения законодательной и нормативно-методической базы природоохранной деятельности; парламентской хроники и структурных изменений в природоохранных органах; информацию о новых природоохранных технологиях, реальном опыте решения экологических проблем в регионах и на предприятиях.

— www.voronova-on.ru/prirodopolzovanie/kohomprur/index.html, www.dialog-eco.ru/templates/arhiv/economika%20prirodopolzovaniya.pdf — личные сайты и методические пособия отдельных исследователей в сфере экономики природопользования.

— www.ecologysite.ru, www.zelife.ru, www.ThinkGreen.ru, www.eco-tv.md, www.ecolife.ru, www.diegreenville.ru и др. — научно-популярные сайты. Сайты не содержат сложной для понимания неспециалистами информации и созданы для любознательных, могут быть полезны для осмысления теории и конкретизации принципов и практики рационального природопользования.

Для творческих и любознательных студентов доступны также международные образовательные сети, объединяющие молодежные организации для проведения совместных творческих исследовательских научных проектов.

Полезными будут при изучении экономики природопользования энциклопедии и справочные сайты, содержащие энциклопедическую информацию с продуманной системой поиска.

Достоинствами работы в сети Интернет являются быстрота, дешевизна, многоаспектность и перспективность. Таким образом, ресурсы глобальной сети Интернет способны намного облегчить работу студентов и специалистов в области экономики природопользования в поиске и подборе необходимой информации.

А.В. Мальцев*, К.С. Астракова
**СТЕПЕНЬ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К
ВНЕДРЕНИЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А. В. Калинин*

В настоящее время приоритетным направлением политики государства остается первоочередное развитие и модернизация социальной сферы. Концепция развития российского здравоохранения призвана обеспечить переход отечественного здравоохранения на новый, более высокий, качественный уровень за счет его структурной перестройки, внедрения инновационных технологий, использования передовых инновационных и инвестиционно ориентированных моделей управления (в том числе финансовой, информационно-коммуникативной). Однако, высокие технологии для подавляющего большинства неведомственных и некоммерческих клиник остаются своего рода экзотизмом. В отрасли пока не сформировалось четкого представления о тех преимуществах, которые могут принести высокие технологии как в процесс взаимодействия с пациентом, так и в собственно лечебный процесс. Даже мировой опыт высвобождения значительного количества времени врача, которое тратится сегодня на «писанину» или сокращения очередей в регистратуре за счет перехода на электронный документооборот, похоже, пока не осознан в полной мере отечественной отраслью (А.П. Столбов, 2009). Естественный процесс оснащения российских врачей современными средствами информационной поддержки, направленный на повышение эффективности и качества лечебной работы, а также на снижение вероятности врачебных ошибок – может и должен приобрести форму и статус государственной политики. Если во главу угла информатизации будет поставлена задача информационной поддержки процесса взаимодействия врача и пациента, то эта работа с необходимостью приведет к реализации единого подхода к информатизации системы охраны здоровья граждан России (Блюм В. С., Заболотский В. П., 2008 г.).

Цель работы: определить степень готовности медицинского персонала к внедрению медицинских информационных систем (МИС) в муниципальном здравоохранении.

Задачи исследования:

1. формирование методики комплексного социально-гигиенического исследования, позволяющей дать оценку о степени готовности медицинского персонала к внедрению МИС;
2. проведение социологического опроса медицинского персонала и экспертной оценки степени готовности медицинского персонала к внедрению МИС;

Результаты исследования достоверно показали, что именно вопрос о том, как следует учить врачей и средний медицинский персонал работе на ПК чаще всего тревожит главных врачей и IT-персонал, готовящихся к автоматизации своего учреждения. В настоящий период, когда износ медицинской техники и зданий превышает все приемлемые нормы, а загруженность коллектива высока, как никогда, новость о внедрении МИС воспринимается сотрудниками ЛПУ далеко не однозначно и нередко отрицательно. Полученные результаты позволили предложить общую методологию подготовки медицинского персонала:

1. первичное обучение — базовая компьютерная грамотность;
2. специальное обучение навыкам работы в МИС;
3. совершенствование в процессе пользования - совершенствование знания и умений работы в МИС.

А. В. Мальцев*, К.С. Астракова
**ЗАДАЧИ ИНФОРМАТИЗАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А.В. Калиниченко*

«...всем нам очевидна роль ИКТ и достоверной, актуальной, оперативной информации в подготовке обоснованных управленческих решений. Не менее значимым для эффективности здравоохранения является создание новой информационной среды деятельности практикующего врача – для снижения врачебных ошибок, экономии его рабочего времени, профессионального роста» (В.И. Стародубов, д.м.н., профессор, академик РАМН).

Модернизация в первичном звене здравоохранения города Новосибирска, население которого составляет 1,4 млн. человек, начала проводиться централизованно, затрагивая все аспекты работы 58-ми амбулаторно-

поликлинических учреждений города, станцию скорой медицинской помощи, организацию первичной медико-санитарной помощи жителям города, медико-техническое оснащение учреждений и обеспечение организации порядка их финансирования.

Основные цели проекта:

- повышение доступности медицинской помощи и качества обслуживания пациентов поликлиники;
- улучшение взаимодействия структурных подразделений муниципального здравоохранения ЛПУ, ССМП, ГУЗМ, МИАЦ, страховых компании и ФОМС;
- повышение эффективности использования ресурсов муниципального и регионального здравоохранения.

Основные этапы внедрения:

- Создание единой информационной системы записи к врачу (создание единой инфокоммуникационной сети медицинских учреждений, городского центра обработки вызовов, технологических сервисов записи к врачу (Интернет, терминалы);
- Подключение к системе АИС «ГЕР» модуля «Статистика амбулаторно-поликлинической службы»;
- Создание и внедрение модуля врача «Электронная амбулаторная карта пациента»;
- Расширение сервисов для населения.

Необходимо подчеркнуть что, интерфейс информационной системы полностью соответствует требованиям национального стандарта «Электронная карта пациента» (2008 г.).

Подобная схема IT-технологии — от первичного звена, службы скорой медицинской помощи, к муниципальным ЛПУ, в России применяется впервые и, следуя вышеизложенным принципам, с 2009 года мэрия г. Новосибирска осуществляет планомерную работу по внедрению информационных технологий в деятельность муниципальных учреждений здравоохранения города.

А. В. Мальцев*, К. С. Астракова
ПОРТАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МУНИЦИПАЛЬНОМ
ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А. В. Калиниченко*

Совершенно очевидно, что для учреждений муниципального здравоохранения, не имеющих специализированных решений по автоматизации до-

366

кументооборота, порталные технологии позволяют организовать ряд таких процессов, в частности согласование документов. Также создается единая и постоянно обновляемая база данных корпоративной информации, сформированная в соответствии с организационной структурой и поддерживающая разделение прав доступа. Для всех работающих в организации, начиная от рядового сотрудника и до высших руководителей, создаются удобные сервисы, позволяющие минимизировать «бумажную» работу. Таким образом, внедрение портала позволяет добиться снижения совокупной стоимости владения решением.

Таким образом, порталные технологии в муниципальном здравоохранении — это эффективный инструмент управления лечебным процессом в муниципальном здравоохранении, с помощью которого решаются следующие задачи:

1. публикация и распространение пользовательской информации (документов, баз данных, файлов) для общекорпоративного доступа;
2. автоматизированное управление производственными процессами — возможность пользователя не только следить за ходом, но инициировать и активно участвовать в производственных процессах (подготовка и согласование решений, управление кадрами и т.д.);
3. персонализация рабочего пространства — сотрудник формирует среду работы с учетом своих персональных потребностей, привычек, методов работы.

Кроме этого, впервые порталные технологии используются для решения задач муниципального здравоохранения для крупного мегаполиса.

В основу портала «Здравоохранения» заложен горизонтальный принцип построения общей структуры управления и организации информационного обмена. Что даёт следующие преимущества:

1. Прежде всего, это автоматизация рутинных рабочих процессов;
2. Ускорение внутреннего информационного обмена между структурами муниципального здравоохранения;
3. Улучшения организации работ, а так же контроль за выполнением поручений;
4. Создание единой персональной точки входа к корпоративным приложениям посредством единого, удобного для пользователя интерфейса;
5. Консолидация данных из разрозненных источников информации;
6. Ускорение поиска необходимой информации;
7. Широкие возможности безопасной доставки нужной информации целевым аудиториям;
8. Вовлечение сотрудников в создание и публикацию информации.

Подобная схема IT-технологии — от первичного звена, службы скорой медицинской помощи, к муниципальным ЛПУ, в России применяется впервые и, следуя вышеизложенным принципам, с 2009 года мэрия г.Новосибирска осуществляет планомерную работу по внедрению информационных технологий в деятельность муниципальных учреждений здравоохранения города.

О.Г. Артамонова, И.Е. Брындина
**ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНСКОГО
НАСЕЛЕНИЯ О ПРОГРАММАХ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В Г.НОВОСИБИРСКЕ**

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

Актуальность. В медицине под скринингом понимают обследование с помощью простых и безопасных исследований большой группы людей, не имеющих симптомов заболевания, с целью выделения групп риска развития той или иной патологии. Раннее выявление злокачественных опухолей — играет важную роль в снижении смертности, а в некоторых случаях, когда речь идет о выявлении предрака, и заболеваемости от злокачественных опухолей. В связи с этим разработка новых методов скрининга, включая выявление молекулярных маркеров ранних стадий канцерогенеза, имеет большое значение. Опыт проведения подобного рода исследований позволил установить основные скрининги для выявления онкологических заболеваний, эффективность которых доказана международными централизованными рандомизированными исследованиями.

Цель. Рассмотреть действующие в г.Новосибирске массовые скрининговые программы, направленные на выявление онкологических заболеваний и оценить информированность о них женского населения города.

Материалы и методы. Ретроспективный контент-анализ данных о проводимых скринингах в г.Новосибирск, социологический метод.

Результаты исследования. По литературным данным нами были определены основные виды онкологических скринингов, эффективность которых была доказана на международном уровне: маммография у женщин, тест на скрытую кровь в кале, цитология мазка с шейки матки и тест на простат-специфический антиген (ПСА).

Далее мы осуществляли анализ информации о проведении массовых онкологических скрининговых программ в г.Новосибирск. Анализ данных показал, что единственной, массово проводимой программой в нашем городе является “Розовая ленточка” (программа раннего выявления рака молочной железы). Данная программа проводится в городе с 2006г (в мире — с 1995г.), в ведущих клиниках и женских консультациях города, при поддержке администрации и Союза женщин Новосибирской области. В 2007–2008 годах осмотрами были охвачены жители Ленинского, Центрального, Калининского, Заельцовского и Железнодорожного районов. В 2011 г — уже все 10. В среднем, по районам, ежегодно, проходят осмотр около 1000 женщин. Низкая посещаемость обусловлена недостаточностью информированности

населения о проведении данной программы. Нами был разработан опросник об информированности о скрининге. В опросе приняли участие 100 женщин, в возрасте от 18 до 55 лет. Так, согласно данным опроса среди студентов и преподавателей НГУЭиУ, что такое скрининг знали 15% человек, о программе «розовая ленточка» — 37% (из них — 23% — от лечащего врача, 10% — из информационных буклетов косметических компаний, 4% — от знакомых), о необходимости динамического обследования молочных желез знали 63%, самообследование молочных желез проводят 4%, за консультацией к специалистам обращались 5% опрошенных, в программе «розовая ленточка» принимали участие только 3%.

Выводы. Согласно данной программе, рак груди заметно помолодел — среди больных все больше девушек в возрасте до 25 лет. При помощи данного скрининга, ежегодно выявляется около 6% злокачественных новообразований у женщин, в т.ч. находящихся в репродуктивном периоде. Однако, нами выявлены следующие недостатки проводимой программы: недостаточная освещенность о проводимом скрининге среди женщин, в т.ч. посредством СМИ, отсутствуют расчеты эффективности затрат на данный скрининг.

А.Н. Колесников, В.А. Шадрин
**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) является самым распространенным заболеванием после черепно-мозговой травмы, органическим поражением центральной нервной системы среди лиц молодого возраста. Отмечаемый в последние годы рост заболеваемости рассеянным склерозом обуславливается с одной стороны усовершенствованием методов диагностики, с другой стороны — увеличением продолжительности жизни больных с данным заболеванием. Актуальность проблемы рассеянного склероза также определяется ее социально-экономической значимостью: подавляющее число больных рассеянным склерозом являются людьми трудоспособного возраста, кроме того лечение больных рассеянным склерозом требуются большие затраты.

Цель исследования. На основании контент-анализа изучить эпидемиологические особенности данного заболевания смертность на территории РФ.

Результаты исследования. В настоящее время в мире насчитывается, по разным оценкам, около 3 млн. больных рассеянным склерозом. В РФ насчитывается примерно 150 тыс. больных с данной патологией, с сохраняемой особенностью ее распространения в северных, северо-западных и западных территориях. По данным эпидемиологического исследования показатель распространенности рассеянного склероза в Российской Федерации составляет от 35 до 70 человек на 100000 населения в зависимости от региона. Среди всех больных выявлено существенное преобладание женщин 71% против 29% мужчин. Распределение больных по возрасту: до 30 лет -15%, 30-40 лет -35%, от 40 до 50 -31% и старше 50 -19%.

В структуре больных данным видом патологии только около 24% являются трудоспособными, у 29% -установлена III группа инвалидности, 23% имеют II группу инвалидности и 23% -I группу. Через 10 лет от начала заболевания 30-37% больных способны передвигаться только с посторонней помощью, 50% больных имеют трудности в выполнении профессиональных обязанностей, более 80% больных вынуждены сменить работу. Через 15 лет только 50% больных сохраняют способность работать, обслуживать себя и свободно передвигаться без посторонней помощи. Смертность от рассеянного склероза в среднем составляет 2 случая на 100000 населения в год. В 50% случаев причиной смерти при рассеянном склерозе являются такие осложнения, как пневмонии и инфекции мочевыводящих путей (уросепсис); средний возраст умерших больных составляет 51,0 год. Среди больных рассеянным склерозом значительно выше (в 4-7,5 раза) суицидальная смертность по сравнению с общей популяцией. Средний возраст умерших больных в группе с суицидальной смертностью составляет 44 года. Выживаемость больных рассеянным склерозом через 25 лет от начала заболевания составляет 75% всех случаев.

Выводы. РС является одной из наиболее социально и экономически значимых проблем современной неврологии и медицины в целом. Возникающая преимущественно у лиц молодого возраста, РС при отсутствии адекватного лечения приводит к значительным нарушениям неврологических функций и инвалидизации. Если не применять современных методов лечения и профилактики, эффективность которых доказана многочисленными клиническими исследованиями, ситуация с РС будет неуклонно усложняться за счет увеличения количества инвалидов, что приведет к увеличению экономических затрат на социальные выплаты инвалидам, их содержание и лечение. В связи с этим создание оптимальных алгоритмов патогенетической, симптоматической и восстановительной терапии является одной из актуальнейших проблем современной медицины и общества в целом.

А.В. Мальцев*, К.С. Астракова
**АНАЛИЗ ПРОГРАММЫ ИНФОРМАТИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ
МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф., А.В. Калиниченко*

Качественные изменения в экономической, социально-политической и духовной сферах общественной жизни, обусловленные интенсивным развитием и использованием современных информационно-коммуникационных технологий, обозначили движение человечества к новой, постиндустриальной фазе развития - информационному обществу.

Концепция развития российского здравоохранения призвана обеспечить переход отечественного здравоохранения на новый, более высокий, качественный уровень за счет его структурной перестройки, внедрения инновационных технологий, использования передовых инновационных и инвестиционно-ориентированных моделей управления (в том числе финансовой, информационно-коммуникативной).

Уровень ИТ-оснащенности российских медицинских учреждений все еще остается невысоким. Информатизацию отечественного здравоохранения сдерживает как недостаток финансирования, так и отсутствие у руководства понимания тех возможностей, которые предлагают высокие технологии для оптимизации и повышения качества работы ЛПУ. Реализация задач информатизации здравоохранения требует соответствующего ресурсного обеспечения (финансового, кадрового, программного и т. д.), а чтобы его получить, необходимо убедить руководителей, принимающих решение. (Б. В.Зингерман, 2009).

Попытки автоматизировать те или иные участки деятельности без выработки единой и долгосрочной стратегии приводят к формированию в российских клиниках разнородных компьютерных программ. Рано или поздно появляется проблема интеграции, решать которую в условиях проблемного финансирования и все еще не сформированных ИТ-стратегий достаточно сложно (М. А.Шифрин, 2009).

Ожидаемые результаты:

- Улучшение доступности медицинской помощи населению (возможность записи на прием как через централизованную регистратуру, так и через Интернет, через терминалы самозаписи, через локальные регистратуры)
- Объединение лечебно-профилактических учреждений в единое информационное поле, в рамках единых стандартов медицинской информации, стандартов оказания медицинских услуг, стандартизации программного обеспечения, что позволяет создать дополнительно:
 - Акутальный медицинский регистр населения;
 - Условия для проведения с новым качеством диспансеризации, вакцинации;

- Условия для взаимодействия со всеми участниками системы здравоохранения, в том числе и с центрами здоровья, автоматизация мониторинга здоровья населения;
- Оптимизация работы структурных подразделений лечебно-профилактических учреждений, создание возможности оперативного обмена информацией как между собой, так и с системой скорой помощи и стационарной помощи, в целях повышения качества медицинского обслуживания населения;
- Переход от «Единой регистратуры» (медицинский регистр) к электронным картам пациентов
- Повышение достоверности медицинской статистики в целях более качественного управления отраслью.

В.И. Максимова
**ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ**

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преп. А. С. Фунтиков*

Актуальность. В 2009 году в рамках национального проекта «Здоровье» была запущена федеральная программа совершенствования организации онкологической помощи населению. В ней приняли участие 11 регионов и два федеральных онкологических центра, а на ее реализацию было выделено 6,3 миллиардов рублей. В 2010-м к программе присоединились еще 10 регионов, а выделяемое финансирование составило 5,7 миллиардов рублей. В 2012 году участвовать в программе будут 68 субъектов федерации. Программа нацелена на раннее выявление онкологических заболеваний. В настоящее время в России смерть в результате онкологического заболевания занимает третье место в общей структуре смертности по стране: 285 тыс. россиян ежегодно умирают от новообразований. По данным федерального министерства, сегодня под наблюдением у онкологов состоят 2,6 млн россиян, в том числе излечившиеся от рака. В это время в системе обеспечения лекарств онкологических больных имеются нюансы, требуемые определенных усовершенствований.

Цель: проанализировать систему лекарственного обеспечения онкологических больных.

Результаты исследования. Льготное обеспечение лекарствами онкологических больных осуществляется за счет средств федерального бюджета по программе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО), или обеспечения необходимыми лекарственными средствами. За 7 лет существования система ДЛО потеряла свою эффективность, и лекарственное обеспече-

ние онкологических больных требует реформирования. В 2005 году, когда программа была запущена, 14 млн пациентов получали натуральные льготы в виде медикаментов. Сегодня в программе ДЛЮ осталось 4 млн человек. Программа стала исключительно дотационной.

Еще одним важным моментом, требующим совершенствования, является долгая процедура по включению пациента в заявку на льготное обеспечение лекарственными средствами, которая может длиться от трех месяцев до одного года. Задержка не может не сказаться на эффективности лечения, и она снижается, учитывая тот факт, что болезнь прогрессирует.

Выводы. На данный момент система лекарственного обеспечения онкологических больных нуждается в реформировании. Значительно число пациентов вынуждены приобретать препараты за собственные средства. При этом цены на онкологические препараты находятся возле верхней планки возможностей потребления. На 2012 год запланировано реформирование системы обеспечения лекарствами онкологических больных, переход к схемам возмещения, когда пациент может отказаться от лекарственного обеспечения с правом получения денежного возмещения.

А.В. Яценко
**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ
В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГKB №1
Г.НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преп. А. С. Фунтиков*

Актуальность исследования. Глаукома является одной из наиболее актуальных проблем современной офтальмологии. Это заболевание относится к самым серьезным, приводящим к полной необратимой потере зрения. В настоящее время около 10–15% больных глаукомой обречены на слепоту. Однако в России, несмотря на значительные достижения клинической офтальмологии уровень слепоты и слабовидения возрастает. Общее число больных с различными формами глаукомы превышает 500 тыс. человек. [Е. А. Егоров 2011 г.] Глаукома стала причиной инвалидности в 28 % случаев от всей глазной патологии, 150 тыс. человек являются инвалидами по зрению вследствие глаукомы и 66 тыс. человек из них практически слепые. Удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие глаукомы по субъектам РФ колеблется от 17% до 37 %. [Л. П. Гришина, 2009 г.]. В связи с этим, проведение комплексных исследований глаукомы и разработка адекватных мер по ее профилактике является современной и актуальной научной задачей.

Цель исследования. Оптимизация профилактики заболеваемости глаукомой у людей в Новосибирске.

Задачи исследования. 1. Изучить структуру глаукомы и её распространённость в различных возрастно-половых группах населения. 2. Изучить медико-социальный статус больных с глаукомой.

Материалы и методы исследования. Проведен статистический анализ историй болезни офтальмологического отделения ГКБ №1 г. Новосибирска за 2011г. Всего проанализировано 3200 истории болезни.

Результаты. Общее количество просмотренных историй за 2011 год — 3200. Открытоугольная форма глаукомы преобладает у мужчин в возрасте 40–45 лет, закрытоугольная форма преобладает у женщин в возрасте 50–75 лет. Частота встречаемости открытоугольной глаукомы — 17,6%, закрытоугольной глаукомы — 10,4%. Количество проведённых койко-дней в стационаре с первичной глаукомой составляет в среднем 12–14 дней. Больные трудоспособного возраста — 40% , нетрудоспособного возраста — 60%. Предрасполагающие факторы: наследственность — 36,5%, болезни сердечно-сосудистой системы — 25,3%, сахарный диабет 15,2%, миопия — 12,4%, гиперметропия — 10,6%.

Выводы. Раннее распознавание глаукомы — важнейшее условие успешного лечения этого тяжелого заболевания. Поэтому, после 40–45 лет необходимо систематически (не реже одного раза в год) посещать глазного врача, а также всем людям старше 50-75 лет, даже если у них нет жалоб на зрение. 40% больных с глаукомой — это люди трудоспособного возраста — имеет огромную социально — экономическую значимость для общества. Определенное влияние на развитие глаукомы оказывает наследственность, болезни сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, рефракция глаза (близорукость, выраженная дальнозоркость).

Е.С.Полторацкая, Т.Д. Сырчина
**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ УЧЕБНОГО
ПРОЦЕССА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ
НОВОСИБИРСКИХ ВУЗОВ**

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преп. А.С.Фунтиков*

Актуальность. В 2011 году президент России Д.А.Медведев утвердил перечень поручений по вопросам социального положения студентов. Одним из пунктов является «принятие мер по совершенствованию предоставления медицинской помощи студентам, том числе создание в образовательных учреждениях врачебных (фельдшерских) здравпунктов и улучшение работы существующих». Это свидетельствует о том, что охрана здоровья

студенческой молодежи считается одной из важнейших социальных задач общества. Анализ современных тенденций здоровья студентов-медиков, поведенческих характеристик социально-гигиенических факторов и факторов учебного процесса, влияющих на здоровье, является одним из важнейших путей совершенствования медицинской помощи данной категории населения и обеспечения здоровья учащейся молодежи.

Цель. Представить сравнительную характеристику здоровья студентов Новосибирского государственного медицинского университета (НГМУ), Новосибирского государственного технического университета (НГТУ), Сибирского института международных отношений и регионоведения (СИМОР) в процессе обучения. Разработать систему рекомендаций, направленных на оптимизацию состояния здоровья студентов медицинского ВУЗа на основе комплексного изучения влияния учебного процесса на состояния здоровья, поведенческих характеристик и образа жизни студентов.

Материалы и методы: социологическое исследование, которое проводилось в течение 2011 года: интервьюирование по специально-разработанной анкете, имеющей 3 блока вопросов (о состоянии органов зрения, о состоянии опорно-двигательного аппарата в частности позвоночника, о состоянии желудочно-кишечного тракта). В исследовании участвовали 300 человек (по 100 из каждого ВУЗа) из них 150 студентов с I и 150 студентов с V курсов.

Результаты. Изучение распространенности миопии показало: НГМУ — 54% первокурсников, 74% пятикурсников. НГТУ — 38% первокурсников, 52% пятикурсников, СИМОР — 30% первокурсников и 46% пятикурсников. Отрицательная динамика наблюдается у студентов пятого курса: НГМУ — 28%, НГТУ — 10%, СИМОР — 16%. Что касается заболеваний ЖКТ, то выявлено следующее: НГМУ — 10% первокурсников, 46% пятикурсников НГТУ — 12% первокурсников, 50% пятикурсников, СИМОР — 12% первокурсников и 46% пятикурсников. Отрицательная динамика наблюдается у студентов пятого курса: НГМУ — 32%, НГТУ 44%, СИМОР — 38%. Достаточно широко распространены среди студентов заболевания опорно-двигательного аппарата так они встречаются: НГМУ — 56% первокурсников, 57% пятикурсников. НГТУ — 60% первокурсников, 63% пятикурсников. СИМОР — 58% первокурсников и 60% пятикурсников. Отрицательная динамика наблюдается у студентов пятого курса: НГМУ — 4%, НГТУ 3,5%, СИМОР — 4,2%.

Выводы. В ходе работы нами выявлены различия в состоянии здоровья у студентов различных ВУЗов (НГМУ, НГТУ, СИМОР). Наиболее выраженное нарушение зрения наблюдается у студентов НГМУ. Наиболее выраженное нарушение ЖКТ и опорно-двигательного аппарата наблюдается у студентов НГТУ. В исследуемых ВУЗах по трем взятым системам наблюдается отрицательная динамика. По данным опроса, оценки условий обучения позволяет объяснить негативные тенденции в здоровье студентов. Кроме того, в ходе работы нами разработаны практические рекомендации администрации области, министерству здравоохранения Новосибирской области, а также администрациям изучаемых ВУЗов.

М.Ю. Долгих, К.А. Орлова
**УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ И МИКОПЛАЗМЕННАЯ
ИНФЕКЦИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения,
Новосибирский Государственный Медицинский Университет
Научный руководитель: преп. А. С. Фунтиков*

Актуальность. Урогенитальные инфекции в настоящее время распространены повсеместно и представляют собой одну из актуальных проблем в здравоохранении не только в РФ, но и других странах. 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 пока не регламентированы статистические учетные и отчетные формы. В связи с этим остается малоизученной частота выявления и осложнений этой инфекции среди населения.

Цель исследования. Охарактеризовать микоплазменную инфекцию и урогенитальный хламидиоз как медико-социальную проблему.

Задачи. Изучить частоту выявления хламидийной и микоплазменной инфекций у пациентов, обратившихся в различные медицинские учреждения города Новосибирска в 2009–2010 гг. Установить наиболее частые осложнения вследствие инфицирования, а также определить влияние данных инфекций на качество жизни человека.

Материал и методы. Всего было обследовано 9 тыс. 208 человек на М genitalium и 13 тыс. 006 пациентов на С trachomatis в различных медицинских учреждениях (женские консультации, поликлиники, медицинские центры, кожно-венерологические диспансеры) Новосибирска в 2009– 2010 гг. Диагностика хламидийной и микоплазменной инфекций проводилась при помощи методов амплификации и нуклеиновых кислот («Литех» и «ДНК-технология», Россия) в соскобном материале из уретры/или цервикального канала.

Результаты и обсуждения. Частота выявления М. Genitalium не изменилась за 2009 и 2010 гг., составив 12,6% и 12,6% соответственно. Статистический анализ по месяцам выявил, что наибольшие показатели отмечены в феврале, марте и июне, а минимальные — в июле, сентябре, октябре. Полученные данные позволяют полагать, что основным временем инфицирования М. genitalium является длительный зимний период. Частота выявления С trachomatis не изменилась за 2009 и 2010 гг., составив 12,9% и 13,0% инфицирования хламидиями в течение года, а именно доля была выявлена в июле. Частота выявления сочетанной инфекции — М genitalium и С trachomatis отмечалась только лишь у 0,55%, т.е. у 1 из 180 обследованных пациентов.

В течение 2010 года наблюдаются параллельные тенденции в выявляемости этих двух инфекций, однако, в сентябре имеется прямо противоположное расхождение в показателях. Возможно, это связано с особенностями

инфицирования разными микроорганизмами и наличием клинических проявлений инфекционного процесса: хламидии могут вызывать негонеомикробный уретрит, что служит причиной визита к врачу для обследования, а микоплазменная инфекция протекает с меньшей симптоматикой.

Вывод. Частота выявления хламидийной и микоплазменной инфекций примерно одинакова и составляет 12,0% среди мужчин и женщин в равной степени. Сочетание этих инфекций встречается крайне редко (0,55%). При этом по сравнению с хламидийной инфекцией наименьшая выявляемость *M. genitalium* оказалась в пост-отпускной период (сентябрь-октябрь), что, очевидно, зависит от особенностей возбудителя и активности инфекционного процесса. Значимость проблемы обусловлена не только опасностью для здоровья как заболевших, так их окружения, но и чрезвычайно широкой распространенностью. Они чреваты достаточно тяжелыми последствиями.

О.В. Есипенко, М.Н. Плюснина
**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТАМИ
В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
ГКБ №1 Г.НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преп. А. С. Фунтиков*

Актуальность. Инсульт является актуальной медико-социальной проблемой, занимает второе место в структуре причин смертности населения от болезней системы кровообращения и первое — среди всех причин инвалидизации (Гусев Е.И., Скворцова В.И., 2003). В России показатели заболеваемости инсультом колеблется от 500 до 600 случаев на 100 тыс. населения, смертности — от 100 до 250 случаев на 100 тыс. населения. Трудоспособность сохраняется у 15% пациентов. Остальные больные становятся инвалидами и до конца жизни нуждаются в медико-социальной поддержке (Варакин Ю.Я., 2005; Суслина З.А. и соавт., 2009). Ежегодный экономический ущерб в связи с данной патологией составляет в РФ от 16,5 до 22 млрд. долларов Ежегодное увеличение частоты инсульта в России составляет от 7,5 до 10,4%. Таким образом, сосудистые заболевания головного мозга остаются одной из острейших медико-социальных проблем, наносят огромный экономический ущерб государству и обществу, являются основной причиной госпитализации, длительной потери трудоспособности и инвалидизации.

Цель. Оптимизация профилактики инсульта у населения Новосибирска на основе изучения медико-социальных аспектов заболеваемости.

Задачи: 1.Изучить структуру острых нарушений мозгового кровообращения и их распространённость в различных возрастно-половых группах населения. 2.Изучить медико-социальный статус больных с инсультами. 3.

Предложить ряд приоритетных медико-социальных аспектов организации помощи больным.

Материалы и методы исследования. Проведен статистический анализ историй болезни неврологического отделения ГКБ № 1 г. Новосибирска за 2011 г. Всего проанализировано 3693 истории болезни. Кроме того, проведен обзор литературы по заданной тематике.

Результаты. Структура острых нарушений мозгового кровообращения следующая: доля женщин с инсультом 17,9 % среди них ишемический 92% (повторный 10%), геморрагический 8%. Женщины трудоспособного возраста 20%, не трудоспособного 80%. Доля мужчин с инсультом — 15,2% среди них ишемический 90% (повторный 7%), геморрагический 10%. Мужчины трудоспособного возраста 56%, не трудоспособного 44%.

Выводы. Отмечается явная тенденция инсульта к «омоложению». Выявлена закономерность заболеваемости инсультами в зависимости от социального статуса больного: самая высокая заболеваемость инсультом среди служащих отмечалась у руководителей различных рангов. Кроме того, нами выделены факторы, обуславливающие ошибки в диагностике и ведении больных ОНМК: недостаточное оснащение медиков необходимой аппаратурой; нехватка лекарств; поздняя обращаемость больных; недостаточная преемственность между скорой помощью и стационаром. 30 больных с ОНМК - это люди трудоспособного возраста, поэтому их лечение — начиная с острейшего периода и заканчивая реабилитацией — имеет огромную социально-экономическую значимость для общества. Кроме того, согласно задачам исследования, нами предложен ряд приоритетных медико-социальных аспектов организации помощи больным, однако, отразить который в рамках данной статьи не представляется возможным.

А.А. Аникин, А.С. Фунтиков*

СТРАХОВАНИЕ ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доц. Д. В. Чебыкин

Актуальность. В настоящее время онкологические заболевания являются одними из распространенных патологий, что подтверждают данные министерства здравоохранения и социального развития России (413 больных на 100 000 населения). На поздних стадиях (3, 4) развития заболевание выявляют у 22%. Средняя стоимость лечения составляет 3 миллиона рублей на ранних стадиях развития, и эта цифра во много раз увеличивается при позднем выявлении. Хотя в России лечение онкологических заболеваний «попадает» под «бесплатное лечение», оно не всегда таковым является. Ввиду этого и возникает необходимость привлечение средств извне. Эту проблему и призвано решить страхование.

Цель: изучение рынка страхования от онкологических заболеваний.

Задачи. Проанализировать сложившуюся ситуацию на рынке страхования от онкологических заболеваний России; сделать выводы о доступности и целесообразности данной услуги.

Методология: анализ услуги «Голубой конверт. Онкологическое страхование», анализ перечня предоставляемых услуг при онкологических патологиях по программе ОМС.

Материалы исследования: статистические данные по заболеваемости онкологическими патологиями, программа ОМС, программа «Голубой конверт. Онкологическое страхование».

Выводы. Программа ОМС не справляется с поставленной задачей в сфере онкологических заболеваний, и необходимо искать альтернативы. Программы добровольного страхования должны решить проблему недостаточного финансирования лечения онкологии (страховые выплаты по программе «Голубой конверт, Онкологическое страхование» колеблются от 2,5 до 8,6 млн. рублей в зависимости от вида выявленного новообразования). Однако, страхование от онкологических патологий появилось на рынке России сравнительно недавно, что негативно влияет на стоимость данной услуги (страховые взносы по программе «Голубой конверт, Онкологическое страхование» колеблются от 10 до 100 тысяч рублей в год). Также стоит отметить, что не многие готовы приобрести дополнительный страховой полис, или уехать за границу на длительный курс лечения (по программе «Голубой конверт, Онкологическое страхование» лечение осуществляется в Швейцарских клиниках). Это в конечном итоге приводит к отказу страховыми организациями от данного вида страхования. Не смотря на это, считаю целесообразным рекомендовать министерству здравоохранения и социального развития России способствовать развитию программ добровольного медицинского страхования и рассмотреть возможность софинансирования программ ДМС.

В.В. Кожухов

ФИНАНСИРОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преп. А. С. Фунтиков*

Актуальность. Одной из сложнейших социальных и медицинских проблем являются злокачественные новообразования. Уровень заболеваемости населения онкологическими заболеваниями стабильно высокий. По статистическим данным заболеваемость населения злокачественными новообразованиями в 2010 году составила 413 человек на 100 тыс. жителей. Масштабы развития проблемной ситуации свидетельствуют о том, что проблема не может быть решена в рамках текущего финансирования.

Цель. Самой главной на сегодняшний день целью данного мероприятия, а именно финансирование онкологической службы в НСО является, принятие мер по оказанию медицинской помощи способствующие снижению смертности населения новосибирской области от злокачественных новообразований. Стабилизация и улучшение ситуации, связанной с онкологическими заболеваниями, путем совершенствования организации онкологической службы.

Задачи. 1. Проанализировать структуру финансирования онкологической службы в НСО. 2. Сделать вывод, об эффективности финансирования онкологической службы в НСО.

Методология: наиболее эффективным методом решения существующих проблем является применение программно-целевого метода финансирования.

Применение программно-целевого метода финансирования позволяет обеспечить:

1) Высокий уровень координации, обеспечивающий взаимодействие при выработке общих подходов в реализации мер;

2) Системный подход к формированию комплекса взаимоувязанных по ресурсам и срокам мероприятий для достижения поставленных целей;

3) Длительный горизонт планирования, позволяющий оценить долгосрочные эффекты;

6) Контроль эффективности расходования средств областного бюджета Новосибирской области.

Материалы исследования: долгосрочная целевая программа «Развитие онкологической службы Новосибирской области на 2011 -2015 годы», статистические данные по онкологической заболеваемости.

Результаты: проанализировав ситуацию в финансировании онкологической службы в НСО, замечается положительная тенденция в этой сфере, а именно осуществляется финансирование мероприятий по оснащению современным лечебным и диагностическим оборудованием онкологических отделений (первичных онкологических кабинетов) муниципальных лечебно-профилактических учреждений, путем предоставления средств из областного бюджета Новосибирской области местным бюджетам иных межбюджетных трансфертов на реализацию мероприятий программы. По данным из расчёта программы финансирования онкологической службы до 2015 года, общий объем финансирования онкологической службы за счет средств областного бюджета НСО составит 3 985 860,4 тыс. рублей. В результате более эффективного финансирования онкологической службы в НСО, планируется достижение следующих целей: снижение смертности населения от онкологических заболеваний; более раннее выявление больных данным диагнозом; модернизация медицинского оборудования; повышение доступности и качества медицинской помощи.

А.С. Фунтиков*

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

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

В приказе Минздравсоцразвития России № 944н от 3 декабря 2009 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях» утверждаются основные стандарты оказания помощи онкологическим больным. Однако в документе отсутствует очень важный аспект — психологическая реабилитация онкологических больных.

Мировая практика включает помощь психолога в обязательный стандарт работы с онкологическими пациентами и их семьями на всех этапах лечения и реабилитации пациента. Как показывает опыт, внедрение программ психологической коррекции онкологических пациентов позволяет существенно снизить количество рецидивов, смертность, уровень инвалидизации, увеличить продолжительность и качество жизни онкологических больных. Подключение внутренних психологических резервов приводит к росту числа излеченных от рака 2 и 3-й стадии до 45–75%, 4-й стадии — до 25%.

В России система оказания психологической помощи онкопациентам пока развита недостаточно. В то время как комплексная поддержка онкологических больных, включающая психологическое сопровождение пациентов, приведет к экономии использования ресурсов, оптимизации лечения и снятию психологической нагрузки с медперсонала.

В связи с очевидностью как экономической выгоды для системы здравоохранения, так и улучшения качества жизни и деятельности всех участников лечебного процесса особенно остро встает вопрос о внесении изменений в вышеупомянутый Приказ и введение в штат каждого онкологического учреждения страны ставки клинического психолога. Эти меры станут первым шагом на пути увеличения экономической эффективности реализации программы помощи населению при онкологических заболеваниях.

Структура целевых групп, нуждающихся в психологической помощи:

1. Онкологические пациенты: лица, проходящие диагностические процедуры для установления диагноза онкологического заболевания; пациенты, проходящие лечение в связи с онкологическим заболеванием; лица, находящиеся в ремиссии; инкурабельные пациенты;
2. Родственники онкологических пациентов: осуществляющие уход за больным; потерявшие близких.
3. Помогаящие: медицинский персонал; психологи; социальные работники; волонтеры

Нами предлагается модель — организационная структура, состоящая из следующих модулей: научно-исследовательский модуль, модуль психологической помощи, модуль социальной помощи, модуль духовно-нравственной помощи, модуль администрации.

Кроме того, необходимо создание: центров психологической поддержки, реабилитации и адаптации онкопациентов и их родственников, а также горячей телефонной линии для психологического консультирования пациентов.

Фунтиков А.С.*

К ПРОБЛЕМЕ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

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

Хотя онкологические заболевания по-прежнему занимают второе место в структуре смертности населения страны, за 11 месяцев 2011 года зафиксировано снижение смертности от них на 1%. В то же время, заболеваемость раком в России растет и в абсолютном, и в относительном выражении. По данным Росстата, в 2010 году злокачественные новообразования выявлены у 479,5 тыс. человек.. По данным Онкоцентра им. Блохина, за последние 10 лет общая онкологическая заболеваемость в России увеличилась в полтора раза. На учете стоят 2,7 млн. больных — 1,8% населения страны. Ежегодно от онкологических заболеваний умирают более 300 тыс. пациентов, практически каждый третий в течение 12 месяцев после постановки диагноза, еще 67% — в течение пяти лет. Согласно данным ВОЗ, Россия входит в тройку европейских стран с наивысшими показателями смертности от онкологических заболеваний (первое место — у Венгрии, Россия и Украина делят второе место).

Для решения проблемы низкой выживаемости пациентов необходимы два условия: качественная ранняя диагностика и современная доступная терапия. Ни того, ни другого в России нет. На онкологические программы отпускаются миллиарды бюджетных средств, до 2015 года планируется выделить более 27 млрд. руб. Но потрачены эти деньги будут не на современные лекарства для больных, а на ремонт онкологических диспансеров и клиник и покупку оборудования, при этом закупленное оборудование в регионах в ряде случаев даже не установлено — никто не умеет им пользоваться.

Во вступившем в действие с 1 января 2012 года Законе «Об охране здоровья граждан России» декларируется право гражданина на выбор врача и лечебного учреждения, но право это, как можно было предположить с самого начала, всерьез нельзя реализовать даже в пределах одного города, особенно при онкологическом заболевании.

Согласно мировым исследованиям, минимальная сумма на современное лечение одного онкологического больного — 10 евро. В странах Европы эта сумма составляет от 9 до 35 евро, в России 4 евро. Финансирование здравоохранения в России в четыре раза ниже, чем в Европе. Увеличение финансирования за последние три года не покрывает даже инфляции. 40% стоимости лечения идет из карманов населения, доля средств обязательного медицинского страхования ничтожна, нет страховых выплат, компенсации расходов.

В соответствии с 94-м федеральным законом, лекарства закупаются по результатам аукциона. Считается, что это поощряет конкуренцию, и выбирается наиболее дешевый препарат. При этом игнорируются критерии качества, право пациента на полноценное лечение. Врач не может контролировать качество лекарства, которое его обязывают применять. Зарегистрировать дженерик сейчас очень просто. В отличие от западных стран не требуется полного цикла клинических испытаний. Да и вообще можно попросту купить сертификат соответствия. В результате по аукциону закупают средство, цена которого составляет 5% стоимости оригинального препарата. Возникает вопрос, из чего состоит это средство, если оно такое дешевое. Врач вынужден лечить тем, что дают, но отвечать за результаты лечения будет именно он, а не тот, кто проводил аукцион.

Эффективные инновационные препараты, особенно таргетного действия, по-прежнему малодоступны для пациентов. Ежедневно умирают десятки больных, которых можно было бы спасти. Сегодня в России около 3 млн. онкологических пациентов, и большинству из них можно помочь не просто выжить, а жить полноценной жизнью.

Г. С. Луппа, Д.Ю. Соколов, А.П. Омелянская
ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ
РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Кафедра медицинской генетики и биологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю.В. Максимова*

В январе 2012 года вступил в силу федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», в котором есть статья (ст.44) о редких (орфанных) заболеваниях.

Общепринятой трактовки термина «орфанные заболевания» (ОЗ) не существует. В различных странах критерии определения ОЗ утверждаются на уровне государства. В России к этим заболеваниям относятся заболевания, имеющие распространенность не более 10 на 100 тысяч населения. В настоящее время сформирован перечень заболеваний, которые отнесены к редким, он содержит 24 пункта. В этот список входят и мукополисахаридо-

зы (MPS) — генетические заболевания, вызванные дефицитом в организме лизосомальных ферментов, контролирующих процесс внутриклеточного расщепления макромолекул гликозаминогликанов (ГАГ), отсутствие или дефицит которых приводит к накоплению ГАГ в клетках организма. В результате развиваются прогрессирующие поражения различных органов и систем организма. Существует 9 типов MPS, к которым относится и синдром Хантера (MPS II типа). В Новосибирской области наблюдаются 4 пациента с данной патологией.

Мукополисахаридозы были впервые описаны С. Hunter в 1917 г. Автор наблюдал двух братьев в возрасте 8 и 10 лет, имевших нарушения опорно-двигательного аппарата, гепато-, сплено- и кардиомегалию, а также небольшое снижение уровня интеллекта. В 1919 г. G. Gurler описала идентичную, но более тяжелую клиническую картину заболевания у двух мальчиков, не состоявших в кровном родстве. Синдром Хантера — это X сцепленное заболевание, обусловлено мутацией в гене, кодирующем фермент iduronate-2-sulfatase (I2S). У пациентов с МПС II выделяют избыточное количество дерматансульфата и гепарансульфата в моче.

Первые признаки заболевания проявляются в 2–4 года. До этого выраженных клинических проявлений не наблюдается, за исключением шумного дыхания вследствие обструкции верхних дыхательных путей, повторных ринитов. Поскольку накопление ГАГ продолжается во всех клетках организма, признаки синдрома Хантера с течением времени становятся все более видимыми. Именно поэтому диагноз ставится обычно в возрасте от 2 до 4 лет. Длительное накопление ГАГ может привести к поражениям сердечных клапанов вместе со стенками сердца, стенок дыхательного тракта, печени и селезенки. Все основные суставы, включая запястья, локти, плечи, бедра, колени становятся все менее подвижными, что ведет к ограничению двигательных функций. Кожа утолщается, становится сильно шероховатой и приобретает цвет слоновой кости. Однако наличие и скорость развития того или иного симптома и степень прогрессии могут быть существенно различны для каждого человека с синдромом Хантера. Для лечения применяют ферментный препарат — идурсульфазу — очищенную форму лизосомального фермента (I2S), полученная на линии клеток человека, обеспечивающей профиль гликозилирования, аналогичный естественному профилю фермента. Функцией I2S является катаболизм гликозаминогликанов — дерматансульфата и гепарансульфата путем разрушения олигосахаридсвязанных сульфатных половинок. Идурсульфазу следует вводить в/в в течение 1–3 ч в дозе 0,5 мг/кг 1 раз в неделю пожизненно.

Лечение детей с орфанными заболеваниями финансируется из средств федерального и регионального бюджетов.

А.Е. Третьяков
**ОНКОПСИХОЛОГИЯ КАК СИНТЕЗ НАУК, НАПРАВЛЕННЫХ
НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ**

*Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преп. А.С. Фунтиков*

Актуальность темы: Общеизвестно, что пациенты с диагнозом онкологического заболевания испытывают сильнейшие психологические расстройства. Это влияет как на процесс их лечения, так и на реабилитацию. Несомненно это сказывается и на образе жизни пациентов. Онкопсихология — новая ветвь в развитии медицины, которая является синтезом двух наук, цель которой улучшение психологического статуса пациентов. Онкопсихология поможет решить многие проблемы, связанные с лечением, реабилитацией, а так же увеличит процент выживаемости больных.

Цель исследования: оценить необходимость работы специалиста — онкопсихолога, работа которого направлена на улучшение психологического статуса пациентов и статуса их родных и близких.

Результаты исследования: Основные принципы реализации психологической помощи онкологическим пациентам доступность мероприятий по психологической поддержке онкологических пациентов вне зависимости от социального статуса граждан, уровня их доходов и места жительства; приоритет медицинских мер в области восстановления здоровья онкологических пациентов; непрерывность мероприятий по психологической помощи в течение всего периода диагностики, лечения и реабилитации пациента; ответственность человека за свое здоровье и здоровье своих близких; реализация внутренней гармонии физического, психического, духовного состояния человека, а также гармонии с экологической и социальной средой; направленность на наличие у пациента резервных возможностей и их коррекцию для реализации человеком потенциала здоровья; консолидация действий медицинских, коммерческих, государственных и общественных организаций и граждан по формированию и реализации комплексных программ психологической помощи онкологическим пациентам; многоуровневый подход к организации оздоровительных и профилактических мероприятий с учетом как общих потребностей населения страны в целом, так и специфических особенностей населения различных регионов, отдельных социальных, профессиональных и возрастных групп; единство медицинских, психологических и социальных мер по восстановлению здоровья онкологических пациентов.

Выводы: Таким образом, на современном этапе необходимо развитие компетентности специалистов-психологов в области онкопсихологии для работы по проведению психологического консультирования и оказания поддержки онкологическим пациентам и их семьям.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ, МАТЕМАТИКА

О.Н. Логачева, И.А. Кривошапкин,
Н.В. Самсонова, Г.С. Жангирова
**СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРФЕРОНА- γ И ИНТЕРФЕРОНА- α
В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ
ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ
ГИПЕРТЕРМИИ**

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии
Новосибирского государственного медицинского университета
Научный руководитель: чл.-корр. РАМН,
д.м.н., профессор А. В. Ефремов*

Актуальность темы. Метод общей гипертермии активно изучался в течение последних четырех десятилетий XX века. Изменение теплового режима в сторону повышения общей температуры тела влечет за собой изменения в функционировании всех систем организма. Одним из клинически важных эффектов общей гипертермии является вирусоподавляющее свойство (Herman P. P., Yatvin M. B., 1994). Сегодня проводятся исследования, связанные с влиянием общей гипертермии на вирусы иммунодефицита, гепатита и др. Авторами установлено, что температура выше 42 °C в течение более 25 минут инактивирует приблизительно 25% данных вирусов. Отмечено уменьшение у ВИЧ-инфицированных вирусной нагрузки, положительные клинические признаки, регресс иммунологических сдвигов, а также улучшение качества жизни пациентов (Pontiggia P., Rotella G. B., 1996). Клиническому применению общей гипертермии всегда предшествует ее экспериментальное моделирование с целью более полного и детального изучения патогенетических аспектов влияния высокой внешней температуры на клетки, ткани, органы и организм в целом (Lesnicar H. et al., 1989).

Материалы и методы. Эксперименты проводились на 60 крысах-самцах Вистар весом 230–250 г. Разогревание животных проводилось в соответствии со «Способом экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных». Животных забивали ме-

тодом декапитации под эфирным наркозом на 1, 3, 7 и 21-е сутки после общей гипертермии. В группу контроля вошли 7 интактных крыс этой же породы. Кровь экспериментальных животных после мгновенной декапитации забиралась в сухие центрифужные пробирки и немедленно центрифугировалась при 3000 об/мин в течение 10 минут. Концентрация ИНФ- α и ИНФ- γ в сыворотке крови определяли с использованием тест-систем ProCon IF- α и ProCon IF- γ производства ООО «Протеиновый контур» (г. Санкт-Петербург) по инструкции производителя. Полученные результаты исследования подвергали общепринятым методам вариационной статистики с определением среднего арифметического (М) и стандартной ошибки средней величины (m). Статистическая значимость различий оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. За достоверность различий принималось значение $p < 0,05$.

Результаты исследования. Содержание ИНФ- γ в сыворотке крови у животных контрольной группы составило $10,65 \pm 0,98$ пг/мл. На 1-е сутки после воздействия общей гипертермии изучаемый показатель снизился до $6,54 \pm 0,43$ пг/мл. Период с 3-х по 7-е сутки наблюдения характеризовался повышением содержания ИНФ- γ в сыворотке крови у экспериментальных животных. Содержание ИНФ- α в сыворотке крови у животных контрольной группы составило $14,82 \pm 1,08$ пг/мл. На 1-е и 3-и сутки после воздействия общей гипертермии отмечалось снижение этого показателя до $11,71 \pm 0,77$ пг/мл и $12,3 \pm 1,03$ пг/мл соответственно. На 7-е сутки изучаемый показатель на 25% превысил контрольные значения, а к окончанию наблюдения вернулся к контрольным значениям. Снижение содержания интерферонов в раннем постгипертермическом периоде можно объяснить с позиции развития стресса на воздействие такого чрезвычайного раздражителя как общая гипертермия, что и привело к угнетению функциональной активности иммунокомпетентных клеток и снижению ими синтеза интерферонов.

И.А. Кривошапкин, О.Н. Логачева,
Н.В. Самсонова, Г.С. Жангирова

**СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ М, А И G В
СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ
ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ
ГИПЕРТЕРМИИ**

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии*

Новосибирского государственного медицинского университета

Научный руководитель: чл.-корр. РАМН,

д.м.н., профессор А.В. Ефремов

Актуальность темы. В научной литературе идет активная дискуссия о механизмах действия локальной и общей гипертермии на организм человека

и ее влияния на патогенез различных заболеваний. Многие авторы отмечают, что общая гипертермия оказывает существенное влияние на иммунную систему. Одни авторы считают, что гипертермия стимулирует специфические и неспецифические механизмы защиты организма, а другие, напротив, угнетает. Однако можно предположить, что под действием общей гипертермии происходит динамическое изменение системы иммунитета, когда на определенных сроках после общей гипертермии и/или при длительном воздействии отмечается либо активация или же угнетение функции иммунокомпетентных клеток.

Материалы и методы. Эксперименты проводились на 60 крысах-самцах Вистар весом 230-250 г. Животные содержались в стандартных условиях и диете в виварии ГОУ ВПО НГМУ Росздрава в осенне-зимний период. Разогревание животных проводилось в соответствии со «Способом экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных». Животных забивали методом декапитации под эфирным наркозом на 1, 3, 7 и 21-е сутки после общей гипертермии. В группу контроля вошли 7 интактных крыс этой же породы. Кровь экспериментальных животных после мгновенной декапитации забиралась в сухие центрифужные пробирки и немедленно центрифугировалась при 900 g (3000 об/мин) в течение 10 минут. Использовалось количественное определение Ig A, M и G классов методом автоматизированной кинетической нефелометрии на приборе «Иммунохимическая система» с применением моноспецифических сывороток против Ig A, M и G. Полученные результаты исследования подвергали общепринятым методам вариационной статистики с определением среднего арифметического (M) и стандартной ошибки средней величины (m). Статистическая значимость различий оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. За достоверность различий принималось значение $p < 0,05$.

Результаты исследования. Содержание иммуноглобулина M в сыворотке крови у экспериментальных животных после применения общей гипертермии составило $0,084 \pm 0,01$ мг/мл. На 1-е сутки наблюдения отмечалось снижение концентрации данного иммуноглобулина в сыворотке крови на 30%, на 3-и сутки — не отличался от контрольных значений. К 7-м суткам постгипертермического периода отмечалось повышение содержания Ig M до $0,12 \pm 0,08$ мг/мл и к окончанию наблюдения вновь отмечалось снижение данного показателя до $0,067 \pm 0,006$ мг/мл. Динамика содержания Ig G в сыворотке крови в постгипертермическом периоде носила волнообразный характер. У животных контрольной группы содержание Ig G в сыворотке крови составило $0,32 \pm$ мг/мл. Минимальные значения были зафиксированы на 1-е и 7-е сутки наблюдения, максимальные — на 3-и сутки. Содержание Ig A в сыворотке крови у животных контрольной группы составило $0,19 \pm 0,02$ мг/мл. Достоверное изменение данного показателя отмечалось только на 7-е сутки постгипертермического периода, когда он повысился до $0,24 \pm 0,013$ мг/мл. Таким образом, в раннем постгипертермическом периоде отмечается снижение иммуноглобулинсекретирующей функции лимфоцитов.

И.А. Кривошапкин, О.Н. Логачева, Н.В. Самсонова
**БИОЦИДНАЯ И ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ
АЛЬВЕОЛЯРНЫХ МАКРОФАГОВ КРЫС ПОСЛЕ
ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ**

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии*

Новосибирского государственного медицинского университета

*Научный руководитель: чл.-корр. РАМН,
д.м.н., профессор А. В. Ефремов*

В настоящее время гипертермия, как локальная, так и общая, находятся в центре внимания врачей различного профиля. Так, имеются данные о применении гипертермии в комбинированной терапии при лечении пациентов с бронхиальной астмой, абстинентным синдромом при наркомании, при хронических бактериальных и вирусных инфекциях Суверенев с соавт., 1999; Vereschagin E. Ю., 2001). При проведении общей гипертермии существенное значение имеет состояние системы мононуклеарных фагоцитов. Целью настоящего исследования -изучить динамику фагоцитарной активности и биоцидного потенциала макрофагов бронхо-альвеолярной жидкости в различные сроки после проведения общей гипертермии.

Эксперименты проводились на 60 крысах-самцах линии Вистар весом 220–230 г. Для оценки способности фагоцитов нарабатывать активные формы кислорода (потенциальной биоцидной активности фагоцитирующих клеток) использовали метод люминол-зависимой хемилюминесценции. Для оценки фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови использовали фагоцитарный индекс Гамбургера (процентное число фагоцитов, поглотивших частицы латекса) и фагоцитарное число Райта (среднее число частиц латекса, поглощенных одним фагоцитом). Статистическую обработку результатов исследования осуществляли пакетом прикладных программ Excel 7,0 с использованием средней арифметической, ошибки средней, критерия Стьюдента. Различия принимались за достоверные при $p < 0,05$.

Как показали результаты исследования, спонтанная хемилюминесценция у животных контрольной группы составила $2,66 \pm 0,31$ усл. ед. На 1-е сутки показатель значительно вырос и составил $4,71 \pm 0,39$ усл.ед. (+77% по отношению к контролю). На 3-е сутки значение так же оставалось выше контроля и составило $3,61 \pm 0,27$ усл.ед. (+35% по отношению к контролю). На 7-е сутки показатель вновь вырос и был равен $4,92 \pm 0,41$ усл.ед. (+ 84% по отношению к контролю). На 14-е и 21-е сутки отмечалось выраженное снижение по отношению к предыдущим срокам и по отношению к контролю и составило: на 14-е сутки - $1,21 \pm 0,09$ усл.ед. (–55% по отношению к контролю) и 21-сутки — $1,74 \pm 0,19$ усл.ед. (–35% по отношению к контролю).

Показатель фагоцитарного числа макрофагов бронхо-альвеолярной жидкости у экспериментальных животных контрольной группы составил $6,63 \pm 0,33$ абс. ед. На первые сутки после общей гипертермии значение данного показателя достоверно не отличалось от контрольных значений. На 3-и сутки рост показателя составил 100,15% и достиг $13,27 \pm 0,43$ абс. ед. На протяжении наблюдения с 7-х по 21-е сутки отмечалось постепенное снижение фагоцитарного числа макрофагов бронхо-альвеолярной жидкости, но при этом, значения в эти сроки наблюдения также превышали контрольные значения и составили: на 7-е сутки - $9,88 \pm 0,65$ абс. ед., на 14-е сутки — $8,52 \pm 0,43$ абс. и на 21-е сутки — $7,90 \pm 0,39$ абс. ед. Таким образом, в 1-е сутки после проведения общей гипертермии отмечается снижение фагоцитарной активности макрофагов бронхо-альвеолярной жидкости. В последующем, до окончания наблюдения отмечалось достоверное повышение фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов.

Таким образом, общая гипертермия способствует повышению биоцидной и фагоцитарной активности легочных макрофагов, что может быть использовано при лечении хронических бактериальных инфекций системы внешнего дыхания. При этом не происходит истощения биоцидного потенциала фагоцитов.

Н.В. Долотина, Н.В. Самсонова, С.Н. Алексеенко
ИЗМЕНЕНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕДИАТОРОВ
ГЕМОПОЭЗА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРЫС ПРИ
ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. Н. Самсонова*

Системе крови принадлежит существенная роль в формировании адаптивного ответа при действии на организм различных по своей природе чрезвычайных факторов. Воздействие экстремальных факторов, приводит к формированию комплекса неспецифических изменений в системе крови. Как известно, регуляция кроветворения осуществляется единой сложноорганизованной системой, включающей в себя взаимосвязанные дистантные и локальные контролирующие структуры. Ряд цитокинов, такие как интерлейкины -1, -3 (мульти-КСФ), -4, -6, -9, -13, фактор некроза опухоли, грануло-моноцитарный колониестимулирующий фактор (ГМ-КСФ) и т.д., а также эритропоэтин (ЭПО) прямо или синергично с другими гемопоэтинами регулируют эритро- и грануломоноцитопоз.

В работе исследовали изменение таких сывороточных медиаторов регуляции как ГМ-КСФ, ИЛ-1 β , преимущественно регулирующих пролиферацию и дифференцировку полипотентных клеток костного мозга, а также ЭПО — действующего на би- и унипотентные стволовые клетки при воздействии на крыс Вистар общей гипертермии (ОГ).

Животных, находившихся под эфирным наркозом, выводили из эксперимента путём декапитации на 1, 3, 7, 14 и 21 сут после воздействия общей гипертермии. ГМ-КСФ и ИЛ-1 β в сыворотке крови животных определяли согласно инструкции соответствующих наборов GM-CSF-rat и Rat-IL-1 β («IBL Intern. GmbH», Германия). Эритропоэтин (ЭПО) в сыворотке крови животных определяли согласно инструкции набора фирмы «Stem Cell Technologies» (Канада).

Результаты исследования показали, что уровень ГМ-КСФ через 1 сут после воздействия ОГ возрастает в 6,9 раза по сравнению с его содержанием у крыс контрольной группы, и в среднем составил $123,3 \pm 4,24$ пкг/мл (в контроле — $17,9 \pm 1,4$ пкг/мл) ($p < 0,01$). На 3 и 7 сут наблюдения содержание ГМ-КСФ в сыворотке крови крыс достигло соответственно до $570,4 \pm 44,4$ пкг/мл и $376,3 \pm 29,3$ пкг/мл ($p < 0,001$). На 14 и 21 сут после воздействия ОГ концентрация ГМ-КСФ в сыворотке крови крыс снижалась относительно предыдущих сроков наблюдения и составила соответственно $57,3 \pm 4,46$ и $95,1 \pm 7,4$ пкг/мл ($p < 0,05$). Уровень ИЛ-1 β в сыворотке крови крыс через 1 сут после воздействия ОГ в среднем составил $38,8 \pm 1,7$ пкг/мл (в контроле — $22,7 \pm 1,3$ пкг/мл) ($p < 0,01$). На 3 и 7 сут наблюдения содержание ИЛ-1 β в сыворотке крови крыс возрастало соответственно до $79,3 \pm 3,8$ пкг/мл и $126,7 \pm 11,4$ пкг/мл. На 14 и 21 сут после воздействия ОГ концентрация ИЛ-1 β в сыворотке крови крыс относительно предыдущих сроков наблюдения снижалась и в среднем составила соответственно $53,4 \pm 2,8$ и $41,5 \pm 3,3$ пкг/мл ($p < 0,05$). Содержание ЭПО в сыворотке крови крыс контрольной группы в среднем составило $11,8 \pm 0,72$ пкг/мл. Через 1 сут после воздействия ОГ содержание ЭПО в среднем составило $14,5 \pm 1,12$ пкг/мл. На 3 сут наблюдения содержание ЭПО составило $442,6 \pm 24,2$ пкг/мл, а к 7 сут — отмечалось снижение его уровня до $137,7 \pm 12,3$ пкг/мл. К 14 сут после воздействия ОГ содержание ЭПО в сыворотке крови крыс вновь возрастало, а к 21 сут исследования наблюдалось повторное снижение его концентрации.

Таким образом, результаты исследования показали, что после воздействия ОГ в сыворотке крови крыс происходят разнонаправленные изменения уровней регуляторных медиаторов ГМ-КСФ, ИЛ-1 β и ЭПО. Содержание ГМ-КСФ и ИЛ-1 β возрастает, уже начиная с 1 сут после воздействия ОГ, достигая максимальных значений в первом случае к 3 сут, а ИЛ-1 β — к 7 сут наблюдения. Увеличение содержания ЭПО в сыворотке крови крыс после воздействия ОГ, в отличие от ГМ-КСФ и ИЛ-1 β , несколько «запаздывает» и имеет фазовый характер изменений.

Н. В. Долотина
**СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ
ФУНКЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ И КЛЕТОК КОСТНОГО
МОЗГА КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ
ГИПЕРТЕРМИИ**

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. Н. Самсонова*

При различных экстремальных воздействиях, в том числе высокой температуры, в организме усиливается генерация активных метаболитов кислорода (АМК) фагоцитирующими клетками, что ведет к активации окислительно-восстановительных процессов с образованием липо- и гидроперекисей (Зенков Н.К. и соавт., 2001; Huang Y. L. et al., 2001).

В настоящей работе исследовали окислительно-метаболическую функцию фагоцитирующих лейкоцитов крови и клеток костного мозга (КМ) крыс на разных сроках после воздействия общей гипертермии (ОГ).

Эксперименты проводили на крысах-самцах линии Вистар массой от 220 до 250 г и в возрасте 2,5 мес. Экспериментальную модель воздействия ОГ производили согласно методу, предложенного А.В. Ефремовым и соавт. (2001). Все животные нагревались однократно в полном соответствии с описанной методикой до стадии теплового удара (ректальная температура 43,5°C).

Животных, находившихся под эфирным наркозом, выводили из эксперимента путём декапитации на 1, 3, 7, 14 и 21 сут после воздействия ОГ. В контрольную группу вошли крысы, которые не подвергались воздействию общей гипертермии.

Кровь для исследования брали из ретроорбитального синуса крыс, а клетки костного мозга - из бедренной кости животного по методу Е.Д. Гольдберга и А.М. Дыгая (1992).

Оценку окислительно-метаболической функции лейкоцитов крови и клеток костного мозга проводили с помощью хемилюминесцентного (ХЛ) метода исследования (Топо-Ока et al., 1983). Измерения интенсивности хемилюминесценции проводили на биохемилюминометре «СКИФ-0306М» (СКТБ «Наука», Красноярск, Россия).

Результаты проведенного исследования показали, что после воздействия ОГ происходит фазовое изменение окислительно-метаболической функции лейкоцитов крови и клеток КМ, которое характеризуется: а) повышением продукции АМК этими клетками на ранних сроках наблюдения; б) резким снижением активности этих клеток на 3 сут; в) повторным подъемом значений суммарного ХЛ ответа клеток на 7 сут наблюдения г) с последующей нормализацией этих показателей к концу эксперимента (21 сут). При этом на всех сроках исследования изменение значений максимального (I_{\max}) и

суммарного (I_{sum}) ХЛ ответа клеток крови и КМ имели однонаправленный характер.

Таким образом, при воздействии ОГ активируется окислительно-метаболическая функция лейкоцитов крови и клеток КМ. Не исключено, что при воздействии ОГ усиление окислительно-метаболической функции лейкоцитов крови и клеток КМ, представленных, в частности, миелоидными клетками различной степени дифференцировки начинают продуцировать АМК под действием цитокинов. При этом стоит отметить, что по активности окислительно-метаболической функции клеток КМ можно косвенно судить о степени их дифференцировки, поскольку существует мнение о том, что ранние предшественники кроветворных клеток не обладают АМК-продуцирующей способностью и только по мере созревания костномозговые клетки приобретают это свойство (Зенков Н.К. и соавт., 2001).

Н.Д. Попова, К.А. Пученина, Е.Г. Юрина
**ЛАКТОФЕРРИН КАК МАРКЕР АКТИВНОСТИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии,*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: д.м.н., проф. А.Н. Трунов,

к.м.н. Г.А. Авдияук

Актуальность исследования. В настоящее время существует необходимость поиска доступных для практического здравоохранения и высокоинформативных показателей активности воспалительного процесса. Одним из таких маркеров их активности воспаления может являться уровень продуцируемого фагоцитами полифункционального белка лактоферрина (ЛФ), по данным литературы обладающего острофазовыми, иммунорегуляторными свойствами, в сыворотке крови. Изменения концентрации лактоферрина при острых и обострениях хронических инфекционно-воспалительных заболеваний придатков матки изучены недостаточно полно, а дальнейшее их исследование представляет несомненный интерес, так как в научной литературе, существуют данные о наличии коррелятивных взаимосвязей между уровнями ЛФ и провоспалительными цитокинами, которые являются классическим маркерами активности воспаления.

Цель исследования: Изучить концентрации лактоферрина в сыворотке крови пациенток с острыми и обострением хронических инфекционно-воспалительных заболеваний придатков матки.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачей настоящего исследования было исследование сыворотки крови 30 жен-

щин с острыми и 30 пациенток с обострением хронических инфекционно-воспалительных заболеваний придатков матки.

Определение концентрации лактоферрина в сыворотке крови. Исследования выполнялись на тест-системах производства ЗАО «Вектор-БЕСТ» (НСО, п. Кольцово) по инструкции производителя. Результаты иммуноферментного анализа (нг/мл) регистрировали на вертикальном фотометре Multiskan MCC 340 при длине волны 450 нм.

Результаты исследования. При тестировании концентраций полифункционального белка лактоферрина у пациенток обследованных групп были получены следующие результаты.

«Средняя» концентраций лактоферрина в сыворотке крови женщин с острыми ИВЗПМ составила 2653 ± 240 нг/мл, что превышает значение «средней» нормативных показателей, составляющей 1125 ± 215 нг/мл, и достоверно от неё отличается ($p < 0.01$). Полученная «средняя» значений изучаемого показателя превышает верхнюю границу нормативных значений — 1595 нг/мл. «Средняя» концентраций тестируемого иммунобиохимического показателя в сыворотке крови женщин с обострением хронических ИВЗПМ составила 2353 ± 231 нг/мл, что превышает значение «средней» нормативных показателей, составляющей 1125 ± 215 нг/мл, и достоверно от неё отличается ($p < 0.01$). Сравнительный анализ результатов, полученных при изучении уровней лактоферрина в группах обследованных женщин, позволил сделать заключение, что как при острых, так и при обострении хронических ИВЗПМ у обследованных пациенток тестируется выраженное достоверное повышение «средней» уровней изучаемого показателя относительно нормативных значений лактоферрина. Полученные данные позволяют сделать заключение о возможности определения лактоферрина для оценки активности воспалительного процесса.

М.С. Сувханова, А.С. Эшенкулова, З.Р. Рыскельдиева,
М.С. Шувалова, М.А. Пишнограева

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ В КРОВИ У РЕАДАПТИРОВАННЫХ К НИЗКОГОРЬЮ ЖИВОТНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Кафедра нормальной и патологической физиологии Кыргызско-
российский славянский университет, лаб ЭМПП, г. Бишкек*

*Научный руководитель: асп. А. В. Корнеева,
к.б.н., с.н.с. Г. И. Горохова*

Известно, что сахарной диабет (СД) влияет на все виды обмена в том числе и на электролитный, а электролиты играют решающую роль в изменении метаболических и функциональных процессов.

Большая часть территории Кыргызстана расположена в условиях средне- и высокогорья, где устанавливается свой уровень физиологических параметров и имеются особенности течения патологических процессов. В силу изменившихся экономических условий в Киргизии возрос уровень вертикальной миграции. В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение содержания электролитов в плазме и в эритроцитах при осложненном СД у реадаптирующихся к низкогорью крыс после их пребывания в высокогорье.

Материал и методы. Опыты выполнены в условиях низкогорья (г. Бишкек, 760 м над ур. моря). В эксперименте использовали 60 беспородных половозрелых крыс обоего пола, массой 150–180 г, которые в течение 2-х месяцев адаптировались к условиям высокогорья (пер. Туя-Ашу, 3200 м) и затем возвращались в низкогорье. Крыс использовали в опыте на 2–3 дни после «спуска» с высокогорья. СД моделировали путем однократного введения аллоксана в дозе 170 мг/кг массы тела. Церебральную ишемию вызвали путем перевязки левой сонной артерии. Животных разделили на 4 группы: 1-я — здоровые реадаптированные крысы (контроль); 2-я — крысы с перевязкой левой сонной артерии; 3-я — с сахарным диабетом; 4-я — СД на фоне перевязки левой сонной артерии. Кровь для анализа брали на 30-й день из левого желудочка. Электролиты (Na^+ и K^+) определяли в плазме и эритроцитах методом пламенной фотометрии.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что во 2-й группе с перевязкой левой сонной артерии концентрация ионов Na^+ как в плазме, так и в эритроцитах не менялась по сравнению с контрольными крысами. Со стороны ионов К отмечалось его снижение с $2,9 \pm 0,1$ до $2,4 \pm 0,1$ мэкв/л ($P < 0,05$) только в плазме. К/Na не изменялся.

Моделирование СД вызвало увеличение Na^+ только в эритроцитах в 1,2 раза, $P < 0,05$). Уровень К в плазме снижен в 1,2 раза ($P < 0,05$), а в эритроцитах с $76,8 \pm 1,2$ до $69,4 \pm 1,3$ мэкв/л ($P < 0,01$). Такие изменения электролитов вызывали снижение К/Na коэффициента в эритроцитах с $2,5 \pm 0,1$ до $2,0 \pm 0,1$ ($P < 0,01$).

В группе с осложненным СД изменения в составе электролитов были более выражены. Так, отмечалась тенденция к увеличению концентрации ионов Na^+ как в плазме ($132,9 \pm 1,7$ против исходного $128,9 \pm 2,0$, $P < 0,2$), так и увеличение в эритроцитах ($35,2 \pm 0,5$ против $30,6 \pm 0,9$ мэкв/л, $P < 0,01$). А уровень калия в плазме снизился с $2,9 \pm 0,1$ до $2,0 \pm 0,1$ мэкв/л ($P < 0,01$) и в эритроцитах с $76,8 \pm 1,2$ до $65,7 \pm 0,7$ мэкв/л ($P < 0,001$). Это отразилось на К/Na коэффициенте, он снижался как в плазме (на 50%, $P < 0,001$), так и эритроцитах (в 1,2 раза $P < 0,001$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что перевязка сонной артерии вызывает незначительные изменения электролитов, в группе с СД эти нарушения были более выражены, а наибольшие сдвиги были отмечены с СД на фоне ишемии мозга.

О. А. Туралина, Н. В. Самсонова,
Г.С. Жангирова, К.С. Рязанова
**ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКА p53 В ГЕПАТОЦИТАХ КРЫС ПРИ
ПЕРСИСТЕНЦИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ**

*Центральная научно-исследовательская лаборатория
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. М.Г. Пустоветова,
к.м.н. И. П. Жураковский*

Актуальность исследования. Длительное существование фокальной персистирующей инфекции вызывает определенные изменения в функционировании основных гомеостатических систем, и, как следствие, структурную перестройку органов и тканей. Описан синдром сочетанных дистрофически-дегенеративных изменений мезенхимальных производных при локальном хроническом воспалительном процессе, при формировании которого в печени наблюдаются признаки неспецифического реактивного гепатита. Принимая во внимание, что при этом происходят определенные изменения паренхиматозных клеток, представляет интерес изучение экспрессии про- и антиапоптотических белков-регуляторов в гепатоцитах в ответ на изменение условий функционирования макроорганизма.

Цель исследования. Изучение экспрессии белка p53 в гепатоцитах крыс при персистенции бактериальной инфекции.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 24 половозрелых крысах-самцах Вистар, у 18 из которых с помощью Золотистого стафилококка (штамм 209) создан очаг хронической инфекции в большеберцовой кости. Исследование проводилось через 1, 2 и 3 месяца после воспроизведения очага хронического воспаления. В качестве контроля служил материал от 6 интактных животных. Для изучения экспрессии в клетках печени белка p53 использовали двухэтапный иммуногистохимический метод. Анализ интенсивности экспрессии белков-регуляторов и площади, на которой она выявлялась, проводилась с помощью светооптического микроскопа и морфометрического комплекса на базе микроскопа Micros MC 300A, цифровой камеры CX 13с фирмы Baumer и программного обеспечения ImageJ 1.42g (Национальный институт здоровья, США). Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы «SPSS 11.5 for Windows».

Результаты исследования. Персистенция бактериальной инфекции в большеберцовой кости сопровождается развитием признаков неспецифического реактивного гепатита, который сохранял свою активность на протяжении всего эксперимента. Обращали на себя внимание застойные явления в системе печеночных вен, умеренные дистрофические измене-

ния паренхиматозных клеток, а также инфильтрации балочных структур лимфоцитами в местах скопления дистрофически измененных гепатоцитов. Изучение индукции апоптоза на уровне регуляции пролиферативных процессов в клетках печени с помощью антител к белку p53 позволило выявить через 1 и 2 месяца после воспроизведения очага хронического воспаления, достоверное увеличение площади, занимаемой клеточными элементами с экспрессией этого маркера. Кроме того, отмечалось увеличение интенсивности специфического окрашивания гепатоцитов, что отражалось достоверным уменьшением среднего серого значения яркости в областях, где выявлялся этот белок. Через 3 месяца после создания очага хронической инфекции, изучение окраски препаратов печени на белок p53 позволило выявить увеличение площади, занимаемой клеточными элементами с экспрессией этого маркера, в 1,7 раза по сравнению с интактными животными. При этом среднее серое значение яркости в областях, где выявлялся этот белок, не было повышенным, что свидетельствует о том, что уровень экспрессии p53 не был снижен.

Выводы. Результаты исследования позволяют сделать заключение, что персистенция бактериальной инфекции, приводящая к микроциркуляторным нарушениям и тканевой гипоксии печени, способствует увеличению пула гепатоцитов, экспрессирующих цитоплазматический p53.

Г. С. Жангирова, Н. В. Самсонова,
О. А. Туралина, К. С. Рязанова
**ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКА-РЕГУЛЯТОРА АПОПТОЗА BCL-2
В ГЕПАТОЦИТАХ КРЫС ПРИ ПЕРСИСТЕНЦИИ
БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ.**

*Центральная научно-исследовательская лаборатория,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. М. Г. Пустоветова,
к.м.н., И. П. Жураковский*

Актуальность. По современным представлениям апоптоз играет жизненно важную роль как в процессе эмбрионального развития, так и в онтогенезе в целом. Реализация запрограммированной гибели клеток происходит и при различных патологических состояниях. В настоящее время у млекопитающих описано три основных генеральных пути инициации апоптоза: митохондриальный, липидный и опосредованный через «рецепторы смерти» или Fas зависимый. Показано, что митохондриальный путь инициации апоптоза является зависимым от взаимодействия большого

количества белков-регуляторов семейства Bcl-2. Фактор Bcl-2 поддерживает инактивированное состояние проапоптотического белкового комплекса, в состав которого входят прокаспазы-9 (Araf-3), адаптер Araf-1, флавопротеин AIF, цитохром c (Araf-2), фактор Smac и ряд других менее изученных факторов.

Цель исследования: изучение экспрессии белка-регулятора апоптоза Bcl-2 в гепатоцитах крыс при персистенции бактериальной инфекции.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 24 половозрелых крысах-самцах Вистар с исходной массой 180-220 г, у 18 из которых с помощью Золотистого стафилококка (штамм 209) создан очаг хронической инфекции в большеберцовой кости. Исследование проводилось через 1, 2 и 3 месяца после воспроизведения очага хронического воспаления. В качестве контроля служил материал от 6 интактных животных. Для изучения экспрессии в клетках печени белка Bcl-2 использовали двухэтапный иммуногистохимический метод. Анализ интенсивности экспрессии белка Bcl-2 и площади, на которой он выявлялся проводились с помощью программы обеспечения ImageJ 142g

Результаты исследования. Через 1 месяц после создания очага хронической инфекции при оценке препаратов с иммуногистохимической окраской на антиапоптотический белок Bcl-2, отмечено уменьшение площади, занимаемой клеточными элементами печени с экспрессией этого белка, более чем в 2 раза. Вместе с тем наблюдалось увеличение интенсивности специфического окрашивания на Bcl-2 в гепатоцитах, о чем свидетельствовало достоверное уменьшение среднего серого значения яркости в областях, экспрессирующих Bcl-2. Через 2 месяца при иммуногистохимическом выявлении в клетках белка Bcl-2, отмечено снижение до уровня контрольных цифр площади, занимаемой клеточными элементами печени с экспрессией этого белка. Кроме того, интенсивность специфического окрашивания в гепатоцитах уменьшилась по сравнению с предыдущим сроком, но сохранялась выше, чем в контрольной группе. При оценке через 3 месяца препаратов с иммуногистохимической окраской на Bcl-2, отмечено уменьшение площади, занимаемой клеточными элементами печени с экспрессией этого белка в 1,7 раза. Вместе с тем наблюдалось увеличение интенсивности специфического окрашивания в гепатоцитах, о чем свидетельствовало достоверное уменьшение среднего серого значения яркости в областях, экспрессирующих Bcl-2, но не настолько выраженное как у животных через 1 месяц после создания очага хронической инфекции.

Выводы. При персистенции бактериальной инфекции происходит усиление экспрессии белка Bcl-2, что может приводить к активации митохондриального пути апоптоза гепатоцитов.

А. В. Малафеев, Т. М. Шогунбеков, Е. В. Белобородова
**ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ И ФАКТОРА
РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОГО
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА**

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии, ЦНИИ*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н, проф. М.Г. Пустоветова,

д.м.н., проф. Е.Н. Самсонова

Актуальность темы. ХСН является причиной как тканевой гипоксии на периферии, так и гипоксии миокарда, таким образом формируется «порочный круг». Фармакологическая коррекция кислородного и энергетического дефицита миокарда позволила бы разорвать замкнутую цепь патологических реакций в направлении реконвалесценции определенных нозологических форм ХСН. Реваскуляризация (неоангиогенез) подверженного гипоксии миокарда позволила бы решить данную задачу. Известно, что регуляторами пролиферации и дифференциации клеток являются различные факторы роста. Для эндотелия — это VEGF (фактор роста эндотелия), Способный инициировать рост сосудов, что позволяет рассматривать его как средство, улучшающее васкуляризацию миокарда, в том числе в очагах инфаркта. При этом он практически не влияет на пролиферацию других клеток. VEGF влияет на развитие новых кровеносных сосудов (ангиогенез) и выживание незрелых кровеносных сосудов (сосудистая поддержка), препятствует апоптозу эндотелиальных клеток в незрелых кровеносных сосудах, тем самым сохраняя их жизнеспособность. Важность реваскуляризации подверженного гипоксии участка миокарда, а также необходимость получения количественных показателей тех факторов, которые способствуют неоангиогенезу, понижению артериального давления, а также противоположных, приводящих к прогрессированию ХСН, обуславливает востребованность данного исследования.

Цель исследования: изучить количественные показатели фактора роста эндотелия у больных с ХСН различной функциональной классификации и соотнести данные значения с уровнем провоспалительного цитокина IL-1 и его антагониста.

Материал и методы исследования. Обследовано 80 больных (49 мужчин и 31 женщины, средний возраст $61,3 \pm 0,76$ года) с ХСН I — IV по NYHA. Диагноз верифицировался на основании тщательного анализа клинических данных, а также клинико-инструментальных исследований, включающих ЭКГ и рентгенографию грудной клетки по стандартам.

Результаты исследования: получены следующие показатели содержания фактора роста эндотелия сосудов в сыворотке крови больных ХСН

ФК1-4. Для ХСН ФК 1 $338,37 \pm 14,05$ пг/мл; ФК 2 $279,7 \pm 5,36$ пг/мл; ФК 3 $330,19 \pm 8,73$ пг/мл; ФК 4 $646,5 \pm 40,0$ пг/мл. Референтные значения находятся в промежутке 555-720 пг/мл. Из сыворотки здорового человека у которого был определен критерий, в качестве контроля, равный 586 пг/мл. Также во всех группах получены значения ИЛ-1, которые указывают на двукратное превышения нормы содержания данного провоспалительного цитокина, что свидетельствует о тканевом латентном воспалении.

Выводы: максимальное содержание фактора роста эндотелия сосудов в сыворотке крови обнаружено в группе больных ХСН ФК4 (превышение контроля сыворотки на 59,8 пг/мл), в отличие от остальных групп, в которых имеет место дефицит данного фактора порядка 40%, что может указывать на компенсаторную реакцию организма. При этом замечено, что в данной группе минимальные значения ИЛ-1 бета антагониста. Данная обратная зависимость может свидетельствовать об участии ИЛ-1 в выработке эндотелием фактора роста, так как недостаток блокирующей функции антагониста приводит к усилению действия ИЛ-1, в том числе и на активацию VEGF как компенсаторного механизма гомеостаза. Таким образом, VEGF способствует адаптации трофических функций и через расширение МЦР снижению системного АД.

К.С. Рязанова, О.А. Туралина,
Г.С. Жангирова, Н.В. Самсонова
**ЭКСПРЕССИЯ ПРОАПОПТОТИЧЕСКОГО БЕЛКА
ВАХ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ПЕРСИСТЕНЦИИ
БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ**

*Центральная научно-исследовательская лаборатория
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. М.Г. Пустоветова,
к.м.н. И.П. Жураковский*

Актуальность. Апоптоз выполняет роль гомеостатической регуляции. Митохондриальный путь инициации апоптоза зависит от взаимодействия большого количества белков-регуляторов, одним из которых является белок Вах, необходимый для нейтрализации ингибирующего действия со стороны клетки и разрушения ее сигнальных систем. При этом длительное существование фокальной персистирующей инфекции вызывает структурную перестройку органов и тканей.

Цель: изучение экспрессии проапоптотического белка Вах в печени крыс при персистенции бактериальной инфекции.

Материалы и методы исследования: эксперимент проведен на 24 половозрелых крысах-самцах Вистар, у 18 из которых с помощью Золо-

тистого стафилококка (штамм 209) создан очаг хронической инфекции в большеберцовой кости, а 6 оставшихся — служили контролем. Использовали двухэтапный иммуногистохимический метод через 1, 2 и 3 месяца. Демаскировку антигенов проводили при инкубировании депарафинированных срезов в растворе тритона X100. Препараты последовательно инкубировали с «первыми антителами» к соответствующим маркерам, вторыми биотинилированными антителами, стрептавидин-пероксидазным комплексом и окрашивали в растворе диаминобензидина. Клеточные мембраны и цитоплазмы, содержащие антигены окрашивались в темно-коричневый цвет, по интенсивности которого проводили анализ количества и площадь выявления экспрессируемого маркера с помощью светоптического микроскопа, морфометрического комплекса на базе микроскопа Micros MS 300A, цифровой камеры CX13c и программного обеспечения Image 1.42g. Обработку результатов проводили с использованием программы «SPSS 11.5 for Windows».

Результаты. Через 1 месяц после создания очага хронической инфекции при иммуногистохимической окраске на выявление проапоптотического белка Вах было отмечено резкое возрастание площади клеточных элементов печени с его экспрессией по сравнению с интактными животными. Вместе с тем интенсивность специфического окрашивания несколько уменьшилась. В последующем (через 2 и 3 месяца после создания модели) было выявлено снижение популяции гепатоцитов, экспрессирующих этот маркер.

Выводы. Персистенция бактериальной инфекции сопровождается изменениями со стороны паренхиматозных элементов печени. Это проявляется в усилении экспрессии белка Вах в гепатоцитах на ранних этапах эксперимента. Учитывая, что про- и антиапоптотические белки семейства Bcl-2 находятся в динамическом взаимодействии, данные изменения могут служить причиной индукции митохондриального пути апоптоза.

И.Б. Лукьянов, С.Н. Алексеенко, Д.Б. Кузьменко*
**СООТНОШЕНИЕ СТРОМЫ И ПАРЕНХИМЫ ОПУХОЛИ
WALKER-256 ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ**

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии
Новосибирского государственного медицинского университета,
Научный руководитель: чл.-корр. РАН,
д.м.н., профессор А.В. Ефремов*

Известно, что в опухоли образуется сосудистая сеть, которая значительно отличается от сосудов здоровой ткани. Сосудистое русло опухоли, с мор-

фологической точки зрения, является атипичным и составляет значительную часть опухолевой стромы. Все эти структурные различия влияют на внутриопухолевый кровоток, что оказывает отрицательное влияние на доставку лекарственных препаратов. Различными исследователями было показано, что микроокружение в значительной степени влияет на рост опухолевых клеток. В последние десятилетия наблюдается устойчивый рост объема исследований посвященных гипертермии. Связано это с высокой антиконцерогенной эффективностью гипертермического воздействия, которая была выявлена в большом числе экспериментов и ряде практических случаев. Для поиска новых эффективных методов терапии злокачественных новообразований, представляется актуальным изучение закономерностей ангиогенеза в опухолях и приопухолевых пространствах, а также, подробно изучить влияние на вышеуказанные процессы контролируемой общей гипертермии.

В эксперименте использовали 28 крыс-самцов породы Вистар массой 180–200 г. Работу с животными проводили согласно директивам Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинкской декларации. Использовали перевиваемый штамм опухоли Walker 256. Через 5 суток после перевивания опухоли животных разделили на две группы: контрольную ($n = 7$), со «спонтанным развитием опухоли», и опытную ($n = 21$), подвергнутую воздействию общей гипертермии (ОГ). Уровень ОГ, при котором прекращали разогрев животных, определялся ректальной температурой $43,5^{\circ}\text{C}$ (стадия теплового удара). Образцы опухоли фиксировали 10% раствором нейтрального формалина и проводили до срезов по общепринятой методике. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином.

При спонтанном развитии опухоли на 5 сутки строма представленная сосудами, фибробластами, коллагеновыми волокнами составила $32,9 \pm 3,6\%$. На 7 сутки спонтанного развития опухоли строма составляла $60,8 \pm 6\%$. На 14 сутки $38,8 \pm 3,1\%$.

После воздействия гипертермии на 3 сутки строма опухоли составляла $33,2 \pm 2,8\%$, на 7 сутки $50 \pm 4\%$, на 14 сутки $79,6 \pm 4,8\%$. Обращало на себя внимание наличие большого количества очагов некроза после действия общей гипертермии.

Результаты проведенного исследования показали, что при спонтанном развитии опухоли максимальное количество стромы наблюдали к 7 суткам, а при воздействии общей гипертермии к 14 суткам. Достоверным является различие в соотношении строма-паренхима на 14 сутки исследования. Выявлено что при воздействии общей гипертермии увеличилось количество стромы в 2 раза.

Таким образом, воздействие общей гипертермии влияет на динамику опухолевого процесса. Соотношение паренхима-строма изменяется в сторону преобладания стромы.

Т.И. Батлук, Н.И. Терещенко, И.Б. Лукьянов, Д.Б. Кузьменко*
**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ И
ПОЧЕК КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ**

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: чл.-корр. РАМН,
д.м.н., профессор А.В. Ефремов*

В последнее время гипертермия рассматривается многими исследователями как один из перспективных методов лечения ряда заболеваний. Однако пребывание организма в условиях экстремального теплового воздействия приводит к метаболическим и функциональным нарушениям. Печень и почки являются центральными органами гомеостаза человека. Целью нашего исследования было изучить особенности структурных изменений в печени и почках на 1 сутки после воздействия общей гипертермии. Опыт проводили на крысах-самцах породы Вистар, массой тела 220–250 г, возрастом 2,5 месяца. Всего использовали 15 животных. Экспериментальную модель воздействия общей гипертермии производили согласно методу, предложенному А. В. Ефремовым и соавторами (2001г). Все животные нагревались однократно в полном соответствии с описанной методикой до стадии теплового удара (ректальная температура 43,5 С). Контрольную группу составили животные, не подвергавшиеся воздействию общей гипертермии. Забор и проводку материала для морфологического и морфометрического исследования печени и почек проводили по стандартным методикам. В ходе исследований выявили, что объемная плотность гепатоцитов в контрольной группе составила $77 \pm 7\%$; в опытной группе $88 \pm 7\%$. Объемная плотность центральных вен в контрольной группе составила $3 \pm 0,5\%$, в опытной группе $2 \pm 0,5\%$. Объемная плотность портальных трактов в контрольной группе составила $5 \pm 1,3\%$, в опытной группе $2,5 \pm 1,2\%$. Объемная плотность синусоидных капилляров в контрольной группе составила $15 \pm 4\%$, в опытной группе — $7 \pm 2\%$. В опытной группе отмечали полнокровие венозных сосудов и участки кровоизлияний, выраженную зернистость цитоплазмы гепатоцитов. При исследовании почек выявили, что объемная плотность канальцев в контрольной группе составила $85 \pm 7\%$, в опытной группе $89 \pm 6\%$. Объемная плотность клубочков в контрольной группе составила $8 \pm 3\%$; в опытной группе — $7 \pm 2\%$. Объемная плотность сосудов стромы в контрольной группе составила $7 \pm 3\%$; в опытной группе — $4 \pm 1\%$. В венозных сосудах почек наблюдали полнокровие, в строме очаговые кровоизлияния.

Таким образом, на 1 сутки после проведения гипертермии в печени и почках подопытных животных превалировали явления нарушений кровообращения.

В.В. Спиридонов, Ю.В. Храпунова, Е.М. Парыгина,
Е.В. Бубнова, Д.Б. Кузьменко*
**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНЯХ
СЕРДЦА И ЛЁГКИХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ
ГИПЕРТЕРМИИ**

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: чл.-корр. РАМН,
д.м.н., профессор А.В. Ефремов*

В современной медицине широко используются как медикаментозные, так и не медикаментозные методы воздействия на организм, одним из которых является гипертермия, которая рассматривается многими исследователями как один из перспективных методов лечения ряда заболеваний. Однако пребывание организма в условиях экстремального теплового воздействия приводит к метаболическим и функциональным нарушениям. Научные исследования показали, что воздействие на организм общей гипертермии (ОГ) при температуре выше 40–41 °С приводит к гибели клеток, бактерий и вирусов.

В настоящей работе проведено исследование состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем на разных сроках после воздействия общей гипертермии (ОГ).

Эксперименты проводили на крысах-самцах породы Вистар массой от 220 до 250 г и в возрасте 2,5 мес. Уровень гипертермии, при котором прекращали разогревание, определялся ректальной температурой 43,5°С (стадия теплового удара).

Животных, находившихся под действием ингаляционного анестетика «Севоран», выводили из опыта путём декапитации на 1,3 сутки после воздействия ОГ. Контрольную группу составили животные, не подвергавшиеся воздействию общей гипертермии.

Забор и проводку материала для морфологического и морфометрического исследования сердца и лёгких проводили по стандартным методикам. При изучении тонких срезов в световом микроскопе определяли количественные изменения в ткани сердца и лёгких.

В ходе исследований выявили, что объемная плотность альвеол в контрольной группе $40 \pm 3,6\%$, в опытной группе на 1-ые сутки после ОГ составила $40 \pm 2,4\%$, на 3-и сутки — $50 \pm 3,5\%$. Объемная плотность сосудов в контрольной группе составила $3 \pm 0,04\%$, в опытных группах — $3 \pm 0,1\%$ и $2 \pm 0,6\%$ соответственно. Объемная плотность межальвеолярных перегородок в контрольной группе составила $50 \pm 6\%$, в опытных группах $50 \pm 5\%$ и $40 \pm 2,6\%$ соответственно. Отмечено снижение объёмной плотности сосудов на 3-и сутки по сравнению с контролем — $2 \pm 0,6\%$ и $3 \pm 0,04\%$ соответствен-

но. Альвеолы равномерно заполнены жидкостью, по характеру — трансудатом. Относительно изменений в сердце можно отметить повышение объёмной плотности просветов между кардиомиоцитами $30 \pm 5,4\%$ и $30 \pm 2\%$ на 1-е и 3-и сутки, показатель в контрольной группе составлял $25,1 \pm 4,9\%$. Снижению объёмной плотности клеток миокарда $60 \pm 3,6\%$ и $60 \pm 5,4\%$ на 1-е и 3-и сутки, в контрольной группе показатель составлял $74,9 \pm 7,6\%$. Отмечали увеличение объёмной плотности сосудов $9 \pm 0,3\%$ и $20 \pm 0,6\%$ на 1-е и 3-и сутки после ОГ соответственно, в контроле показатель составлял $2,3 \pm 0,4\%$. В опытных группах обращало на себя внимание наличие в миокарде локальных кровоизлияний.

Таким образом, можно проследить определённые закономерности влияния ОГ: наличие очагов локальных кровоизлияний, полнокровие сосудов, трансудацию жидкой части крови в альвеолы, увеличение промежутков между кардиомиоцитами, уменьшение объема кардиомиоцитов.

Н.С. Апраксина, С.К. Мильев, Н.А. Михеева,
Э.В. Редозубов, Ю.В. Павленок, Д.Б. Кузьменко*

ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЦЕ И ЛЁГКИХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ

*Кафедра патологической физиологии
и клинической патофизиологии*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: чл.-корр. РАМН,

д.м.н., профессор А. В. Ефремов

В последнее время гипертермия рассматривается многими исследователями как один из перспективных методов лечения ряда заболеваний. Однако пребывание организма в условиях экстремального теплового воздействия приводит к метаболическим и функциональным нарушениям.

В настоящей работе изучены структурные изменения в тканях сердца и легких на разных сроках после воздействия общей гипертермии (ОГ). Для опыта использовались крысы-самцы породы Wistar, массой тела 220–250 г., возрастом 2,5 месяца. Всего использовали 35 животных. ОГ производилось в полном соответствии со «Способом экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных». Все животные нагревались однократно до стадии теплового удара, определяющейся ректальной температурой $43,5^{\circ}\text{C}$. Забор и проводку материала для морфологического и морфометрического исследования сердца и легких проводили по стандартным методикам на 7-ые, 14-ые и 21-ые сутки после ОГ. Контрольную группу составили животные, не подвергавшиеся воздействию общей гипертермии.

В ходе исследований выявили, что объёмная плотность кардиомиоцитов в контрольной группе $74,9 \pm 7,6\%$, в опытной группе на 7-ые сутки после ОГ

составила $74,1 \pm 6,2\%$, на 14-и сутки — $80,9 \pm 6,4\%$, на 21-и сутки — $73,6 \pm 5,9\%$. Объемная плотность сосудов в контрольной группе составила $2,3 \pm 0,4\%$, в опытной группе на 7-ые сутки — $2,4 \pm 0,1\%$, на 14-и сутки — $2,6 \pm 0,08\%$, на 21-и сутки — $1,6 \pm 0,06\%$. Объемная плотность соединительнотканых промежутков в контрольной группе составила $25,1 \pm 4,9\%$, в опытных группах на 7-ые сутки $23,6 \pm 2,7\%$, на 14-ые сутки $15,3 \pm 1,8\%$ и на 21-ые сутки $22,5 \pm 2,4\%$. В опытных группах отмечали участки локальных кровоизлияний в миокарде. При исследовании изменений в лёгочной ткани выявили увеличение объемной плотности альвеол на 7-ые сутки $60 \pm 3,5\%$, на 14-ые — $59,4 \pm 5,2\%$ и 21-ые — $53,2 \pm 5,3\%$ после ОГ, контроль — $52,2 \pm 6,5\%$. Объемная плотность межалвеолярных перегородок на 7 сутки составляла — $38,7 \pm 3,9\%$, на 14-ые сутки — $40,1 \pm 4,6\%$ и на 21-ые — $46,7 \pm 4,3\%$, контроль составлял — $44,5 \pm 6,9\%$. Объемная плотность сосудов в опытной группе на 7-ые сутки составила — $1,1 \pm 0,07\%$, на 14-ые — $1,5 \pm 0,08\%$, на 21-ые — $0,6 \pm 0,02\%$, в контрольной группе — $3 \pm 0,04\%$. Альвеолы очагово заполнены жидкостью, по характеру — транссудатом.

Таким образом, после воздействия общей гипертермии на 7, 14 и 21 сутки в сердце и легких показатели объемной плотности структур паренхимы и стромы не отличаются от контрольных, однако имеются признаки нарушений кровообращения в виде очаговых кровоизлияний в миокарде и отечной жидкости в просвете альвеол легкого.

М.В.Мешков*, Ю.Д.Гирич*, К.В.Ткач, Т.П.Сизова,
А.С.Соловьёва, А.С.Красносельская

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ВДОЛЬ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра математики,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.б.н., проф. Р. Ш. Ибрагимов

Актуальность исследования. Низкочастотные электрические характеристики тканей и органов человека чувствительны к изменениям содержания жидких сред, таких как кровь, лимфа, межклеточная жидкость, а также при различных патологических состояниях. Известно, что низкочастотный электрический ток проходит главным образом по межклеточной жидкости и кровеносным сосудам. Эта особенность может быть использована для определения крове-лимфополнения и жизнеспособности тканей и органов и для диагностики других патологических состояний. В этой связи представляет интерес изучить распределение электрического сопротивления верхних конечностей в норме для использования полученных результатов в диагностических целях при патологических состояниях.

Цель работы. Исследовать характерные особенности распределения низкочастотного электрического сопротивления верхних конечностей в норме неинвазивными методами.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены на группе студентов 1 курса 7 муж. и 10 жен. Распределение электрического сопротивления вдоль рук измеряли в положении «лежа», в шести точках в области плеча: на проксимальном, в середине, и на дистальном участке, аналогично точки были выбраны в области предплечья. В этих же точках измеряли окружность руки для расчета площади поперечного сечения. Измерения сопротивления проведены по четырех электродной схеме с использованием электродного устройства, разработанного и изготовленного нами для этих исследований. Токовые электроды, выполненные в виде зажимов, закрепляются на больших пальцах обеих рук через марлевые прокладки, смоченные физиологическим раствором. Потенциальные электроды выполнены в виде никелевой ленты и скреплены между собой на расстоянии 7 см. Их можно перемещать вдоль рук и проводить измерения в запланированных точках плеча и предплечья. В работе использован прибор для измерения активной составляющей импеданса биологических тканей (патент РФ №1759402).

Результаты исследования. По результатам измерения сопротивлений на выбранных точках, используя расстояния между потенциальными электродами, и рассчитанное поперечное сечение руки в данной точке по выше приведенной формуле была рассчитана удельная электропроводность верхних конечностей для всех измеренных точек. Результаты измерений статистически обработаны: рассчитаны математические ожидания, среднеквадратичные отклонения. Результаты расчетов представлены в таблице.

Т а б л и ц а

№ точек измерения	1	2	3	4	5	6
Прав рука. σ , Ом ⁻¹ ·м ⁻¹	0,64	0,63	0,59	0,44	0,51	0,44
Левая рука σ , Ом ⁻¹ ·м ⁻¹	0,61	0,62	0,53	0,43	0,42	0,40

Отметим, что в условиях нормы изменения активной составляющей удельной электропроводности для правой и левой руки отличаются незначительно.

Выводы. Проведенные исследования распределения электрического сопротивления рук показывают, что его величина подвержена значительным колебаниям на различных участках. В тоже время рассчитанная величина «удельного сопротивления» для тех же участков изменяется незначительно. Полученные результаты удельного электрического сопротивления локальных точек для нормы могут быть использованы в диагностике патологических состояний неинвазивными методами.

М.В.Мешков,* Ю.Д.Гирич,* В.В.Кашук,
М.В.Каранов, А.С.Лысенко
**МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ
ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ВДОЛЬ ВЕРХНИХ
И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Кафедра математики,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.б.н., проф Р. Ш. Ибрагимов*

Актуальность исследования. Исследование распределения электрического сопротивления вдоль конечностей имеет большое значение при разработке способов диагностики различных заболеваний. В частности к таким заболеваниям можно отнести нарушения крове-лимфонаполнения определенные жизнеспособности, локальные изменения в тканях конечностей при инфекционных заболеваниях. Наиболее сильные изменения в электрических свойствах исследуемых тканей наблюдаются при использовании электрического тока низких частот. Известно, что низкочастотный электрический ток проходит главным образом по межклеточной жидкости и кровеносным сосудам... Ранее разработанное электродное устройство, выполненное в виде четырех полуколец, позволяло исследовать изменения электропроводности непосредственно под электродами. в области икроножных мышц. Это ограничивало чувствительность устройства и область исследования конечностей. В этой связи представляет интерес разработка четырех электродного способа измерений пригодного для исследования распределения электрического сопротивления тканей верхних и нижних конечностей.

Цель исследования. Разработать неинвазивный и чувствительный метод исследования распределения низкочастотного электрического сопротивления верхних и нижних конечностей.

Результаты исследования. Для проведения наших исследований по изучению распределения электрического сопротивления вдоль верхних и нижних конечностей разработан нетравматичный и безопасный метод измерения. В предложенном методе измерения электрического сопротивления конечностей использована четырех электродная схема. Это позволяет исключить погрешности измерений, вызванные поляризационными явлениями на электродах. Токовые электроды выполнены в виде зажима с полукольцами, закрепляются на больших пальцах рук или ног через марлевые прокладки, смоченные физиологическим раствором, и служат для подведения тока. Потенциальные электроды выполнены из никелевой ленты шириной 1см и длиной 15см, которые скреплены между собой на расстоянии 7см с помощью изоляционного материала и служат для измерения разности потенциалов, создаваемых в результате протекания тока по конечностям.

При измерениях импеданса в качестве источника измерительного тока использован генератор низкой частоты типа ГЗ-112 с незаземленным выходом

дом. Выходное напряжение генератора через последовательно включенные токоограничивающие резисторы R_1 и R_2 , а также через резистор-шунт R_3 , служащий для контроля тока, подключаются к большим пальцам ног. Падение напряжения измеряется милливольтметром переменного тока ВЗ-33.

При использовании предложенной схемы измерительный ток от генератора подключается к большим пальцам ног с помощью никелевого электрода и токопроводящей прокладки. В этом случае падение напряжения между никелевыми электродами, расположенными на различных участках рук или ног измеряют милливольтметром переменного тока. Измерив, ток и падение напряжения на исследуемом участке можно рассчитать его сопротивление, с учетом геометрических размеров исследуемого участка определить его удельную электропроводность.

Выводы. Разработанный способ исследования распределения электрического сопротивления верхних и нижних конечностей исключает воздействие поляризационных явлений на электродах и обеспечивает неизменность расстояний между потенциальными электродами. Это обеспечивает точность измерений независимо от места наложения их на поверхности рук или ног в процессе длительных исследований.

М.В.Мешков*, Ю.Д.Гирич*, А.О.Лубошникова,
М.П.Бедерева, Д.М.Первойкин

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ВДОЛЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра математики,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.б.н., проф. Р. Ш. Ибрагимов

Актуальность исследования. Импедансометрические и кондуктометрические исследования в настоящее время достаточно широко используются в современной медицине. Основные преимущества таких исследований это возможность проведения экспресс измерений импеданса тканей, получение физически обоснованной количественной информации, исключение травмы и вредных воздействий. В то же время импедансометрические измерения позволяют получить весьма ценную информацию о состоянии тканей и органов оценить жизнеспособность, кровенаполнение и другие сведения о патологических состояниях в исследуемых органах. Однако для диагностики патологических состояний необходимы также данные об электрических свойствах тканей в норме. В этой связи практический интерес представляют сведения об электрических характеристиках тканей и органов в норме

Цель исследования. Изучить распределение электрического сопротивления на нижних конечностях в норме путем измерения изменений активной составляющей импеданса.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены на группе студентов 1 курса 7 муж. и 10 жен. Распределение электрического сопротивления вдоль нижних конечностей измеряли в положении «лежа», в шести точках в области бедра три точки и три точки в области голени. Измерения проведены по четырех электродной схеме с использованием электродного устройства, разработанного и изготовленного нами специально для этих исследований. В работе использован прибор для измерения активной составляющей импеданса биологических тканей (патент РФ №1759402). Для каждой из шести указанных точек измеряли сопротивление [Ом] и диаметр конечности. По величине диаметра конечности рассчитывали поперечное сечение ноги и с учетом расстояния между потенциальными электродами $L=7\text{см}$, определяли удельную электропроводность на исследуемом участке $[\text{Ом}^{-1}\cdot\text{м}^{-1}]$ по формуле:

$$\sigma = \frac{L}{R \cdot S}.$$

Результаты исследования: По результатам измерения сопротивлений на выбранных точках, используя расстояния между потенциальными электродами, и рассчитанное поперечное сечение ноги в данной точке по выше приведенной формуле была рассчитана удельная электропроводность нижних конечностей для всех измеренных точек. Данные измерений статистически обработаны: рассчитаны математические ожидания, среднеквадратичные отклонения. Результаты расчетов представлены в таблице.

Т а б л и ц а

№ точек измерения	1	2	3	4	5	6
Лев нога. $\sigma, \text{Ом}^{-1}\cdot\text{м}^{-1}$	0,58	0,50	0,36	0,50	0,47	0,42
Прав нога $\sigma, \text{Ом}^{-1}\cdot\text{м}^{-1}$	0,56	0,45	0,30	0,45	0,46	0,35

Отметим, что в условиях нормы изменения активной составляющей удельной электропроводности для правой и левой ноги отличаются незначительно.

Выводы. Выполненная работа позволила получить данные о распределении удельного электрического сопротивления вдоль нижних конечностей в норме. Полученные результаты могут быть использованы при определении жизнеспособности, кровенаполнения и для диагностики других патологических состояний в условиях клиники.

Н. В. Самсонова, Г. С. Жангирова,
О. А. Туралина, К. С. Рязанова
**ДИНАМИКА ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА BAD НА ГЕПАТОЦИТАХ
КРЫС ПРИ ПЕРСИСТЕНЦИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ
ИНФЕКЦИИ**

*Центральная научно-исследовательская лаборатория,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. М. Г. Пустоветова,
к.м.н. И. П. Жураковский*

По современным представлениям апоптоз играет жизненно важную роль как в процессе эмбрионального развития, так и в онтогенезе в целом. В настоящее время у млекопитающих описано три основных пути инициации апоптоза: митохондриальный, липидный и опосредованный через «рецепторы смерти» или Fas зависимый. Показано, что митохондриальный путь инициации апоптоза является зависимым от взаимодействия большого количества белков-регуляторов семейства Bcl-2 (Bad, Bax, Bak, Bik, Bid и др.). Длительное существование фокальной персистирующей инфекции вызывает изменения в функционировании основных гомеостатических систем, и, как следствие, структурную перестройку органов и тканей. Целью настоящего исследования являлось изучение экспрессии проапоптотического белка Bad в гепатоцитах крыс при персистенции бактериальной инфекции.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 24 крысах-самцах Вистар, у 18 из которых с помощью Золотистого стафилококка (штамм 209) создан очаг хронической инфекции в большеберцовой кости. Исследование проводилось через 1, 2 и 3 месяца после воспроизведения очага хронического воспаления. В качестве контроля служил материал от 6 интактных животных. Для изучения экспрессии в клетках печени белка Bad, использовали двухэтапный иммуногистохимический метод. Анализ интенсивности экспрессии белка Bad и площади, на которой он выявлялся, проводилась с помощью светооптического микроскопа и морфометрического комплекса на базе микроскопа Micros MC 300A, цифровой камеры CX 13с фирмы Baumer и программного обеспечения ImageJ 1.42g (Национальный институт здоровья, США). Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы «SPSS 11.5 for Windows»: рассчитывали средние величины (M) и их стандартные ошибки (m).

Результаты исследования. Через 1 месяц изучение препаратов, на которых выявлялся проапоптотический белок Bad, не позволило выявить достоверных изменений площади, занимаемой клеточными элементами с экспрессией этого маркера. Через 2 месяца после воспроизведения очага хронической инфекции изучение препаратов, на которых выявлялся проапоптотический белок Bad позволило выявить достоверное (в 1,6 раза) увеличение площади, занимаемой клеточными элементами с его экспрессией. Кроме

того, в печени животных этой группы отмечалось достоверное увеличение интенсивности специфического окрашивания гепатоцитов, что отражалось достоверным снижением среднего серого значения яркости в областях, где выявлялся белок Bad. При изучении срезов печени, окрашенных гематоксилином Эрлиха и эозином через 3 месяца после воспроизведения очага хронической инфекции, отмечено достоверное увеличение площади, занимаемой клеточными элементами с экспрессией белка Bad. Кроме того, в печени животных этой группы отмечалось достоверное увеличение интенсивности специфического окрашивания гепатоцитов, что отражалось достоверным снижением, по сравнению с контролем, среднего серого значения яркости в областях, где выявлялся белок Bad.

В результате проведенного исследования, нами было установлено, что персистенция бактериальной инфекции в большеберцовой кости приводит к изменению клеточных элементов печени, характеризующихся увеличением экспрессии проапоптического маркера Bad. Не исключено, что это может служить одним из вероятных механизмов запуска апоптоза гепатоцитов при наличии очагов хронической инфекции.

Е.Н. Гоор, В.В. Ковалёва, Г.С. Семёнова
АНАЛИЗ МНЕНИЙ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ
О СВОЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Кафедра математики,

Новосибирский медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель С. А. Лубинский

В настоящее время имеется много данных о физической активности молодых людей, поскольку вопрос о физическом развитии современной молодёжи в настоящее время стоит особенно остро. Известно, что современные молодые люди, особенно студенты, вынуждены вести малоподвижный образ жизни. Причиной этого служат многочасовые сидения на лекциях, лабораторных и практических занятиях, а также дома при подготовке к занятиям. В связи с этим, здоровье молодёжи, особенно за последние двадцать лет значительно ухудшилось. Проводились многочисленные исследования физических качеств молодёжи путём непосредственного измерения уровня эластичности мышечно-связочного аппарата, силовых, скоростных и прочих качеств.

В данной серии исследований была поставлена цель узнать, как студенты сами оценивают свои физические качества и каким путём они хотят их изменить. Для этой цели среди студентов было проведено анкетирование. При этом, юношам и девушкам предлагались анкеты с разными вопросами. В анкете для девушек были вопросы, касающиеся таких физических качеств,

как уровень подвижности позвоночника и степень эластичности мышц и связок ног. Были также вопросы, касающиеся оценки своего телосложения и желания его изменить. У юношей в анкете были вопросы, касающиеся их увлечения спортом, их самооценка в различных видах спорта. Были вопросы о том, какие виды спорта, по их мнению, наиболее подходящие для юношей и для девушек. Были и вопросы о том, какие виды спорта, по их мнению, для девушек неприемлемы. Задавались, также, вопросы о согласии дружить с девушкой, которая физически сильнее его и вопросы о дружбе с девушкой, которая значительно умнее его. Были также вопросы о желании служить в армии.

При анализе ответов было выяснено следующее. Большинство девушек оказались недовольные своим телосложением, в основном, они считали, что у них излишний вес и высказали желание вес убавить. Только несколько девушек высказали желание увеличить вес. Большинство девушек оценили гибкость своей спины как среднюю и только две девушки оценили гибкость своей спины как наивысшую. Что касается степени растяжки мышечно-связочного аппарата, то большинство, как и предполагалось, могли выполнить упражнение «шпагат» только в детском и подростковом возрасте, но высказали мнение, что смогут за несколько хороших тренировок его восстановить.

Анализ анкет юношей привёл к следующему результату. Подавляющее большинство юношей высказало мнение, что для юношей наиболее приемлемы чисто мужские виды спорта, такие, как бокс, тяжёлая атлетика, единоборства, культуризм. Для девушек они нашли наиболее приемлемыми художественную гимнастику, акробатику, синхронное плавание, спортивные танцы. Абсолютно неприемлемыми для девушек почти все юноши сочли тяжёлую атлетику, культуризм, бокс, борьбу и единоборства. Интересно, что половина юношей оказались не против дружбы с девушкой, которая физически сильнее их и почти все они оказались не против дружбы с девушкой, которая значительно умнее их. Большинство юношей высказало нежелание служить в армии по причине неуставных отношений там, но были бы не против службы, если бы в армии был порядок и справедливость.

Результаты данных исследований могут быть полезны преподавателям вузов и лицам старшего поколения для того, чтобы они могли лучше понять современных молодых людей.

Н.В. Батрак*

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА И ОЖИРЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии, медицинской генетики,

Ивановская государственная медицинская академия

Научный руководитель: д.м.н., проф. А.М. Герасимов

Актуальность. На современном этапе отмечается прогрессивное ухудшение состояния здоровья населения, в результате беременность часто протекает на фоне выраженной экстрагенитальной патологии, которая может радикально ухудшить течение самой беременности и негативно повлиять на состояние ребёнка как внутриутробно, так и в постнатальном периоде. Одной из таких проблем может стать гипотиреоз, который встречается у 2% беременных. Материалы и методы. Обследовано 90 беременных женщин в разных сроках гестации с ожирением и признаками гипотиреоза. Все пациентки регулярно наблюдались эндокринологом специализированного эндокринологического приёма. У всех женщин измеряли артериальное давление, рост, вес, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). О функциональном состоянии щитовидной железы судили по концентрации в крови тиреотропного гормона (ТТГ). В процессе обследования нами выделено 3 группы женщин: I группу (30 женщин) составили пациентки с гипотиреозом и ожирением различной степени тяжести ($\text{ИМТ}=27,5\pm 1,5$), II группу (30 женщин) составили пациентки с гипотиреозом и нормальной массой тела ($\text{ИМТ}=21,4\pm 1,6$), III группу составили женщины (30 пациенток) с ожирением различной степени тяжести без гипотиреоза ($\text{ИМТ}=27,05\pm 9,35$), IV группу (группа контроля) составили женщины (40 пациенток) с эутиреозом и нормальной массой тела ($\text{ИМТ}=22,59\pm 2,9$). Результаты. Нами проанализирована масса детей при рождении во всех исследуемых группах женщин. В I группе женщин родились дети с массой тела $3905\pm 784,88\text{г}$, во II группе женщин — $3587,5\pm 570,95\text{г}$, в III группе масса тела детей составила $3173\pm 349,1\text{г}$, а в группе контроля — $3175\pm 319,2\text{г}$. При этом масса детей при

рождении в I и II группах женщин была достоверно выше, чем в III и IV группах исследуемых. У детей всех обследуемых женщин был произведен забор крови из вены с целью определения уровня ТТГ. У детей I группы женщин уровень ТТГ составил $1,8 \pm 0,25$ мкМЕ/мл, у детей II группы женщин $1,33 \pm 0,48$ мкМЕ/мл, у детей III и IV групп женщин $1,34 \pm 0,45$ и $1,5 \pm 0,3$ мкМЕ/мл соответственно. При этом у одной из женщин II группы у ребенка при рождении был выявлен повышенный уровень ТТГ. Корреляционный анализ был проведен во всех исследуемых группах. На основании корреляционного и однофакторного дисперсионного анализа выявлены статистически значимые корреляционные связи ИМТ женщины с весом ребенка во всех группах исследуемых, весом ребенка и склонностью к развитию у него гипотиреоза в I группе исследуемых и не установлена связь ТТГ женщины с весом и ТТГ ребенка во всех группах исследуемых. Результаты свидетельствуют о патогенетической роли избыточной массы тела женщины в рождении крупного плода. При этом в I группе была выявлена статистически значимая корреляция очень высокой силы веса ребенка и его ТТГ. Выводы. Таким образом, риск развития гипотиреоза у ребенка был достоверно выше в группе женщин с гипотиреозом и ожирением, чего не наблюдалось в других группах исследуемых.

Е.А. Баяндина, А.С. Зуева*

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ Г. НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра педиатрии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доц. Ж.В. Нефедова*

Известно, что истоки артериальной гипертензии (АГ) взрослых следует искать в детском и подростковом возрастах. Проблема профилактики и лечения АГ у детей и подростков занимает приоритетное положение в детской кардиологии. Это связано с высокой распространенностью АГ, возможностью трансформации в ишемическую и гипертоническую болезни, являющиеся основной причиной инвалидизации и смертности взрослого населения.

Цель работы: изучение особенностей течения АГ различного генеза у детей и подростков, жителей г. Новосибирска.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 72 больных в возрасте от 8 до 15 лет (средний возраст $13,4 \pm 0,7$ лет), из которых 22 девочки и 50 мальчиков. По генезу АГ была представлена следующим образом: 1) АГ на фоне гипоталамического синдрома (ГС) — 38 случаев

(53%); 2) АГ с синдромом недифференцированного варианта мезенхимальной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) — 26 случаев (36%); 3) в 8 случаях (11%) диагностирована эссенциальная гипертензия (ЭГ). Диагностика АГ осуществлялась на основе существующих методических рекомендаций экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и ассоциации детских кардиологов России (Москва, 2008). У всех пациентов выделялась I и II степень АГ. По результатам проведения суточного мониторирования артериального давления определялась лабильная, стабильная и умеренная АГ, оценивалась степень снижения артериального давления в ночные часы. Из методов стандартного обследования проводились: сбор анамнеза, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ сердца, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РЭГ, кардиоинтервалография. Медикаментозная коррекция проводилась препаратами эналаприл, эгилок.

Результаты. В ходе работы обнаружили, что АГ у детей и подростков г. Новосибирска имеет следующие характеристики: преобладание ее вторичного генеза, регистрируется чаще у мальчиков (69%), из них в большей степени при ГС(53%), при этом ЭГ является редкостью и наблюдается всего в 11% случаев. Пациенты с ЭГ и ГС чаще имеют АГ 2 степени, что требует назначение медикаментозной терапии, а больные с ДСТ — 1 степени. Ведущими факторами риска в различных клиничко-патогенетических группах являются указания на случаи АГ в семье исследуемых пациентов (ЭГ-100%, ДСТ—69%, ГС — 66%), пассивное курение от 12,5 до 35% случаев, избыточная масса тела и ожирение (в большей степени характерны для пациентов с ГС. Изменения липидного обмена (пограничная гиперхолестеринемия) свойственны в большей степени детям и подросткам с ГС (5% случаев). Пограничная гипергликемия с ЭГ — 25%, ГС — 21%, с ДСТ — 15%. У пациентов с ГС чаще — косвенные признаки внутричерепной гипертензии, (39%); при этом примерно для половины обследованных каждой группы характерны умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. В качестве терапии АГ наиболее эффективно был использован эналаприл в группах больных с ЭС и ГС (не требовалось повышение суточной дозы, смены препарата).

М.А. Ефимова*, Н.В. Замкова*, А. Н. Глазова*, А.П. Кузнецова *
**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

*Кафедра пропедевтики детских болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. И. Рябиченко*

Актуальность. Пубертатный период является крайне важной, рубежной фазой развития человека, когда организм подвергается ряду изменений, спо-

416

собствующих наступлению его половой и физической зрелости. Наблюдаемые в пубертатном периоде морфофункциональные изменения основных систем организма и перестройка регуляторных механизмов совпадают с новыми социальными нагрузками: последний этап школьного образования, профессиональное самоопределение и обучение, ранний труд, изменение образа жизни и поведения, в связи с интеграцией во взрослое общество и т.д. Усиленный рост, повышенная двигательная и нервно-психическая активность приводят к значительному напряжению в работе нервной системы, преимущественно вегетативной. В результате этого физиологического для данного возраста напряжения и некоторых неблагоприятных внешних воздействий в пубертатном возрасте весьма часто наблюдается вегетативная дистония. Синдром вегетативной дистонии является одним из ведущих в патологии подростков и включает в себя проявление всех форм нарушения вегетативной регуляции.

Цель исследования. Оценить состояние вегетативной нервной системы у девочек подросткового возраста.

Материалы и методы. С информированного согласия родителей и пациентов, а также с разрешения этического комитета было обследовано 93 девушки подросткового возраста, из них основную группу составили 40 учащихся технического лицея, а группу сравнения 53 — педагогического колледжа в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст — 16 лет). Состояние сердечно-сосудистой системы и вегетативный статус оценивался при помощи таблиц Вейна, записи ЭКГ, измерения АД, оценка по записям КИГ и вариабельности сердечного ритма.

Результаты. Установлено, что нарушение вегетативного статуса встречалось фактически одинаково в обеих группах: у 90% обследуемых основной группы и 81% — группы сравнения. Смешанный тип ВСД наблюдался у девушек основной группы — 72,5%, в группе сравнения — 62,2%. Ваготония зарегистрирована в 1,5 раза чаще у девушек технического лицея, в то время, как вегетативная лабильность превалировала у учащихся педагогического колледжа более, чем в 2 раза. И только у 18,8% девушек педагогического колледжа и у 10% технического лицея не выявлено изменений вегетативного статуса. Проявления ВСД по смешанному типу сопровождались нарушениями ритма сердца (57,5% в группе педагогического колледжа и 20,6% в группе технического лицея). В группе сравнения отмечена: синусовая аритмия в 51,5%, синусовая тахикардия в 3% и синусовая брадикардия в 3%, в то время как в основной группе 6,8%, 13,7% соответственно.

Таким образом, у девушек подросткового возраста обеих групп отмечены выраженные изменения вегетативного статуса. В зависимости от уровня учебной нагрузки достоверных отличий в состоянии вегетативной нервной системы выявлено не было

Т.С.Белкина, А.О.Затолюкина
**ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО
СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

*Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н. проф. С.А.Лоскутова*

Цель исследования: определить особенности клинико-лабораторного течения гипоталамического синдрома у детей в зависимости от пола.

Материалы и методы исследования. ретроспективно проведен анализ 38 историй болезни пациентов с документированным гипоталамический синдром пубертатного периода. Пациенты были разделены по гендерному признаку на две группы, в 1 группу включены 19 мальчиков, во 2 группу 19 девочек. Средний возраст больных составил $13,4 \pm 1,3$ лет. Данные пациенты были госпитализированы в отделение старшего детского возраста ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в 2009-2011 гг.

Результаты исследования. Средний возраст дебюта заболевания у мальчиков составил $8,6 \pm 1,5$ лет, у девочек $7,2 \pm 1,3$ лет, при этом минимальный возраст возникновения первых симптомов — 3 года, максимальный — 15 лет. В общей группе больных с гипоталамическим синдромом в 85% случаев у матерей отмечалась патология беременности и родов: гестоз, гипоксия плода (обвитие пуповиной, фетоплацентарная недостаточность), затяжные роды, родовая травма, крупный плод. В целом по группе 7% больных имели избыточную массу тела, 46% — ожирение I ст., 27% — II ст., 20% — III ст. Среди мальчиков ожирение I ст. документировано у 36% больных, II и III ст. в равном количестве у 27%. Среди девочек большая часть имела ожирение III ст. (у 47% больных), II ст. у 32% и I ст. у 27%. При этом у пациентов обеих групп отмечалось развитие дисэластоза в 100% случаев. У 8 мальчиков отмечалась ложная гинекомастия, которая не требовала дополнительного обследования. Синдром артериальной гипертензии развился в 95% случаев, в группе мальчиков у 18 (95%) пациентов, в группе девочек у 17 (90%). При этом по результатам суточного мониторирования средние значения среднесуточного АД у мальчиков составило $151,7 \pm 13,2/91,2 \pm 8,5$ мм рт.ст., у девочек $131,9 \pm 12,7/82,5 \pm 6,7$ мм рт.ст. Изменения углеводного обмена, в виде нарушения толерантности к глюкозе/сахарного диабета, выявлено у 51% больных, при этом в 1 группе у 11 пациентов (57%), во 2 группе у 9 пациентов (47%). Гиперхолестеринемия отмечалась также у 51% пациентов, в 1 группе у 42% больных, во 2 группе у 63%. У 16 из 38 пациентов (42%) отмечались сопутствующие заболевания, из них заболевания эндокринной системы у 10 пациентов (аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, синдром гиперандрогении), у 3 пациентов врожденная аномалия почек (удвоение почечной системы, подковообразная почка, аномалия положения почки), у 3 пациентов неврологическая патология (ДЦП, эпилепсия).

Таким образом, заболевание у девочек развивается раньше, чем у мальчиков. Среди детей с гипоталамическим синдромом 93% имеют ожирение, при этом среди мальчиков преобладает ожирение I ст., среди девочек ожирение III ст. Частота встречаемости синдрома артериальной гипертензии высока в обеих группах, в этой связи всем детям с данным синдромом подбиралась гипотензивная терапия. Однако средние цифры АД выше у лиц мужского пола. В группе мальчиков преобладали нарушения углеводного обмена, в группе девочек — липидного. Важен тот факт, что у большинства матерей детей с гипоталамическим синдромом отмечалась патология беременности и родов.

О. И. Петрусенко*

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Андрюшина*

Актуальность. «Сниженный» иммунный статус новорожденных при условии пребывания данной категории детей в отделениях реанимации и интенсивной терапии способствуют контаминации организма ребенка условно-патогенной и патогенной микрофлорой, а также высокому риску развития нозокомиальных инфекций и септических процессов. Данная ситуация требует проведения бактериологического мониторинга в ОПН.

Цель исследования. определить характер и лекарственную устойчивость микрофлоры, зарегистрированной в бактериологических посевах различных сред организма новорожденного ребенка, оценить спектр клинко-патологических состояний у детей, имеющих положительные бактериальные посевы в ОПН.

Методы и материалы. Проведено ретроспективное исследование истории болезни 45 новорожденных, имевших положительные бактериальные посевы и проходивших лечение в отделении патологии новорожденных ГНОКБ за период 2011 года.

Результаты исследования. Из нестерильных сред организма новорожденного наиболее контаминированными оказались зев — 51 (54,2%) положительных результатов бак. посева, из трахеобронхиального дерева 13 (27,7%), из области пупочной ранки 13 (25%) положительных результатов. При исследовании стерильных локусов (кровь, моча, ликвор) получены положительные бак. посевы только в пробах мочи — 42 (38,5%). Наиболее часто встречающимися видами микроорганизмов были: *Staphylococcus coagulase-negative* 23 (26,7%), *Klebsiella pneumoniae* 16 (18,6%), *Enterococcus*

faecium 13 (15,1%), Serratia marcescens 12 (14%), E.coli 8 (9,3%), Pseudomonas aeruginosa 4 (4,7%) и Acinetobacter sp. 4 (4,7%). Более половины полученных штаммов коагулазонегативного стафилококка оказались метициллин-резистентными и были нечувствительны к оксациллину. Более 80% штаммов Klebsiella pneumoniae и около 50% штаммов E.coli оказались продуцирующими бета-лактамазы расширенного спектра (ESBL+). В большинстве случаев Klebsiella pneumoniae была резистентна к цефалоспорином III поколения, а E.coli - к цефалоспорины IV поколения (цефепиму). Практически в 100% случаях Serratia marcescens оказалась ESBL+ и была резистентна к цефалоспорином, «защищенным» пенициллинам и аминогликозидам. Микрофлора, полученная в результате обследования детей, поступивших из ЦРБ, совпала с наиболее часто встречающимися микроорганизмами в ОПН. Таким образом, широкий спектр условно-патогенной и патогенной микрофлоры в ОПН объясняется тем вкладом в микробиологический пейзаж отделения, который «привносят» дети, поступившие из различных учреждений. Перечень наиболее распространенных заболеваний у детей, проходивших лечение в ОПН, включал в себя ВУИ, в том числе пневмонии, НЭК и ИМС. В структуре проявлений инфекционных состояний новорожденных доминировали ДВС синдром — 22 (52,4%), СПОН и анемия по 35 случаев (79,5%). Проведения ИВЛ потребовали более 80% пациентов и около трети из них находились на ней более 7 дней. По результатам лабораторных исследований наиболее часто выявлялись анемия, тромбоцитоз 27 (61,4%), а так же лейкоцитоз 22 (50%). Лейкопения и тромбоцитопения встречались реже.

Выводы: у больных новорожденных, находившихся в условиях ОПН в 2011 году, имелось большое разнообразие условно-патогенной и патогенной микрофлоры, что свидетельствует о высоком уровне контаминации данной категории детей госпитальными штаммами возбудителей и требует жесткого эпидемиологического контроля за микробиологическим состоянием подразделений, где пребывают эти дети.

Н.А. Костылева
**ДИАГНОСТИКА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
НОВОРОЖДЕННЫХ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ГЕЛЕВОЙ И СТАНДАРТНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Андрушина*

Актуальность. В настоящее время гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) сохраняет свою актуальность, занимая одно из первых мест среди причин гибели плода и новорожденного, определяя качество здоровья

ребенка. По данным официальной статистики она встречается у 0,6% всех новорождённых. Диагностика ГБН основывается на определении иммунных антител у матери и признаков иммунного гемолиза у ребенка. Лечение тяжелых форм ГБН требует интенсивных технологий, включая гемотрансфузионную терапию во внутриутробном и раннем неонатальном периоде, а несвоевременная и/или неадекватная терапия гемолитической болезни способствует значительной инвалидизации больных.

Цель исследования. Провести сравнительную характеристику эффективности гелевой и стандартных технологий в диагностике ГБН.

Материалы и методы: ретроспективный анализ клинико-иммунологического обследования 242 беременных и новорожденных с иммунным конфликтом за период с 2006 по 2011 гг., проведенного в ГБУЗ НСО ГНОКБ. Изосерологическое обследование включало стандартные (жидкофазные) методики и метод агглютинации в геле.

Результаты. В 41 (16,9%) случае из числа всех обследованных диагностирована ГБН по системе АВО, из них анти-А выявлены у 27 (65,9%), анти-В у 13 (31,7%), сочетание анти-А,С у 1 (2,4%). Проба Кумбса у детей, рождённых от иммуноконфликтной беременности по системе АВО при определении стандартной методикой (реактив Кумбса на плоскости) только в 2 (4,9%) случаях была положительной, при определении в геле положительный результат получен в 35 (86,4%) случаях обследований.

У 187 (77,3%) беременных выявлены антитела к Д-антигену системы Резус. При предварительном определении иммунных антител пробирочно-желатиновым методом у 7(3,7%) беременных в лабораториях других больниц результат был отрицательный, антитела удалось выявить гелевым методом в ОПК ГНОКБ. Во всех случаях наблюдения гелевым методом были выявлены более высокие титры с разницей 7–16 разведений, по сравнению с желатиновым методом. Наличие сочетания анти Д с другими антителами обнаружено в 24 (17,7%) случаев и только при помощи гелевой технологии: анти-Д,С у 17 (70,8%), анти-Д,Е у 7 (29,2%), что имеет важное значение для подбора гемотрансфузионной терапии ребенку.

Иммуноконфликтная беременность по «минорным» антигенам выявлена в 14 (5,8%) случаях, при этом в 100% она была диагностирована лишь с помощью гелевого теста. У 9 (64,3%) обнаружены анти-С, анти-Р у 3 (21,4%), анти — К у 1 (7,1%), анти-S у 1 (7,1%). ГБН по «минорным» антигенам обычно протекают под масками других диагнозов, чаще под диагнозом «кoньюгационная желтуха».

Выводы. Гелевая технология является более эффективным диагностическим методом, позволяя выявлять ГБН по «минорным» антигенам, подтверждать иммунный гемолиз при АВО конфликте, обнаруживать сочетания антител. Указанное обстоятельство позволяет предположить, что частота ГБН превышает имеющиеся данные ее официальной регистрации, т.к. используются стандартные (жидкофазные) методики. Качественная оценка

изосерологического статуса новорожденного ребенка и матери позволит обеспечить иммунологическую безопасность гемотрансфузионной терапии в плане предупреждения ятрогенных пострансфузионных осложнений иммунного характера.

О.С.Щербина* И.А.Холкина*
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ
ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ**

*Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. Ю.С.Пинегина*

Актуальность темы. Развитие перинатальной медицины, совершенствование методов интенсивной терапии и респираторной поддержки новорожденным позволило повысить выживаемость, однако способствовало росту частоты формирования бронхолегочной дисплазии (БЛД) у данного контингента пациентов. По данным литературным данным частота развития БЛД у детей, проделавших критические состояния составляет от 16 до 40%. проблема развития БЛД остается весьма актуальной.

Цель исследования. Изучить особенности течения БЛД и оценить факторы риска развития БЛД у детей родившихся на различных сроках гестации.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 146 детей, состоящих в областном регистре, проделавших критические состояния. Изучена первичная медицинская документация, проведено общеклиническое обследование, анализ рентгенограмм органов грудной клетки. По сроку гестации пациенты распределены на две группы: первая группа — доношенные 30 детей (сорок гестации 38–41 неделя, масса тела при рождении 2500–4000г), вторая группа — недоношенные 116 детей (срок гестации менее 38 недель, масса тела при рождении менее 2500г).

Результаты исследования. В обеих группах доминировали мальчики: в 1 группе — 18, что составило 60%, во 2 группе — 69 (60%). БЛД развилась на фоне пневмонии у 68 пациентов (46,5%). В обеих группах доминировали внутриутробные пневмонии: в 1 группе зарегистрированы 6 случаев (50%), во второй группе — 42 случая (75%). На долю аспирационных пневмоний в 1 группе пришлось 3 случая (25%), во 2 группе — 2 (3%); на долю госпитальных: в 1 группе — 2 (16%), во 2й — 8 (14%); на долю внебольничных: в 1 группе — 1 (9%), во 2й — 4 (8%). Перенатальные поражения центральной нервной системы встречались в обеих группах с равной частотой и были представлены в 1й группе: центральным тетрапарезом — 5 детей (72%), гидроцефальным синдромом — 2 (28%); во 2й группе — 34 (68%) и 15 (32%)

соответственно. ВПС с обогащением малого круга регистрировался у 85 детей (59%): в 1й группе — у 29 детей; во второй — 115 детей. Стеноз легочной артерии и коарктация аорты были выявлены по одному случаю в каждой группе. Экстренной хирургической коррекции пороков никому из обследованных не проводилось. Анализ рентгенограмм грудной клетки позволил выделить преобладание изменений в проекции легочных полей, связанных с усилением и деформацией легочного рисунка в обеих группах, причем в 1 группе такие изменения составляли 77%, а во 2 группе помимо встречались фиброз (в 7% случаев) и уплотнения корней легких (в 6%), вздутие (12%), ателектаз (19%)

Выводы. По полученным данным в обеих группах обследуемых преобладали мальчики. Факторами риска развития БЛД в обеих группах являются внутриутробные пневмонии (особенно среди недоношенных), ВПС с обогащением малого круга с равной частотой. Рентгенологическая картина характеризовалась усилением и деформацией легочного рисунка в обеих группах (в 1 группе данный рентгенологический симптом доминировал). В 2 группе рентгенологическая симптоматика была более разнообразной: у детей регистрировались фиброз, вздутие, ателектаз.

А.В.Аткина*, Э.Р.Аглеева*, Е.Н.Амарцев, Ю.А.Никоненко*
РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ. ФАКТОРЫ РИСКА

*Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т. В. Белоусова*

Актуальность исследования. В целом структура исходов у выживших глубоко недоношенных детей зависит от условий выхаживания, различий в социально-экономических и экологических условий их внутриутробного развития, также как и частота формирования и тяжесть ретинопатии (РН). По данным зарубежной литературы РН развивается у 4,5–32,6% родившихся с низким гестационным возрастом и составляет 0,04% от числа всех новорожденных. Данные по РФ ограничены и колеблются от 17 до 37,4%, широко варьируют применительно к различным странам, регионам, городам, достигая 12,2–24,7 на 100 000 выживших недоношенных детей

Цель исследования: определить влияние различных факторов риска на развитие ретинопатии недоношенных. Выявить взаимосвязь между сроком гестации, массой тела, условиями выхаживания и частотой развития РН.

Материал и методы. Ретроспективный анализ историй болезни детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ, находившихся на лечении в МУЗ НГПЦ, ГБУЗ «ГНОКБ», МБУЗ ДКБ № 4 за период 2009–2011 гг.

Результаты. Проанализировано 230 истории болезни недоношенных новорожденных. По сроку гестации дети разделены на 3 группы: 28–26 нед. —

138(60%) детей, 29–31 нед. — 55 (23,9 %), 32 нед. и более 17(7,3 %) детей. Т.о, детей с ЭНМТ при рождении было 125 (54,3 %), с ОНМТ — 66 (28,6%). Ретинопатия была диагностирована у 53 (23%) недоношенных, при этом она регистрировалась у 45,2% детей с гестационным возрастом до 25–26 нед., и у 13,2% детей, родившихся при сроке гестации 29-30 нед. Отмечена четкая зависимость ее развития от массы тела при рождении - до 1000 г. 27 (50,9%) детей, более 1000 г. — 17(32%). Анализ факторов риска развития РН выявил влияние низкой оценки по шкале Апгар — менее 4–6 баллов на первой минуте жизни — 12 (22,6%), проявлений респираторной несостоятельности в первые часы жизни с продленной инвазивной у 15 (28,4%) и неинвазивной у 6 (11,2%) детей ИВЛ, с повторным взятием на аппаратное дыхание — 6 (11,3%), а также длительности ИВЛ (средняя длительность составила 94 часа, с min 24, max 864 часа) . Анемия тяжелой степени, потребовавшая гемотрансфузии отмечена у 17(32%)детей. У всех детей с РН диагностирован ГЗФАП 13(24,5%), коррекция которого была проведена хирургическим методом на 28 нед. постконцептуального возраста у 2(3,7%) человек, на 30 нед. у 4 (7,5%), 3-м (14,2%) детям проведено его медианментозное закрытие. Среди общей соматической патологии отмечены гипоксически-ишемическое поражение ЦНС тяжелой степени у 9(16,9%), ВЖК II-III у 21 (54,2%) ребенка, патология бронхолегочной системы (БЛД) у 13(24,5%) детей.

Выводы. Частота развития РН прямо пропорциональна гестационному возрасту и массе тела при рождении. Ее формированию способствует асфиксия и хроническая постнатальная гипоксия (синдром дыхательных расстройств, БЛД), преимущественно длительная аппаратная ИВЛ, тяжелая анемия и ГИЭ, а также функционирование фетальных коммуникаций (ГЗФАП).

А.В. Соколова*, О.А. Басова*
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ
ВОЛЧАНКИ И СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. С. А. Лоскутова*

Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезни 8 больных со склеродермией и 5 — с системной красной волчанкой, которые госпитализировались в отделение старшего детского возраста ГБУЗ НСО «ГНОКБ» за период с 2005 по 2011 гг.

Цель исследования: провести анализ особенностей дебюта и течения склеродермии и системной красной волчанки у детей Новосибирской области.

Среди заболевших детей со склеродермией преобладали девочки (6 - девочек, 2 мальчика). Возраст дебюта заболевания значительно варьировал, у 2 детей заболевание развилось в грудном возрасте (8 и 10 мес.), у 2 — в дошкольном (4 и 6 лет), у 3 в младшем школьном возрасте (8 и 9 лет) и у 1 ребенка заболевание дебютировало в 14 лет. У 3 пациентов диагноз документирован после проведения гистологического исследования кожных биоптатов. Склеродермия у всех детей начиналась без нарушения общего состояния и субъективных жалоб. У 1 пациента развилась саблевидная склеродермия, у 6 — линейная и лишь у 1 больного документирована системная склеродермия с вовлечением ЦНС. Только в 2 случаях диагноз был поставлен в течение 6 месяцев от момента появления первых симптомов, у остальных детей - через 2-4 года. Регистрировались умеренные лабораторные изменения в виде лейкоцитоза до $12 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилии до 10%, повышение СОЭ до 20 мм/ч, повышение РФ — до 15,5 МЕ/мл, СРБ — до 5,0 мг/л. По данным ЭКГ у всех больных детей установлены нарушение ритма сердца и проводимости. При проведении спирографии, у одного ребенка диагностировано нарушение функции внешнего дыхания по рестриктивному типу. Несмотря на то, что всем пациентам назначалась терапия согласно современным стандартам, практически у всех детей были погрешности в приеме лекарственных препаратов, в 2 случаях родители самостоятельно прерывали базисную терапию. В связи с этим, у всех больных данной группы отмечается прогрессирующее течение заболевания.

Системная красная волчанка (СКВ) была документирована у 5 больных (у 4 девочек и 1 мальчика). Начало заболевания было связано с перенесенной вирусной инфекцией у 2 детей, у 3 больных — на фоне полного благополучия в возрасте от 12 до 16 лет. Наследственность была отягощена у одной девочки (старшая сестра также больна СКВ). Поводом для госпитализации всех детей были лихорадка, появление кожных высыпаний, суставной синдром, изменения в анализах мочи. У 2 больных отмечалась «бабочкоподобная» нежная эритема на переносице и щеках, у 3 детей — сосудистые изменения в виде синдрома Рейно и сетчатого ливедо, у 4 детей артриты и/или артралгии. У 2 детей была зарегистрирована аллопеция. Люпус-нефрит был выявлен у 4 пациентов в дебюте заболевания и подтвержден морфологическим исследованием позднее. У 2 больных заболевание дебютировало с вовлечением в процесс оболочек сердца (у 1 в виде эндомиокардита, у другого — перикардита). У всех больных данной группы отмечалось ускорение СОЭ до 50–60 мм/ч. У 1 пациента выявлен гематологические нарушения, в виде гемолитической анемии и тромбоцитопении. При иммунологическом обследовании у всех детей определены антитела к нативной ДНК и

повышение титра антинуклеарного фактора, у 2 пациентов по совокупности клинико-лабораторных данных был диагностирован АФЛ-синдром.

Выводы: проведенный анализ показал, что дебют склеродермии характеризовался стертой клиникой и отсутствием органических поражений, вследствие этого – более поздней постановкой диагноза и сложностями терапии. Напротив, дебют СКВ у детей ассоциировался с острым началом, высокой активностью, вовлечением в процесс органов и систем. При этом в обеих группах преобладали девочки, что согласуется с литературными данными.

В.А. Квашевич, Д.А. Мусурманкулова
**СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У
ДЕТЕЙ, СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ИХ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

*Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Андрюшина*

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) занимают 3 место среди всех врожденных пороков развития у детей (О. А. Мутафьян). Диагностировать многие из них можно пренатально, что позволяет своевременно, сразу после рождения оказать таким детям необходимую помощь, в том числе хирургическую.

Цель: изучить структуру, сроки постановки диагноза и хирургической коррекции врожденных пороков сердца у детей.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ историй болезни детей, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных ГБУЗ НСО ГНОКБ и МБУЗ ДГКБ N4 в 2009–2011 гг., которым был верифицирован диагноз ВПС.

Результаты исследования. Структура пороков изучена у 130 — из них 69 (53%) мальчиков и 62 (47%) девочки, доношенными родились 108 (83%) детей, без асфиксии — 109 (83,8%). Показатель летальности составил 2,8% (9 случаев). Сочетание ВПС с другими ВПР отмечено у 14 (10,8%) пациентов, при этом преобладали ВПР почек — в 8 (57,1%) случаях.

По структуре ВПС распределились следующим образом: с обогащением малого круга кровообращения (МКК) 82 (63,1%) случая, с обеднением МКК — 33 (25,3%), с препятствием кровотоку в большом круге кровообращения — 14 (10,8%), без существенного нарушения гемодинамики — 1 (0,8%). При этом ВПС с дуктус-зависимым кровообращением составили 49 (37,7%) случаев. Всем больных своевременно (в родильном зале) была начата инфузия препаратов простагландина E_1 .

Сроки постановки диагноза ВПС широко варьировали. Пренатально диагноз установлен в 35 (26,9%) случаях, несмотря на УЗ скрининг во время беременности. Консультированы в НИИПК из числа пренатально установленных ВПС только 23 (65,7%) беременные. В 1-е сутки жизни диагноз верифицирован 26 (20%) пациентам, на 2–3 сут. — 13 (10%) детям, в течение первого месяца жизни — 42 (32,3%), в 1–3 месяца — 11 (14,6%) и возрасте старше 3 месяцев — 4 (2,3%) пациентам, из них 2 детям диагноз был поставлен в 8 месяцев.

Пациентам, находившимся в ОПН ГНОКБ эхокардиоскопия (ЭхоКС) проводилась своевременно — 78% она была выполнена в 1–2 сутки госпитализации. В ДГКБ № 4 практически все дети госпитализированы с результатами ЭхоКС. 83 (63,8%) пациентам ЭхоКС выполнена специалистами НИИПК.

Из 130 пациентов 50 (38,5%) детей консультированы кардиологами НИИПК в ОПН больницы, 75 (57,7%) — в условиях НИИПК. По заключение кардиологов НИИПК 89(68,5%) детей нуждались в проведении срочной хирургической коррекции, остальным пациентам она была показана в «более старшем возрасте».

Время ожидания перевода в НИИПК составляло: в 15 (24,6%) случаях 1–2 дня, в 21 (34,4%) — 3–10 дней, в 10 (16,4%) — 11–20 дней, в 15 случаях (22,8%) — более 20 дней.

Выводы: среди ВПС преобладали пороки с обогащением МКК. У трети пациентов был диагностирован дуктус-зависимый порок. Все они своевременно получили терапию, направленную на сохранение этой фетальной коммуникации. Пренатально ВПС диагностирован лишь у четверти детей, несмотря на проводимый УЗ-скрининг во время беременности. Во время госпитализации ЭхоКС проводилась своевременно. Время ожидания перевода для хирургической коррекции критического ВПС в большинстве случаев составило 3–10 дней.

Ю.А. Татаренко*

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ДЕТСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Кафедра поликлинической педиатрии

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., проф. Т. Н. Ёлкина

Актуальность исследования: внебольничные пневмонии остаются актуальной проблемой в современной педиатрии, так как являются одной из наиболее частых причин госпитализации детей, имеют большой риск разви-

тия легочных и внелегочных осложнений и высокий уровень летальности. Важно найти новые подходы к комплексной терапии данной патологии для уменьшения длительности заболевания, ускорения темпов реабилитации пациентов и сокращения сроков их пребывания в стационаре. В настоящее время роль светотерапии в лечении пневмоний изучена неполно.

Цель исследования — изучить характер течения внебольничных пневмоний у детей в стационаре на фоне стандартной терапии и с использованием монохроматического спектра видимого излучения с длиной волны 440-485 нм (синий свет).

Пациенты и методы исследования: на базе детских стационаров г. Новосибирска обследовано 60 пациентов с внебольничными пневмониями в возрасте от 6 месяцев до 4 лет, которые методом случайной выборки были рандомизированы на две группы. Дети контрольной группы получали стандартную терапию пневмонии, включавшую антибактериальные, муколитические, бронхолитические препараты. Участникам основной группы дополнительно проводился курс фототерапии монохроматическим спектром видимого излучения с длиной волны 440-485 нм (синий свет) с использованием биолампы «АВЕРС-Сан». В контрольной и основной группах средний возраст пациентов составил $2,8 \pm 0,87$ и $2,8 \pm 1,02$ лет, мальчиков зарегистрировано — 56,7% и 50%, наличие очагов хронической инфекции у 10 (33,3%) и 11 (36,7%) детей соответственно.

Результаты исследования: у пациентов основной группы выявлен более быстрый регресс интоксикационного и астенического синдромов, где их средняя продолжительность составила $3,9 \pm 0,2$ и $3,5 \pm 0,6$ дней соответственно, в отличие от контрольной группы с данными признаками, равными $4,8 \pm 0,2$ и $4,3 \pm 0,2$ дня. У детей, получавших курс фототерапии монохроматическим спектром видимого излучения, в сравнении с пациентами контрольной группы, наблюдалось более быстрое купирование насморка ($5,8 \pm 0,4$ и $6 \pm 0,3$ дней) и кашля ($8,5 \pm 0,4$ и $9,2 \pm 0,4$ дня соответственно). В общем анализе крови в начале и конце наблюдения среднее количество лейкоцитов у детей контрольной группы составило $10,27 \times 10^9 \pm 1,2$ клеток/л и $8,16 \times 10^9 \pm 0,5$ клеток/л, у участников основной — $9,01 \times 10^9 \pm 0,9$ клеток/л и $7,59 \times 10^9 \pm 0,4$ клеток/л соответственно. В контрольной группе наблюдалось 14 (46,7%) случаев острых респираторно-вирусных инфекций, возникших в условиях стационара.

Выводы: сочетание монохроматического спектра видимого излучения с длиной волны 440-485 нм (синий свет) биолампы «АВЕРС-Сан» со стандартной терапией внебольничных пневмоний у детей позволит уменьшить длительность заболевания, снизить медикаментозную нагрузку, число осложнений, сократить сроки госпитализации и выздоровления, а также экономические затраты на лечение острых инфекционно-воспалительных заболеваний легких у детей.

Н.Г. Гулевская*, Е.А. Горелова*,
Ю.С. Захарченко*, Е.В. Бехтольд*,
А.В. Сердюк*, М.Г. Шабли*
**ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ
НОВОСИБИРСКА
(ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)**

*Кафедра педиатрии ФПК и ППВ, Новосибирский государственный
медицинский университет*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. Г. Кондюрина

Актуальность. Изучение эпидемиологии бронхиальной астмы по программе ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) (III фаза) было завершено в 2002 году, после этого эпидемиологических исследований по стандартизированным методикам в мире не проводилось.

Цель: Изучить динамику распространенности бронхиальной астмы среди детей 6–7 лет в городе Новосибирске.

Материалы и методы. По методологии ISAAC было обследовано 3249 детей в 2002 году и около 3000 детей в возрасте 6–7 лет в 2011–2012 годах. В настоящих тезисах представлены предварительные результаты на основании анкетирования 970 родителей в 2011–2012 годах.

Результаты. По полученным данным распространенность симптомов бронхиальной астмы среди первоклассников г. Новосибирска в сравнении с 2002 годом сократилась с 24,1% до 17,3% ($p < 0,0001$), текущих симптомов бронхиальной астмы — с 10,8% до 6,3% ($p < 0,0001$). Зарегистрировано снижение количества обострений более 12 раз в год — с 0,5% до 0,2% ($p = 0,001$). Распространенность ночных симптомов бронхиальной астмы сократилась с 4,3% до 2,2% ($p = 0,001$), симптомов, ограничивающих речь — с 0,9% до 0,1% ($p = 0,012$). По результатам анкетирования 2002 года, диагноз «бронхиальная астма» был поставлен 2,4% детей, в 2011–2012 годах — 3,4%, ($p = 0,07$) что, скорее всего, свидетельствует об улучшении диагностики и росте уровня знаний врачей о бронхиальной астме. Распространенность симптомов бронхиальной астмы, связанных с физической нагрузкой значительно не изменилась (3,6% в 2002 и 3,3% в 2011–2012 годах, $p = 0,4$). Регистрация ночного кашля, не связанного с инфекцией дыхательных путей, сократилась с 8,6% до 7,6% ($p = 0,2$).

Выводы. Вероятным трендом в первом десятилетии XXI века является снижение распространенности симптомов бронхиальной астмы среди детей 6–7 лет в городе Новосибирске при некотором улучшении диагностики заболевания. Обработка всех данных позволит получить более точную оценку динамики распространенности бронхиальной астмы в регионе среди детей данной возрастной группы.

Н. Г. Гулевская*, М. Г. Шаблий*, Л. М. Чумак*,
Е. В. Шрайнер*, М. В. Маслакова*, О. В. Косачева*,
А. В. Имегенов*, А. С. Газенкампф*, С. В. Качуровская*
**ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО
РИНИТА У ДЕТЕЙ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА
(ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)**

*Кафедра педиатрии ФПК и ППв,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. Г. Кондюрина*

Актуальность. Проблема аллергических заболеваний, в частности аллергического ринита, у детей чрезвычайно актуальна и имеет высокую медико-социальную значимость. Преимущественно основанные на полученных при обращении пациентов в лечебное учреждение показателях данные официальной статистики не отражают в полной мере реальную картину происходящего. В 2002 году в ходе проведения программы ISAAC были получены данные по распространенности аллергического ринита среди школьников 6-7 лет г. Новосибирска, после этого эпидемиологических исследований по стандартизированным методикам не проводилось.

Цель. Изучить динамику распространенности аллергического ринита среди детей 6–7 лет в городе Новосибирске.

Материалы и методы. По методологии ISAAC было обследовано 3249 детей в 2002 году и около 3000 детей в возрасте 6–7 лет в 2011–2012 годах. В настоящих тезисах представлены предварительные результаты на основании анкетирования 970 родителей в 2011–2012 годах.

Результаты. По полученным данным распространенность симптомов аллергического ринита среди первоклассников г. Новосибирска в сравнении с 2002 годом возросла с 26,8% до 28,7% ($p = 0,3$), текущих симптомов аллергического ринита — с 21,1% до 24% ($p = 0,057$). Зарегистрирован рост распространенности симптомов риноконъюнктивита — с 4,6% до 7,8 % ($p < 0,001$). Отмечена тенденция к учащению возникновения симптомов аллергического ринита в весенние и летние месяцы: май — с 3,9% до 7,8% ($p < 0,001$), июнь — с 2,7% до 6,4% ($p < 0,001$), июль — с 2,4% до 3,8% ($p = 0,015$), август — с 2,8% до 5,1% ($p < 0,001$). По результатам анкетирования 2002 года, диагнозы «поллиноз», «сезонный ринит» имели 5,1% детей, в 2011–2012 годах — 8,9% ($p < 0,001$). Полученная динамика может быть обусловлена как увеличением распространенности пылевой сенсибилизации, так и улучшением диагностики, ростом уровня знаний врачей об аллергическом рините.

Выводы. В результате анализа полученных данных отмечена тенденция к увеличению распространенности аллергического ринита среди первоклассников г. Новосибирска, а также рост числа зарегистрированных в лечебных учреждениях случаев заболевания. Обработка всех данных позволит получить более точную оценку динамики распространенности аллергического ринита в регионе среди детей 6–7 лет.

С.А. Семенникова, Ю.Ю. Платошечкина¹,
О.А. Маткова¹, И.В. Гапоненко¹,
И.С.-Д. Садыева¹

ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ

*Кафедра пропедевтики детских болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет¹
МБУЗ ДГКБ №3*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Л.М. Панасенко

Актуальность: обструктивный бронхит занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов дыхания. Частота его в структуре бронхолёгочных заболеваний, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 40% (В.К. Таточенко, 2010; Л.В. Феклисова и соавт., 2011).

Цель: выявление предрасполагающих факторов в развитии обструктивного бронхита у детей с рождения до 5 лет.

Методы: Проанализированы истории болезни 91 ребёнка с диагнозом обструктивный бронхит, из них 30 — до года и 61 с 1–5 лет. Оценка проводилась по аллерго-anamnestическим, клиническим и лабораторным данным.

Результаты исследования: под наблюдением находился 91 ребенок из них мальчиков 54, девочек 37. По степени тяжести: с выраженной дыхательной недостаточностью у детей до года — 11 детей (36%), после года у 8 детей (13%). Первичная бронхообструкция у детей до года составила 93%, от 1–5 лет у — у 96%. Повторная бронхообструкция у детей до года у — 7% и старшего возраста — 4%.

Отягощенный аллергоанамнез наблюдался у 51% детей (не было различий в зависимости от возраста): из них у 17% пищевая аллергия, 1%-лактазная недостаточность, 3%-лекарственная непереносимость, контактный дерматит (4%), атопический дерматит (7%). У 37% детей аллергоанамнез не отягощён. Наследственная отягощенность по бронхиальной астме составила 13%.

Заболевание протекало на фоне нормальной температуры у 25% детей, на фоне субфебрильной температуры — 39%, на фоне фебрильной — 36%. В гемограмме у 22% пациентов наблюдался лейкоцитоз, у 76% относительный нейтрофилёз, у остальных детей кровь была вирусной.

Клиническая картина бронхита была типичной.

Заключение. Этиологически в структуре заболевания преобладала бактериальная флора. У детей до 1 года обструктивные бронхиты были вызваны преимущественно вирусными инфекциями, протекавшими с незначительным интоксикационным синдромом (подтверждена РС-инфекция у 12%). Наиболее тяжело обструктивный бронхит протекал у детей до года. Аллергоанамнез отягощен у половины детей.

А.В. Сагайдачная, Е.С. Платошечкина¹, К.В. Вебер¹
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА**

*Кафедра пропедевтики детских болезней,
Новосибирский государственный медицинский университет¹
МБУЗ ДГКБ №6*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.М. Панасенко

Актуальность. Исторически сложилось, что часть территории России располагается в северном полушарии, это существенный фактор риска развития у населения страны дефицита витамина ДЗ, прежде всего из-за недостаточности инсоляции в зимнее время. В последние годы частота рахита среди российских детей до 3-х лет колеблется от 14% до 60%. Младенческий рахит является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой.

Цель нашей исследовательской работы: изучить распространенность рахита у детей раннего возраста.

Материалы и методы: под наблюдением находились 50 детей до 3 летнего возраста, находившихся на лечение в МБУЗ ДГКБ №6.

Полученные результаты: Под наблюдением находилось 50 детей (20 девочек, 30 мальчиков) в возрасте до 3 лет с диагнозом витамин ДЗ-дефицитный рахит 1 степени, период разгара. Наиболее частыми проявлениями рахита являлись: мышечная гипотония отмечалась у всех 50 детей (100 %), повышенная потливость отмечалась у 49 детей (98 %), беспокойство у 26 детей (52 %), Х-образное искривление ног у 3 детей (6 %), О-образное искривление ног у одного ребенка (2 %), олимпийский лоб и выступающие теменные бугры у 12 детей (24 %).

80% детей имели сопутствующую патологию: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (39%), органическое поражение ЦНС (2%), анемия (19%), атопический дерматит (10%). Выявлены факторы риска у 70 % детей (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, недоношенность, искусственное вскармливание, отсутствие регулярной профилактики витамином ДЗ). Дети с проявлениями рахита достоверно чаще, чем их сверстники болели респираторными инфекциями ($p < 0,05$).

Препарат «Аквадетрим витамин Д3 водный раствор» назначался детям в лечебной дозировке от 2000 МЕ до 5000 МЕ, в течение 45 дней. О высокой эффективности препарата свидетельствовали как положительная динамика клинических симптомов рахита, так и лабораторные показатели.

Вывод. Проблема рахита обусловлена тем, что даже лёгкие формы заболевания неблагоприятно сказываются на физическом развитии детей, сопровождаются нарушением иммунитета и общей реактивности организма, что ведёт к повторным инфекционным заболеваниям.

А.В. Гридина, В.Н. Кабакова, Е.Е. Югова
**ОШИБКИ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ**

*Кафедра поликлинической педиатрии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Т.Н. Ёлкина,
к.м.н., доцент О.А. Грибанова*

Актуальность исследования. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) представляют серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему, являются самой частой патологией в амбулаторной практике, с ними связано более 80% всех вызовов врача на дом. В арсенале участковых педиатров имеется множество препаратов, применяемых для терапии ОРЗ. Полипрагмазия при респираторных инфекциях встречается повсеместно.

Цель исследования – оценить соответствие врачебных назначений протоколам лечения ОРЗ на педиатрическом участке.

Пациенты и методы исследования. Проведен анализ амбулаторных карт 100 детей в возрасте от 1 года до 6 лет, получавших в октябре-декабре 2011 г. лечение в детских поликлиниках г. Новосибирска по поводу ОРЗ, ринофарингита, легкой степени тяжести. Большинство пациентов не посещали детские дошкольные учреждения (76%), к группе часто и длительно болеющих детей относилось 17% больных, хроническая очаговая инфекция носоглотки в форме хронического аденоидита диагностирована у 6% исследуемых.

Результаты исследования. Количество назначенных одному больному препаратов колебалось от 3 до 11, в среднем на каждого ребенка приходилось по 6 медикаментов.

Практически все пациенты (94%) получали средства этиотропной терапии. С одинаковой частотой использовались противовирусные препараты (31,9%) и индукторы интерферона (30,9%), интерфероны получал каждый пятый ребенок (19,1%), остальным пациентам назначалось комбинированное этиотропное лечение.

Жаропонижающие средства рекомендовались исключительно для ситуационного использования у трети больных (34%). Антигистаминные препараты назначены 37% исследуемых, предпочтение отдавалось препаратам первого поколения.

Рекомендации по элиминационной терапии ринита получили менее половины пациентов (44%), среди деконгестантов лидировали препараты ксилометазолина (46%). Топические противомикробные средства (антибиотики, бактериальные лизаты) для лечения ринита назначены каждому пятому ребенку (22%). В лечении фарингита преимущественно использовались лекарственные средства растительного происхождения (89%), местные антисептические препараты применялись у половины пациентов (49%). Для терапии малопродуктивного кашля при фарингите каждому третьему боль-

ному (36%) необоснованно рекомендовались муколитические препараты, также отмечались единичные случаи назначения комбинированного препарата с бронхолитическим, муколитическим и отхаркивающим действием (3 пациентам). Зафиксирован большой процент назначения при первичном обращении витаминно-минеральных комплексов – каждому второму ребенку (55%).

Выводы. Лечение ОРЗ на педиатрическом участке не всегда соответствовало стандартам терапии. Отмечена тенденция к полипрагмазии при легких формах респираторной инфекции за счет необоснованного назначения средств этиотропной терапии, антигистаминных и муколитических препаратов, витаминно-минеральных комплексов. Выявлены случаи нерациональной симптоматической терапии ринита и фарингита.

Н. А. Бочко, О. А. Карле
**ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ
С ОСТРЫМ СИНУСИТОМ В
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Кафедра поликлинической педиатрии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Т.Н. Ёлкина, к.м.н., ассистент
Л.А.Вороньжева*

Актуальность исследования: острый синусит является наиболее частым осложнением острой респираторной вирусной инфекции и одной из ведущих причин, требующих назначения системной антибиотикотерапии у детей. В то же время в настоящий момент отмечается недостаточно данных о том, как участковые врачи-педиатры диагностируют синусит и какой тактики придерживаются при данной нозологической форме

Цель исследования — оценка тактики участковых педиатров при диагностике и лечении острого синусита в условиях детской поликлиники.

Пациенты и методы исследования. Нами была проведена выкопировка данных из 44 амбулаторных карт детей, в возрасте от четырёх до пятнадцати лет. Дети лечились по поводу острого синусита среднетяжелой степени тяжести в детских поликлиниках города Новосибирска в 2010 году. Все дети были организованы, 23% детей посещали детские дошкольные учреждения, 77% обучались в школах, хроническая очаговая инфекция носоглотки в форме хронического аденоидита и хронического тонзиллита диагностирована у 6% исследуемых.

Результаты исследования: для диагностики острого синусита половина участковых педиатров (54,5%) использовали рентгенологический метод, клинический анализ крови выполнялся у 32% детей. Были проконсультированы отоларингологом 77% пациентов.

Системная антибиотикотерапия была назначена у 87% детей, у половины детей назначения сделаны в первые три дня от начала заболевания, в 21% случаев дети начали получать антибиотики на 8-9 день заболевания. Лидером выбора антибиотиков были защищенные и незащищенные пенициллины (74%). Макролиды были рекомендованы 23% детей, у 3% были назначены цефалоспорины 1 поколения. Курс антибиотикотерапии в 18% случаев был менее пяти дней.

При первичном назначении системной антибактериальной терапии у детей без указаний на аллергию к бета-лактатам. в одной четверти случаев сразу назначались антибиотики, относящиеся к группе антибиотиков второго ряда. В подавляющем большинстве случаев антибиотики назначались внутрь. Парентеральное введение было отмечено в 3% случаев.

Местная антибиотикотерапия применялась в 44% случаев.. Топические стероиды не применялись в лечении вообще.

Рекомендации по элиминационной терапии синусита не получил ни один пациент. Сосудосуживающие средства использовались у 50% пациентов, среди деконгестантов лидировали препараты ксилометазолина (76%), препараты оксиметазолина были назначены в 18% случаев, в 6% случаев пациентом был назначен «Санорин». Фитотерапия применялась в 45% случаев, чаще всего использовался препарат «Синупрет». Не использовались в лечении бактериальные лизаты.

Выводы: в постановке диагноза острого синусита, участковые педиатры чаще опираются на клинические проявления заболевания. Лечение острого синусита на педиатрическом участке не всегда соответствовало стандартам терапии, отмечено позднее назначение системной антибиотикотерапии, неправильный подбор антибиотиков и деконгестантов, в ряде случаев наблюдался полный отказ от назначения антибиотиков, выявлено необоснованное назначение альтернативной группы антибиотиков, не применялись топические стероиды и элиминационная терапия.

Я. Я. Яковлева, Ю. А. Татаренко*, Л. А. Прокудина*
**ВОЗМОЖНОСТИ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ НА
ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ**

*Кафедра поликлинической педиатрии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. Т.Н. Ёлкина,
к.м.н., доц. Е.А. Суровикина*

Актуальность исследования: функциональные расстройства пищеварения, такие как срыгивания, колики, метеоризм, запоры являются частой

проблемой, с которой сталкиваются педиатры и родители детей первого года жизни. Наиболее часто они встречаются у младенцев, находящихся на искусственном или смешанном вскармливании. **Цели:** оценить клиническую эффективность смеси «Фрисовом 1 с пребиотиками» у детей первого полугодия жизни на искусственном вскармливании с функциональными расстройствами пищеварения. **Материалы и методы:** 20 пациентов в возрасте 2 недели — 3 месяца. Критерии отбора: отсутствие перинатального поражения головного мозга или соматических заболеваний, доношенность, нормальное физическое и психомоторное развитие, отсутствие симптомов атопии и наследственной отягощенности по аллергии, наличие симптомов функциональных расстройств пищеварения – колики, срыгивания, метеоризм, запоры. На протяжении четырех недель ежедневный рацион детей состоял из молочной смеси «Фрисовом 1 с пребиотиками», другие молочные формулы и блюда прикорма не вводились. Все младенцы еженедельно осматривались педиатром. В рамках диспансеризации всем детям были проведены общий анализ крови и мочи. **Результаты:** Перевод детей на новое питание проведен в течение 5 дней. Отказа детей от новой молочной смеси не зафиксировано. Прибавка массы и длины тела за период наблюдения у всех детей соответствовали возрасту (720 ± 55 гр.). За время проведения исследования среди испытуемой группы случаев возникновения острых заболеваний не отмечено. При исследовании показателей периферической крови детей уровень гемоглобина и эритроцитов в конце исследования соответствовал возрастным нормам ($136,2 \pm 17,4$). В общих анализах мочи не выявлено каких-либо отклонений от нормы. При введении в рацион молочной смеси Фрисовом 1 с пребиотиками наблюдалось быстрое снижение эпизодов запоров, а через 1 неделю полное их исчезновение. Шестеро родителей отметили данный эффект уже на 2-3 сутки с начала исследования (в среднем через 5 ± 3 дней). Средняя частота стула составила $1,5 \pm 1$ раза в конце наблюдения. Перевод младенцев на новое питание привел к снижению частоты, а затем и купированию кишечных колик и метеоризма в 100% случаев, при этом динамика, в основном, имела тесную взаимосвязь с разрешением запоров. Больше половины пациентов (60%) при включении в наблюдение имели срыгивания интенсивностью 1-4 балла. При переводе детей на питание «Фрисовом 1 с пребиотиками» наблюдалась положительная динамика в отношении коррекции срыгиваний, отмечено снижение, а затем и полное исчезновение срыгиваний (в течение первой недели назначения смеси) вне зависимости от их интенсивности. **Заключение:** «Фрисовом 1 с пребиотиками» является полноценным питанием для младенцев с функциональными нарушениями ЖКТ и является успешным вариантом диетологической коррекции различных функциональных расстройств пищеварения младенцев на искусственном вскармливании.

А.А. Бакумова, А.В. Белова, Ю.Н. Патрушева, Я.Я. Яковлева
**ТЕРАПИЯ ТОНЗИЛЛИТОВ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.**

*Кафедра поликлинической педиатрии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., профессор Т.Н. Ёлкина,
к.м.н., доцент Н.И. Пирожкова, к.м.н. ассистент Л.А. Воронай*

Актуальность. В структуре патологии детского возраста ведущее место занимают болезни органов дыхания и ЛОР –органов, которые остаются самыми распространёнными заболеваниями и серьёзной проблемой здравоохранения. Более 80% этих заболеваний сопровождается воспалением нёбных миндалин и/или фарингеальной области; преимущественно болеют дети и лица молодого возраста. Тонзиллит - это не только ЛОР – патология, но и общетерапевтическая проблема, так как высока вероятность осложнений и хронических заболеваний сердечно – сосудистой системы, почек, суставов.

Цель исследования. Оценить рациональность и соответствие современным стандартам тактику ведения детей с тонзиллитами на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. По специально разработанным анкетам проведён анализ 100 амбулаторных карт детей, перенесших тонзиллит в 2010 году. Анкетирование проводилось студентами 5 курса педиатрического факультета в период производственной практики.

Собственные результаты. Более половины заболевших, были дети дошкольного возраста (до 7 лет 66%). Соотношение мальчиков и девочек достоверно не отличалось, большинство посещали детские учреждения. Практически у всех, родители обратились за медицинской помощью в поликлинику в первые трое суток болезни (94%). При первичном осмотре, наложения на миндалины отмечались у 70% обратившихся, в динамике у 100%. Все получали антибактериальную терапию: защищённые пенициллины (37%), незащищённые пенициллины (32%), цефалоспорины 3 поколения (19%), макролиды (12%). Препаратами выбора были флемоксин, флемоклав, супракс и аугментин. У 13% продолжительность антибактериальной терапии составила 5 дней, у 51% — 7 дней, у 27% — 10 дней, у 9% — более 10 дней. Симптоматическую терапию получали 92% детей. Предпочтение отдавалось местным антисептикам (86%), фитопрепараты были назначены 1/3 пациентов. Обследование с целью уточнения этиологии тонзиллита было проведено у половины больных (положительный результат у 26% — выявлен стрептококк группы А). В периоде реабилитации общеклиническое обследование (анализы крови и анализы мочи) проводилось в достаточном объёме. ЛОРом осмотрено около 40%, а кардиологом — 12%. Профилактика ревматизма проводилась у ¼ выделителей стрептококка.

Выводы. Только третья часть пациентов с тонзиллитами получила адекватный курс антибактериальной терапии. В качестве стартовой эмпирической терапии тонзиллитов педиатры назначают препараты резерва и препараты выбора с одинаковой частотой. Место низкий уровень этиологической расшифровки тонзиллитов. Реабилитационные мероприятия в периоде реконвалесценции проводятся в недостаточном объёме

С. О. Федяй

ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ НА ХРОНИЗАЦИЮ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ СЛУХОВЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

*Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии,
Кыргызско-Российский Славянский университет, г. Бишкек
Научный руководитель: к. м. н., доцент А. С. Ким*

Актуальность исследования обусловлена частотой развития слуховых галлюцинаций при параноидной шизофрении. Малоизученность механизмов их формирования затрудняет оценку их места в динамике и исходе болезни в целом, нивелирует различия в их прогностической оценке и дифференцированном подходе к выработке наиболее эффективной стратегии психофармакотерапии. Целенаправленных исследований, посвященных изучению влияния механизмов психологических защит на хронизацию и резистентность слуховых галлюцинаций при параноидной шизофрении, не проводилось.

Цель исследования. Изучить и идентифицировать механизмы психологических защит (МПЗ) у пациентов со слуховыми галлюцинациями при параноидной шизофрении.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач было исследовано 93 пациента с диагнозом параноидная шизофрения на базе отделений РЦПЗ г. Бишкек. Использовались стандартизированные шкалы по оценке тревоги Спилбергера-Ханина, депрессии Цунга, опросник жизненных стилей Плучика – Келлермана-Конте.

Результаты. У пациентов страдающих параноидной шизофренией свыше 5 лет (57%), наблюдалась стойкая хронизация слуховых галлюцинаций. У такой категории больных наблюдалась преобладание умеренной (50%), минимальной (32%) депрессии, при высоком уровне тревоги (91%), что по-

зволяет предположить о напряжённости МПЗ проекция 0.36 ($P < 0.01$). Преобладание МПЗ зависело от продолжительности расстройства менее 3 лет вытеснение 0.086 ($P < 0.01$), и отрицание 0.086 ($P < 0.01$), более 3 лет, гиперкомпенсация 0.183 ($P < 0.01$), и рационализация 0.279 ($P < 0.01$).

Выводы. Аффективные расстройства являются одним из факторов, обуславливающих формирование хронизации и резистентности слуховых галлюцинаций у больных с параноидной шизофренией. В развитии слуховых галлюцинаций в большей степени играет роль тревожный компонент. Преобладание умеренной депрессии и лёгкой депрессии, возможно является проявлением личностной реакции на психическое расстройство, способствуя процессу активизации функционирования специфических механизмов психологических защит. Специфичность ограниченности репертуара механизмов психологических защит, является фактором, препятствующим развитию выраженности гипотимического аффекта, при слуховых галлюцинациях. Взаимообусловленность аффективных расстройств и МПЗ при слуховых галлюцинациях, возможно, являются системообразующим фактором, для формирования стереотипности клинико-психопатологических расстройств.

Т.Д. Сырчина, Е.В. Семенова
**АУТО- И ГЕТЕРОНОЗОГНОЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент кафедры психиатрии и
наркологии Д. Н. Жданок*

Актуальность. Способность к осознанию больным собственной болезни традиционно является важным диагностическим и прогностическим критерием оценки состояния психически больных [В.П. Иржевская, 2009].

Аутонозогнозия является комплексом психодинамических реакций, включающим в себя: 1) эмоциональный уровень; 2) когнитивный уровень [Д.Ф. Ибрагимов, 2007]. Ключевые вопросы, отражающие уровень критичности касаются осознания больным того, что: а) он страдает психическим расстройством; б) он нуждается в лечении; в) его симптомы – признаки патологии; г) причины или источник их симптомов “лежат” в его заболевании.

По статистическим данным эпидемиологических исследований [В.П. Иржевская, 2009], от 30 до 97% пациентов с шизофренией не осознают собственной болезни, что неблагоприятно для прогноза течения болезни,

затрудняет лечение пациентов и ограничивает возможности их социальной реабилитации.

Цель исследования: изучить динамику ауто- и гетеронозогнозии при параноидной шизофрении в процессе терапии и ее связь с особенностями когнитивной и эмоциональной сфер.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 30 пациентов с параноидной шизофренией, непрерывным (28) и эпизодическим с нарастающим дефектом (2) типом течения, из них 15 мужчин и 15 женщин, проходящих лечение в ГБУЗ НСО ГНКПБ №3. Возраст пациентов составил от 30 до 50 лет. Продолжительность заболевания составила от 5 до 25 лет. Исследование проводилось на этапе становления ремиссии, от 1 до 6 месяцев с момента госпитализации. Использовались следующие методы: полуструктурированное интервью, содержащее 24 вопроса; анкетирование, в составе которого 26 вопросов; клинико-anamnestический метод. Также использовалась форма информированного согласия.

Результаты: проведенное исследование показало, что из 30 пациентов 9 (30%) не обладают ауто- и гетеронозогнозией; 21 (70%) формально критичны к своему заболеванию, из них 14 (46,6%) формально критичны к заболеванию других пациентов, а 7 (23,4%) не критичны. Изучение динамики аутонозогнозии показало, что пациенты, некритичные к своему заболеванию на момент исследования, не обладали критикой и ранее; 100% пациентов, формально критичных к заболеванию, при госпитализации критикой не обладали.

Выявилась зависимость критичности пациентов от продолжительности заболевания. Пациенты, некритичные к своему заболеванию болеют более 15 лет. Зависимость критичности от пола пациента не выявлена. Пациенты, не критичные к своему заболеванию, обладают более выраженными когнитивными и эмоциональными нарушениями.

Выводы:

1. На момент госпитализации все пациенты не обладали ауто- и гетеронозогнозией.
2. На момент исследования большинство пациентов критичны к своему заболеванию и заболеванию других пациентов.
3. Выявилась обратная корреляция критики и продолжительности заболевания.
4. Критичность к заболеванию коррелирует с выраженностью когнитивных и эмоциональных нарушений.
5. показатели динамики ауто- и гетеронозогнозии пациентов позволяют более точно прогнозировать течение заболевания, эффективность лечения и планировать терапевтические и реабилитационные мероприятия.

В.В. Полетаев*

ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ НА СПЕЦИФИКУ АФФЕКТА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

*Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии
Кыргызско-Российского Славянского университета, г. Бишкек
Научный руководитель к.м.н., доцент А. С. Ким*

Актуальность исследования заключается в распространенности заболевания; не изученности вопроса влияния механизмов психических защит (МПЗ) в структуре тревожно-депрессивного синдрома при шизофрении; экономических затратах государства.

Цель исследования. Изучение доминирующего репертуара МПЗ и его влияние на тревожно-депрессивный синдром при параноидной шизофрении.

Материал и метод исследования. Материал исследования составляет 75 человек: 40 мужчин и 35 женщин. Пациенты были разделены на две группы по гендерному признаку: 1 группа — мужчины, 2 группа — женщины. Все эти больные составили когорту, прослеженную на протяжении ближайших трех недель после повторной госпитализации в связи с обострением основного заболевания. Методы исследования: шкалы Келлермана-Плутчика, Спилбергера-Ханина, Цунга, BPRS, Гамильтона.

Результаты исследования. Возраст пациентов, находился в диапазоне от 25 до 55 лет. Средний возраст пациентов: в 1-ой группе — $41,6 \pm 0,6$ года ($p < 0,001$), во 2-ой группе — $38,8 \pm 0,8$ года ($p < 0,001$). Существенных различий в возрасте пациентов 1-ой и 2-ой группы нет ($p > 0,05$). Превалирующими являются механизмы «отрицание» и «интеллектуализация» с напряженностью 70 и 63% у мужчин, 58 и 61% у женщин. Общая напряженность защит (ОНЗ) $\leq 50\%$ ($p < 0,001$). Уровень тревоги (муж/жен): низкая 100/11.2%, умеренная — 0/58.3%, высокая — 0/20.5%.

При выборе нескольких методик для оценки степени депрессии мы руководствовались возможным влиянием фактора культуральной особенности (в частности у респондентов 1 группы) «сокрытия» жалоб, касающихся именно состояния депрессии, а так же состояния здоровья как психического, так и соматического. Учитывая тот факт, что опросник Цунга отображал данные основанные исключительно на субъективной оценке пациента, возникла необходимость контроля полученных результатов при помощи дополнительных методик. Уровень депрессии (муж/жен): легкая — 57,5/31,5%, умеренная — 32,5/51,4%, выраженная — 10/17,1%.

Выводы. Ведущий репертуар МПЗ у пациентов с параноидной шизофренией составляют «отрицание» и «интеллектуализация». «Интеллектуали-

зация», выступающая в роли одного из ключевых механизмов в процессе бредообразования. «Сужение» репертуара МПЗ влечет за собой повышение уровня тревоги. Депрессивная симптоматика характеризуется истощением всего комплекса МПЗ и регистрируется как снижение уровня ОНЗ. Кроме того на симптоматику депрессии, а именно на спонтанно предъявляемы жалобы и субъективное отношение к заболеванию, вероятно влияние культурального фактора. Учитывая тот факт, что тревожность сохраняется на фоне терапии, проводимой нейролептиками, можно сделать вывод, что данный аффект является первичным с развитием каскадной реакции «тревога — истощение защит — тревога», которая в итоге приводит к развитию эндогенной депрессии. Требуется дополнительного изучения вопрос, является ли депрессия следствием влияния самой шизофрении, в том числе в рамках диагноза постшизофренической депрессии, либо она предшествует развитию галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Существует необходимость разработки методик по дифференциальной диагностике тревожного-депрессивного синдрома при галлюцинаторно-бредовой симптоматике.

А.А. Ботбаев, И.К. Карпова, В.В. Полетаев.
**ИЗУЧЕНИЕ РЕПЕРТУАРА ОПЕРАЦИЙ МЫШЛЕНИЯ В
СТРУКТУРЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО - ВОЛЕВОГО ДЕФЕКТА
ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

*Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии,
Кыргызско – Российский Славянский университет, г. Бишкек
Научный руководитель: к. м. н., доцент А. С. Ким*

Актуальность обусловлена распространенностью заболевания, отсутствием однозначного мнения в вопросе развития эмоционально-волевого дефекта и его влияния на процессы адаптации у больных шизофренией; экономическими потерями государства.

Целью исследования явилось изучение превалирующего репертуара операций мышления у пациентов с шизофренией и определение его взаимосвязи с уровнем тревоги и депрессии.

Материал исследования составляет 40 лиц, имеющих инвалидность в связи с психическим расстройством. Методы исследования: тесты на операции мышления, шкалы: Спилбергера-Ханина, Цунга, Айзенка.

Таким образом, превалирующей операцией мышления у 100% пациентов является «обобщение» — $17,42 \pm 2,1$ балла; уровень «абстракции» составил $0,32 \pm 0,2$ балла ($p < 0,001$). Уровень тревоги у 100% пациентов характеризуется как высокий. Уровень депрессии: легкая — 57,5%, умеренная — 32,5%, выраженная — 10%. Интровертов — 80%, экстравертов — 20%.

Из полученных нами результатов, длительно существующий тревожно-фобический синдром характерен интровертированной ориентации личности. «Обобщение» при низком уровне «абстракции» в сочетании с интровертированностью приводит к срыву адаптации на социальном уровне. Эмоционально-волевой дефект является следствием адаптации экстравертированной личности в условиях социального функционирования, как больного с глубоким психическим расстройством. Эмоционально-волевой дефект для интровертированной личности является следствием адаптации на интрапсихическом уровне.

С.Ю. Бушман

ПРИЧИНЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ШОППИНГ-АДДИКЦИИ У ЖЕНЩИН

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., доцент Т. А. Шпикс*

Актуальность. Благодаря мощному развитию технологий, сферы потребления и рекламной отрасли, в настоящее время шоппинг стал неотъемлемой частью жизни. В соответствии с этим аддикция к трате денег или покупкам в последние несколько десятилетий приобрела особую актуальность. По данным различных зарубежных исследований, процент людей, страдающих от шоппинг-аддикции варьируется от 1,1% (Faber, O'Guinn) до 2-6% (Black) и продолжает неуклонно расти. Особенно сильно этой форме аддикции подвержены женщины (до 95% обследованных). В России шоппинг-аддикция изучена недостаточно полно, по причине её малой распространённости по сравнению с другого рода зависимостями, однако эта проблема существует и она актуальна. Шоппинг-аддикция может сочетаться с другими психиатрическими нарушениями или даже приводить к ним, что является тревожным знаком и дополнительным стимулом для более глубокого её исследования.

Цель. Установить причины, психологические механизмы, приводящие к возникновению шоппинг-аддикции. Изучить клинические проявления данной аддикции, её распространённость, обозначить возрастную или социальную группу с наибольшей склонностью к ней.

Методология. Анкетирование, классический опросник Спилбергера на тревожность, метод клинического интервью.

Материалы исследования. Были опрошены 144 женщины в возрасте от 18 до 50 лет, различных специальностей: медицинские работники, учителя, менеджеры, переводчики, работники фирм и студенты.

Результаты. После анализа анкет, была выявлена группа женщин (49%) с относительно выраженной склонностью к шоппингу, как способу снятия стресса или борьбы с депрессией. Из них 61% — женщины старше 30 лет, а 42% — находятся в браке или стабильных отношениях. Группа женщин старше 30 лет, состоящих в браке составила 38%.

Также была отмечена корреляция между заработком женщин и их склонности к трате денег: чем выше заработная плата тем больше выражена шоппинг-аддикция (около 90%).

Согласно результатам исследования, женщины, предпочитающие шоппинг как способ снятия напряжения, подвержены стрессам значительно чаще, чем те, которые выбирают отдых дома или в компании друзей — 23% и 11% соответственно.

Как было выяснено, 27% женщин, состоящих в браке и в большинстве своём старше 30 лет, не могут правильно распределять свой бюджет из-за внеплановых покупок.

В исследовании склонность к трате денег почти не встречалась, как самостоятельное нарушение. В 78% случаев она сочеталась с пищевой аддикцией, и ещё в 17% — с курением, употреблением алкоголя или иными способами борьбы со стрессом.

По результатам опросника личностной тревожности Спилбергера, умеренная или высокая тревожность преобладает среди женщин до 20 лет (30%), однако она, как правило, не связана с шоппинг-аддикцией. Вторая по величине группа с высокой тревожностью — 26%, старше 30 лет и в большинстве своём имеет склонность к компульсивным покупкам. Стоит также отметить, что одинокие женщины, склонные к данной аддикции (8%) только умеренно тревожны или не тревожны вовсе.

Выводы. Выделена группа женщин, (возраст больше 30 лет, замужние), со склонностью к шоппинг-аддикции. Установлена высокая тревожность женщин данной группы, их более частая подверженность стрессам. Шоппинг — аддикция коррелирует с заработком опрошенных женщин, а также почти не встречается отдельно, сочетаясь с другими аддикциями или способами снятия стресса.

А.Ю. Столярова

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРАХА И АГРЕССИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра клинической психологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: преподаватель И.В. Пономаренко

Актуальность темы. Проблемы страха и проявления агрессии актуальны для представителей любого возраста, но мы в данной работе будем

рассматривать младший школьный возраст. Это тот период, когда ребенок сталкивается с новой школьной обстановкой, новыми правилами, новыми социальными отношениями и формами общения.

Материалы и методы. С помощью проективной методики «Рисунок семьи» проведено исследование агрессии у детей с высоким показателем тревожности. В исследовании приняло участие 56 детей младших классов (28 девочек, 28 мальчиков).

Результаты исследования. Из всех детей 16 человек по тесту Филиппа показали высокий уровень тревожности (мальчиков — 9, девочек — 7), что составило 28%. 40 детей показали средний или низкий показатели по Тесту Филиппа. Далее проведено сравнение рисунков семьи детей с высоким и низким уровнями тревожности. Показано, что детям с высокой тревожностью свойственно на рисунках изображать агрессивные признаки, такие как зубы, когти и оружие. Так же в рисунках прослеживались и тревожные компоненты, что подтверждало результаты тестирования Филиппа.

Так же в ходе исследования было замечено, что дети не показавшие высокой тревожности по результатам теста Филиппа, на рисунках могли изобразить тревожные тенденции.

Следуя из полученных результатов исследования, мы можем говорить, что страхи детей младшего школьного возраста действительно может проявляться в агрессивном поведении.

Заключение. В настоящее время все больше возрастает число, событий, условий, ситуаций, объектов, которые пугают или потенциально могут быть пугающими для младшего школьного возраста. Именно этим можно объяснить тот факт, что агрессивное поведение, основанное на страхе является предметом научного исследования.

Детские страхи и как следствие агрессивное поведение чаще всего встречаются у эмоционально чувствительных детей, мнительных, беспокойных родителей, чрезмерно опекающих и предохраняющих их от любых, часто воображаемых опасностей, или, наоборот, у тех детей кому не достает родительской опеки и внимания.

В целом детская агрессивность является обратной стороной незащитности. Если ребенок чувствует себя незащищенным (например, когда его потребности в безопасности и любви не получают удовлетворения), в его душе рождаются многочисленные страхи. Стремясь справиться со своими страхами, ребенок прибегает к защитно-агрессивному поведению. Другим возможным способом преодоления страха может стать направление агрессии на самого себя. Можно заключить, что агрессивное поведение для детского возраста — достаточно обычное явление. Более того, в процессе социализации ребенка агрессивное поведение имеет ряд важных функций. В норме агрессивное поведение освобождает от страха, помогает отстаивать свои интересы, защищает от внешней угрозы, способствует адаптации.

Н.П. Беглякова

**ЭТАПЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ ТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
ГИСТРИОНИЧЕСКОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА:
ФОРМУЛИРОВКА ЗАДАНИЙ, ПИЛОТАЖНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАДЕЖНОСТИ ЧАСТЕЙ**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: С. В. Яичников*

Актуальность темы. Под личностным расстройством понимается неадаптивный паттерн поведения, формирующийся в раннем подростковом возрасте, сохраняющийся в течение всей жизни и приводящий к снижению уровня социального функционирования (Widiger, 2008). Распространенность лиц с личностными расстройствами по данным Американской психиатрической ассоциации 2008 года составляет 10%. Самыми часто встречающимися личностными расстройствами являются расстройства кластера В, в том числе и гистрионическое личностное расстройство.

Все личностные расстройства эго-синтонны, то есть сам человек с личностным расстройством обращается к специалисту только в том случае, если на его особенности личности накладываются какие-либо проблемы — конфликты, аддикции, тревожные расстройства и пр. Однако, множество проблем возникает у людей, непосредственно общающихся с человеком с личностным расстройством, например у родственников, или у преподавателей, работодателей, и пр. Поэтому, актуальным является создание диагностических инструментов для диагностики личностных расстройств, в частности для диагностики гистрионического личностного расстройства.

Цель работы. Конструирование теста для диагностики гистрионического личностного расстройства.

Результаты исследования. В качестве теоретического конструкта теста выбраны диагностические критерии гистрионического личностного расстройства, предложенные классификацией DSM-IV:

1. Постоянный поиск внимания и похвалы;
2. Постоянная озабоченность физической привлекательностью;
3. Дискомфорт в ситуациях, когда человек не является центром внимания;
4. Преувеличенное выражение эмоций;
5. Фиксированность на самом себе;
6. Постоянная демонстрация сексуальной привлекательности вне зависимости от ситуации.

В ходе исследования нами было обследовано 35 человек. Группа представлена студентами НГМУ в возрасте от 19 до 27 лет. При обработке результатов пилотажного исследования нами была проведена оценка одно-

ментной надежности (по формуле Спирмена – Брауна), которая составила $R_{xx} = 0,86$, что говорит о высокой одномоментной надежности. Были доказаны конструктивная, концептуальная (теоретическая), содержательная, текущая виды валидности. Трудность теста (T_r) — 46%; Коэффициент вариации (V) — 0,52, 0,76, 0,47, 0,50, 0,43, 1,06. Была поведена первичная стандартизация тестовых баллов.

Выводы: Предложенный тест обладает высокими психометрическими характеристиками и может быть рекомендован для диагностики гистрионического личностного расстройства.

А.А. Киселева

КОНСТРУИРОВАНИЕ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОШКОЛЬНИКОВ

Кафедра клинической психологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: С. В. Яичников

Актуальность темы. Дошкольный возраст является уникальным и решающим периодом развития ребенка, когда возникают основы личности, складывается воля и произвольное поведение, активно развивается воображение, творчество, общая инициативность.

Игра является ведущим видом деятельности у детей дошкольного возраста.

Игра способствует развитию в таких сферах, как когнитивное, социальное, физическое и эмоциональное. В игре ребенок также познает взаимоотношения между людьми.

Цель исследования: создание проективной методики для диагностики уровня развития игровой деятельности.

Результаты исследования. Нами была создана проективная методика диагностики уровня развития игровой деятельности. Возраст испытуемых составляет от 3 до 6 лет, из них мальчиков — 17, девочек — 30. В центре листа испытуемым предлагалось нарисовать круг, в кругу предлагается нарисовать те игры, в которые они желают играть, а за кругом те игры, в которые им приходится играть. Методика ориентированная на выявление предпочтений детей в игре характерной в постсовременном обществе. Для оценки уровня развития игровой деятельности нами были выделены следующие критерии оценки:

1. Действия с определенными предметами, направленные на соучастника игры

2. Предметно-манипулятивные игры

3. Ролевые игры

4. Выполнение действий, связанных по отношению к другим людям.

При проведении пилотажного исследования нами был выделен дополнительный критерий: смешанные игры — совокупность предметно-манипулятивной и ролевой игры в контексте постсовременной культуры, выражающиеся в имитации ролевой игры при помощи современных устройств. В эту группу входят такие игры как: компьютер, сотовый телефон, различные гаджеты. Распределение испытуемых по уровням развития игровой деятельности: смешанные игры — 17 испытуемых; предметно-манипулятивные игры — 20 испытуемых; ролевые игры — 10 испытуемых. В ходе исследования нами проводились дополнительные методики такие как: «клиническое интервью», «картинки предпочтения», «наблюдение».

Выводы. По результатам методики диагностики уровня развития игровой деятельности можно сказать, что испытуемые показали высокие результаты на предпочтение предметно-манипулятивной игре, что не характерно для возраста испытуемых (средний возраст испытуемых 5 лет). Дополнительные методики также показали высокие результаты на предпочтение предметно-манипулятивной игры, что подтверждают результаты методики диагностики уровня развития игровой деятельности. Выявляется крайне низкий уровень распространенности ролевой игры, характерной для возраста испытуемых, основываясь на схеме Д.Б. Эльконина, что может свидетельствовать об отсутствии перехода направленности ведущей деятельности от «человек-предмет» к «человек-человек» в большинстве случаев.

К. К. Коробкова

ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ И ОКРУЖАЮЩИМ В КОНТЕКСТЕ ПОЛОРОЛЕВЫХ ОТНОШЕНИЙ

Кафедра клинической психологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю.В.Сарычева

Актуальность темы. Человек, живущий в той или иной культуре, не может существовать в отрыве от нее и соотносит свое поведение с присутствующими этой культуре стереотипами, в том числе с полоролевыми. В современной постмодернистской культуре идет своего рода амбивалентность: с одной стороны есть тенденция к маскулинизации общества, т.е. типично женские, феминные черты не приветствуются ни у мужчин, ни у женщин. С другой стороны среди мужчин растет число метросексуалов (Бендас Т.В., 2005). Искажение полоролевых стереотипов может существенно вли-

ять на отношения полов между собой, и отношение человека к себе как представителю того или иного пола. Уровень самооценки, особенность взаимоотношений с другими людьми невозможно рассматривать в отрыве от внутреннего восприятия образов своего Я, мужчины и женщины.

Цель работы: изучить особенности отношения к себе и окружающим в контексте полоролевых отношений. Материалы и методы исследования: Экспериментально-психологические методы (СМИЛ, адаптация Собчик Л. Н., проективная методика «Рисунок человека», адаптация Карен Махвер), статистическая обработка и анализ данных.

Результаты исследования. Всего было обследовано 45 человек. Из них 40 девушек, и 5 юношей. Средний возраст испытуемых 18,1 лет (студенты психологического факультета). У испытуемых были изучены уровень самооценки и отношение к окружающим. Проанализировав результаты дополнительных шкал «Отношение к себе» и «Отношение к окружающим», было установлено, что большинство испытуемых (69% и 91% соответственно) имеют адекватный уровень самооценки, и умения находить баланс между своими потребностями и потребностями окружающих. При анализе методики «Рисунок человека» было выделено две группы испытуемых: 1 гр. с идентификацией себя с противоположным полом (34 чел., 75%), 2 гр. с идентификацией себя со значимым лицом противоположенного пола (11чел., 25%). Для вычисления углового преобразования Фишера (ϕ^*) были выделены наиболее встречающиеся в рисунках признаки. Снижение по шкале «феминности-маскулинности» достоверно выше, где испытуемые идентифицируют себя с противоположным полом, а игнорирование сексуальных потребностей имеет тенденцию к повышению в группе с идентификацией со своим полом. У юношей наблюдается страх контакта с другими людьми, страх контакта с собой, контроль эмоции и потребностей, высокая тревожность, сложности контакта с противоположным полом. У девушек имеется стремление к феминизации противоположного пола, интерес к сексуальной сфере, но в тоже время стремление контролировать сексуальные импульсы. В 50% рисунков имеется контакт с мужской и женской фигурой. Оценка взаимосвязи между уровнем самооценки, отношением к окружающим и результатов по шкале «феминность-маскулинность», был проведен корреляционный анализ шкал СМИЛ, взаимосвязь обнаружилась только между «Отношением к себе» и «Отношением к окружающим». То есть уровень самооценки положительно коррелирует с отношением к окружающим людям, и чем выше один признакам, тем выше другой. Выявленные особенности рисунка, и стоящие за ними внутриличностные конфликты и трудности межличностных контактов помогут в разработке психопрофилактических и коррекционных программ.

И.Н. Куллина
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И
РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ У ЛИЦ
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*Кафедра клинической психологии, Новосибирский государственный
медицинский университет*

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю.В. Сарычева

Актуальность. Интернет-аддикция определяется как зависимость от неоправданно долгого, возможно патологического, пребывания в Интернете, оказывающая пагубное воздействие на бытовую, учебную, социальную и психологическую сферы. Данная форма аддикция сопровождается значительными личностными изменениями, происходит формирование дегуманизированной интернет-аддиктивной личности, в функционировании которой заложена аутодеструкция. Одним из важнейших факторов, влияющих на возникновение интернет-аддикции является тип детско-родительских отношений. Риск развития аддиктивного поведения, с точки зрения современных представлений, во многом связан с условиями воспитания в детском периоде жизни.

Цель исследования: выявить взаимосвязь детско-родительских отношений и риска возникновения интернет-аддикции у лиц молодого возраста.

Задачи исследования: 1) Оценить риск возникновения интернет-аддикции у лиц молодого возраста; 2) Оценить и выявить виды детско-родительских отношений у лиц молодого возраста; 3) Выявить взаимосвязь типов детско-родительских отношений и риска возникновения интернет-аддикции у лиц молодого возраста

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры клинической психологии Новосибирского Государственного Медицинского Университета. В исследовании принимало участие 30 студентов первого курса, из них 5 мужского пола и 25 женского, в возрасте от 17 до 22 (средний возраст 17,6 лет). Все испытуемые заполнили опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» («ADOR») и тест Кимберли Янг «Интернет-зависимость».

Результаты исследования. При оценке риска возникновения интернет-зависимости выявлено, что только у 6,7% обнаружен высокий риск интернет-аддикции, но было выявлено, что 43,3% имеют средний риск.

В ходе проведения методики «ADOR» было выявлено, что для 50% родителей, по мнению их детей характерен автономный тип детско-родительских отношений, а для 43% родителей — непоследовательный.

При проведении корреляционного анализа была выявлена прямая корреляция между непоследовательным типом детско-родительских отношений отца, а так же автономным типом отношений матери и риском возникновения интернет-аддикции у лиц молодого возраста ($r = 0,5$; $p < 0,5$).

Проведенное исследование предоставляет нам возможность разработать новые методики коррекции и профилактики возникновения интернет-аддикции.

И.А. Курусь
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ
ОТНОШЕНИЙ И ПРЕОБЛАДАЮЩИХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ
В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю.В. Сарычева*

Актуальность. Работа с детско-родительскими отношениями — одно из самых давних направлений работы в практической психологии. Изменения во всех сферах общественной жизни накладывают отпечаток на процесс адаптации молодежи, обуславливают значительную вариативность ее отношений к жизни, способствуют пересмотру жизненных ценностей. В связи с этим актуальной является проблема способов преодоления жизненных трудностей, выбора эффективных стратегий совладающего поведения как механизма адаптации к изменяющимся социальным условиям, особенно в юношеском возрасте.

Цель исследования: изучить взаимосвязь детско-родительских отношений и преобладающих копинг-стратегий в молодом возрасте.

Методы исследования:

- 1) анализ литературы,
- 2) экспериментально-психологический,
- 3) обработка данных (статистический метод),
- 4) интерпретационный (описательный).

Результаты исследования. Семья является источником патогенных ситуаций. Копинг-поведение представляет собой мощный личностный ресурс, полезный для преодоления жизненных ситуаций, оно развивается и меняется в зависимости от взаимодействия с социальным окружением, со значимыми взрослыми и семьей. Копинг ресурсы обозначают успешную адаптацию к жизненным стрессам. Среди копинг-стратегий в молодом возрасте преобладают самоконтроль (54%), планирование (54%), положительная переоценка (46%). Большинство используют неадаптивные или частично адаптивные стратегии. Среди оценки отца преобладает автономность (66%-девочки, 56% мальчики). Среди оценки матери девочками преобладают автономность (62%), непоследовательность (59%). Мальчики оценивают мать как враждебную (100%). Преобладание таких типов отношений усиливают риск дезадаптации. Выявлен риск социальной дезадаптации. Часть

испытуемых имеют общую плохую приспособляемость (18% испытуемых), хроническую трудность адаптации (7,7%). Большинство имеют низкую толерантность к стрессу (74,4%). Имеются личностные особенности предопределяющие высокий риск социальной дезадаптации. Установлена, достоверная корреляция между непоследовательностью матери, отца и копингом «положительная переоценка», непоследовательностью матери и конфронтацией, между враждебностью отца и «планированием». Вероятностные корреляции между непоследовательностью матери и копингом «конфронтация», между враждебностью отца и «поиском социальной поддержки», «планированием», непоследовательностью отца и «планированием», между а-первым фактором и автономностью матери, позитивным интересом матери, между толерантностью к стрессу и «бегством-избеганием».

Выводы. Имеется взаимосвязь между совладающим поведением и особенностями детско-родительского отношения. Необходима проработка детско-родительских отношений для усиления адаптивных возможностей.

А. В.Ларин

ЭТАПЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ ТЕСТА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАДЕЖНОСТИ ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ ФОРМ ОПРОСНИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА

Кафедра клинической психологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Ю. Ласовская

Актуальность. При создании нового диагностического инструмента в обязательном порядке определяются его психометрические характеристики. Надежность — крайне сложное и многоплановое понятие, одна из функций которого — оценить постоянство тестовых испытаний. Надежность должна обосновывать ошибку измерения — она должна показывать, какая часть изменчивости показателей ошибочна.

Для установления надежности теста рекомендуется несколько способов:

1. Повторное проведение испытаний тем же тестом через какой-то срок, длительность которого определяется характером теста и задачами исследования (ретестовая надежность).
2. Проведение двух эквивалентных форм теста.
3. Расщепление теста (надежность частей теста) (Гуревич Г.М., 2008).

Проведение двух эквивалентных форм теста дает экспериментатору совершенно особую информацию — это информация о том, насколько близки по существу две различные формы теста, два его варианта. Если две формы дали при испытаниях близкие или одинаковые результаты на избранной выборке, из этого следует, что при разработке теста найден достаточно отчет-

ливый психологический принцип, положенный в основу диагностических инструментов, что позволяет использовать их позднее как взаимозаменяемые (Гуревич Г.М., 2008). Надежность параллельных форм определяется как коэффициент корреляции между показателями по одной и другой форме теста, результаты которых получены при двух отдельных процедурах тестирования через какой-то временной интервал (Клайн П., 1994).

Цель работы. Определить надежность параллельных форм опросника для диагностики пограничного личностного расстройства (Т.Ю. Ласовская, Ц.П. Короленко, С.В. Яичников) «А» и «С». В создании формы «С» приняла участие психолог ГУФСИН НСО Киргинцева О.В. (2005-2006гг).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 17 подростков (средний возраст 15 лет), находящиеся в центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей. Все испытуемые заполнили «Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства» форму «А» (80 вопросов) и форму «С», разработанную для подростков, находящихся в месте лишения свободы (56 вопросов) с интервалом 1-2 недели.

Результаты исследования. Показано, что коэффициент корреляции суммарного балла по формам опросника составил 0.98. Это говорит о том, что при конструировании основной формы «А» найден удачный теоретический конструкт, положенный в основу диагностического инструмента. Другое объяснение — это минимальный интервал тестирования, обусловленный небольшими сроками содержания подростков в центре.

Выводы. Надежность параллельных форм «А» и «С» составляет 0.98. Это означает, что эти две формы являются взаимозаменяемыми и могут быть использованы на любом контингенте подростков.

Е.В.Лычагина

КОМОРБИДНОСТЬ ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА И АДДИКЦИЙ

*Кафедра клинической психологии, Новосибирский государственный
медицинский университет*

Научный руководитель: к.м.н, доцент Т. Ю. Ласовская

На базе личностных расстройств часто возникают аддикции, и в этих случаях, если лечение ограничивается фиксацией только на аддиктивной проблеме, а наличие личностного расстройства пропускается, эффект анти-аддиктивной терапии оказывается кратковременным и разочаровывает лиц, которые надеялись на другой результат.

Лица с пограничным личностным расстройством (ПЛР) проявляют выраженную тенденцию к аддиктивным реализациям (S. Stewart и др.). Употребление веществ, изменяющих психическое состояние, связано у них обычно со стремлением смягчить или устранить неприятные эмоциональ-

ные переживания, а также нередко является компонентом в структуре импульсивности. В последнем случае аддиктивные реализации особенно интенсивны и социально опасны. На фоне интоксикации алкоголем и другими веществами усиливается риск самоповреждающего поведения, несчастных случаев, физической и сексуальной травматизации (D. Meickerbaum et all.). Прекращение аддиктивных реализаций при пограничном личностном расстройстве эквивалентно безопасности и является базисной линией терапии при двойном диагнозе. Двойной диагноз при личностных расстройствах включает не только аддиктивные нарушения, но и большой диапазон других патологий, которые способны оказывать влияние на клиническую картину и динамику самого личностного расстройства, одновременно находясь под влиянием последнего.

Bernardi S., Pallanti S., изучали структуру коморбидности при интернет аддикции и личностных расстройствах: ПЛР определялось в 14% случаев.

Gunderson, 2001 приводит следующие данные о коморбидности пограничного личностного расстройства и химических зависимостей: у лиц с алкогольной аддикцией ПЛР встречается от 16 до 22% случаев; среди опийных наркоманов ПЛР определяется от 5 до 45% случаев (Gunderson, 2001).

Serman (2002) и соавт. исследовали аддиктивное поведение у подростков с разными видами личностных расстройств. Подростки с ПЛР в возрасте от 15 лет достоверно чаще употребляют алкоголь и имеют высокую интенсивность курения (Serman et al., 2002).

Becker DF. и соавт. (2006) провели исследование, в котором показали связь между клиническими проявлениями ПЛР у подростков и расстройствами по I-ой оси. Так, наличие суицидальных угроз (или действий) и чувство пустоты являются предикатами депрессии и алкогольной зависимости; диффузная идентичность, плохой контроль гнева и эмоциональная нестабильность — предикаты тревожных расстройств; импульсивность в сочетании с диффузной идентичностью — предикаты химических аддикций. Степень связи между клиническими проявлениями и нарушениями по I-ой оси составляет 67%.

К.В. Носик

ОЦЕНКА ДЕПРЕССИИ, ДИССОЦИАЦИИ И СИМПТОМОВ ПТСР У МИГРАНТОВ-СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ

Кафедра клинической психологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Н. Султанова

Актуальность. Развал Советского Союза привел к тому, что русские, считавшие себя гражданами единого государства, имевшие одинаковые права и свободно перемещавшиеся в его пределах, оказались оторванными от

основной массы своего этноса и помимо своей воли, «в одночасье» превратились в иностранцев.

В 1974 г. канадскими психологами Дж.Берри и Р.Аннис в качестве одного из видов стресса, который испытывают мигранты на новом месте, был описан так называемый «стресс аккультурации» (Berry J. 1986). В рамках клинического подхода стресс аккультурации рассматривался вначале как форма аномической депрессии (аномия — утрата ценностей и норм). (Jiles, 1982). Позже Дж. Вестермайер представил стресс аккультурации как отдельный синдром, сочетающий в себе депрессивные, параноидные и тревожные симптомы. Он считал, что при такого рода расстройствах малоэффективны как фармакологические, так и социальные или психологические вмешательства (Westermeyer, 1989). Актуальность изучаемой проблемы подчеркивается тем фактом, что в настоящее время уделяется серьезное внимание на необходимость оказания всесторонней помощи и поддержки соотечественникам. Это сложная стрессовая ситуация, заставляющая адаптироваться человека к условиям новой социальной среды. Ситуация такой миграции является для человека экстремальной, она требует психологической готовности в совершенно новой социальной среде.

Цель работы. Оценить уровень депрессии, диссоциации и симптомы ПТСР у мигрантов-соотечественников.

Материалы и методы. Для оценки уровня депрессии был использован опросник депрессивности Бека и шкала Цунга, для диагностики уровня диссоциации — шкала диссоциации и с целью выявления симптомов ПТСР — шкала для клинической диагностики ПТСР.

Результаты. Исследование проводилось с ноября 2011 года по февраль 2012 года в УФМС России по Новосибирской области Средний возраст по всей группе — 34 год ($\pm 1,7$). По методу случайной выборки было исследовано 58 человек, прибывших из разных регионов (основная часть из Казахстана — 60%, а также из Узбекистана, Кыргызстана, Молдовы, Таджикистана, Украины и т.д.). По гендерному составу выраженных различий не выявлено. По социальному статусу до миграции преобладали служащие и предприниматели. Большинство мигрантов имеют семьи (свыше 80%). Изучение уровня депрессии по опроснику депрессивности Бека и по шкале Цунга выявило наличие симптомов депрессии у 14% исследуемых, что проявлялось в пониженном настроении, разочаровании при мыслях о будущем, неудовлетворенности жизнью, повышенной раздражительности, нарушении сна и обеспокоенностью своим здоровьем. При исследовании уровня диссоциации у соотечественников было обнаружено, что средний уровень по всей группе равен восьми. У 24% обследованных значения выше 11,0, что является диагностическим показателем (по Тарабриной Н.В., 2001). При изучении результатов шкал на определение уровня ПТСР обнаружено, что значения по Миссисипской шкале соответствуют «норме» по беженцам (общий балл — 79,70), которые представлены в литературе (по Тарабриной Н.В., 2001).

И.Ю. Климова*, И.А. Пономарёва*
**КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ
УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ НА РАННИХ
ЭТАПАХ ЗАВИСИМОСТИ**

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. А. Старичков*

Актуальность исследования. Психические расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов (F12) представляют собой значимую проблему не только для наркологии, но и для общества в целом. За последние десять лет употребление производных конопли среди молодежи значительно увеличилось. По данным различных авторов более 60% людей в возрасте от 18 до 24 лет пробовали употреблять наркотики. Около 20% молодежи регулярно употребляют препараты конопли. [Аведисова А. С., Бородин В. И., 2005]. Столь широкое распространение наркомании связано с мнением о том, что данные каннабиноиды являются «лёгкими» наркотиками, и якобы не представляют особой опасности для психического и физического здоровья [Кошкина Е.А., 2008, Потапов А.В., 2010].

Цель исследования. Определение выраженности расстройств, связанных с употреблением каннабиноидов и степени выраженности зависимости на ранних этапах употребления.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди 70 молодых людей (мужского и женского пола) в возрасте от 18 до 25 лет, имевших опыт употребления каннабиноидов до 6 месяцев (на базе ГБУЗ НСО «Новосибирский областной наркологический диспансер»). Для исследования применялся CANNABIS-UDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test) [Линский И.В. и др., 2009] — тест (опросник). В ходе анализа результатов опроса по данному тесту определялось четыре условных уровня, отражающих степень пристрастия к приёму каннабиноидов и психических расстройств, связанных с этим.

Результаты исследования. Первый уровень теста «увлеченность употребления каннабиноидами» был зафиксирован у 4,28% (троих испытуемых). Испытуемые данной группы употребляют каннабис один раз в месяц и реже, не более одной сигареты. Отмечается отсутствие тяги к употреблению наркотика. Второй уровень теста («пристрастие к употреблению каннабиноидов») — 18,57% случаев (13 чел.). В данной категории отмечается наличие желания употреблять каннабиноиды 2-4 раза в месяц. Характерны жалобы на головную боль, снижение памяти, внимания, наличие желания вновь попробовать наркотик. Третий уровень теста («этап формирования зависимости») — 31,43% (22 чел.); такие испытуемые нуждаются в употребле-

нии наркотика 2–3 раза в неделю, кратность употребления в сутки в среднем до трех раз. Отмечается формирование абстинентного синдрома. Жалобы на одышку, сердцебиение, головную боль, головокружение, тревогу, беспокойство, снижение памяти, внимания, раздражительность, агрессивность, эпизодически возникающие «голоса», подозрительность, иногда — идеи преследования. Четвертый уровень теста («сформированная зависимость») — 45,72% (32 чел.). Кратность употребления наркотика 4 и более раз в неделю, в течение суток количество выкуренных сигарет 5–6 и более, отмечается компульсивное желание курить «косяк за косяком», неспособность отказаться от наркотика, выраженная тревога, беспокойство, часто — паника, идеи преследования, «голоса» различного содержания, неустойчивое настроение, раздражительность, агрессивность, склонность к противоправным поступкам, продолжение приема вещества, несмотря на ухудшение состояния.

Выводы: При употреблении каннабиноидов уже на ранних этапах (длительность приёма до 6 мес.) почти в половине случаев (45,72%) отмечается сформированная наркоманическая зависимость, что требует ранней диагностики, терапии и эффективной профилактики данной патологии.

М.А. Грабов*

АРТ-ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор М. Ю. Наров*

Актуальность исследования. Арт-терапия — (лат. *ars* — искусство, греч. *therapeia* — лечение) — метод психотерапии, который состоит в общении пациентов к искусству. Считается, что лечебное действие оказывают при этом явление катарсиса, связанное с эмоциональной разрядкой, «духовным» очищением, специфическими эстетическими переживаниями, приводящими к самоудовлетворению и переводу актуальных для пациента потребностей из низшего регистра в высший. Арт-терапия обладает значительным потенциалом по сравнению с классическими психотерапевтическими подходами. Это позволяет рассматривать её для решения вопросов лечения и реабилитации лиц с некоторыми химическими аддикциями, например наркоманиями. Преимущества арт-терапии перед другими методами психотерапевтической работы с наркозависимыми неоднократно отмечались в отечественной и зарубежной литературе (Adelman E., Castricone L., 1986; Cantopher T., 1999; Копытин А.И., Богачев О.В., 2008) Несмотря на относительную ограниченность опыта такой работы, имеющиеся научные

данные говорят о ее достаточной эффективности в решении комплекса задач, связанных с их лечением и реабилитацией. В частности, групповая арт-терапия обладает целым рядом преимуществ перед другими формами психологической помощи наркозависимым в ремиссии, обеспечивая не только возможность выражения различных переживаний и укрепления психологической автономности участников занятий, но и развитие разнообразных социальных навыков, что имеет решающее значение для психосоциальной адаптации и поддержания устойчивой ремиссии. (Богачев О.В., 2007). Актуальность данной темы определяется необходимостью подбора новых психотерапевтических методов лечения пациентов, страдающих химической аддикцией.

Цель исследования. Оценить влияние метода групповой арт-терапии на психо-эмоциональные характеристики пациентов с химической аддикцией.

Материалы и методы. Группа, состоящая из 24 пациентов «Новосибирской наркологической больницы № 1» с наркотической зависимостью, находящихся на разных этапах ремиссии, отвечающим критериям МКБ-10. Использованы тесты «Шкала депрессии Бэка» и «Ситуативной и личностной тревожности», и применение групповой арт-терапии в следующих техниках: «Создание мандал», «Изображение животного в комфортной для него среде обитания», «Групповой рисунок».

Результаты исследования. По данным первичного проведения теста «Ситуативной и личностной тревожности» из 24 пациентов: у 18 (75%) показатели соответствовали категории «низкие», у 6 пациентов (25%) — «средние». Первичное применение теста «Шкала депрессии Бэка» показало, что из 24 пациентов: у 20 (83,3%) оценки по шкале превышали 26 баллов, что соответствовало выраженной депрессии, у 4 пациентов (16,7%) оценки находились в диапазоне 18-26 баллов, что соответствовало умеренно выраженной депрессии. Повторное применение теста «Ситуативной и личностной тревожности» показало, что из 24 пациентов: у 19 (79,2%) динамика была положительной со снижением обеих шкал, у 5 пациентов (20,8%) динамики не наблюдалось. Повторное применение теста «Шкала депрессии Бэка» показало, что из 24 пациентов (100%): у 17 (70,8%) динамика была положительной, у 7 пациентов (29,2%) динамика отсутствовала.

Выводы: полученные результаты проведённого исследования говорят о положительном влиянии сеансов групповой арт-терапии на психоэмоциональное состояние пациентов с химической аддикцией, что свидетельствует об эффективности метода. По данным исследования можно сделать заключение, что в значительном проценте случаев удалось повысить уровень их психологической адаптации в период исследования.

А.М. Карпушкин*
**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К
ДИССОЦИАТИВНЫМ И КОНВЕРСИОННЫМ
РАССТРОЙСТВАМ**

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор А.А. Овчинников*

Постановка диагноза конверсионного и диссоциативного расстройства всегда была связана с определенными противоречиями. В DSM-IV конверсионное расстройство было включено в группу соматоформных расстройств, наряду с соматизированным расстройством, ипохондрическим расстройством, дисморфобией и болевым расстройством. Диссоциативные расстройства, включающие диссоциативную амнезию, диссоциативную фугу, диссоциативное расстройство идентичности и деперсонализационное расстройство в этой классификации занимают отдельную нишу. В МКБ-10 конверсионное расстройство подпадает под объединенную категорию диссоциативных и конверсионных расстройств, при этом соматоформным расстройствам отведена отдельная категория. Данные противоречия связаны с общими нозологическими корнями конверсионных и диссоциативных расстройств и частым сочетанием как диссоциативных, так и конверсионных нарушений одновременно у одних и тех же пациентов. В то же время, различия в клинике диссоциативных и конверсионных расстройств, а также отличия существующих защитных механизмов, сформированных у лиц, страдающих данными расстройствами, обуславливают различную психотерапевтическую тактику и требуют дифференцированного подхода к каждому пациенту.

Ключевой задачей в терапевтическом подходе к пациенту с конверсионным расстройством является установление терапевтического альянса и обеспечение пациенту условий, в которых возможно возвращение к нормальному состоянию без «потери лица». Именно поэтому важно, чтобы медицинский персонал избегал ставить ярлыки на таких пациентах, описывая их как манипулирующих, зависимых и преувеличивающих свои трудности. Конверсионные симптомы, особенно имеющие острый характер, могут подвергаться спонтанному разрешению под воздействием разъяснений и внушений. Наиболее распространенным методом психотерапевтического воздействия на пациентов с конверсионными нарушениями в настоящее время является когнитивно-поведенческая терапия, которая обычно проходит в виде краткосрочной психотерапии, главным образом нацеленной на преодоление выявленных проблем и достижение определенных целей. Успешная практика КБТ требует, чтобы терапевт культивировал особый тип отношений с пациентом. Эти отношения отличаются от обычных взаимоотношений по типу врач-пациент и скорее похожи на отношения ученика и наставника. Терапевт и пациент работают вместе и вместе выявляют, как текущее поведение и образ мыслей пациента влияет на проблему и какими способами

можно добиться позитивных изменений. Таким образом, основной целью КБТ будет изменение поведения и осознание пациентом своего состояния.

В отношении большинства форм патологической диссоциации сформулировано несколько принципов, пригодных для их определения. Во-первых, диссоциативную реакцию сопровождают изменения идентичности индивида, которые принимают различные формы — от полной утраты воспроизводить информацию касающуюся самоидентификации, до существования нескольких самостоятельных идентичностей. Во-вторых, воспроизведение в памяти воспоминаний, касающихся событий, происходивших во время переживания диссоциативного состояния, будет существенно нарушено. В третьих, имеющиеся данные позволяют сделать вывод о том, что подавляющее большинство случаев диссоциативных расстройств вызвано серьезной психической травмой. Главными задачами терапевта при работе с диссоциативными индивидами являются установление терапевтического альянса, содействие необходимым изменениям в пациенте с последующим переходом от внутреннего разделения и конфликта к некоторым формам функционального единства.

А.С. Кравченко*
ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор М.Ю. Наров*

Актуальность проблемы. Патологическое влечение к азартным играм (F63.0) широко распространено в современном мире. Игроманию (гейм-бллинг) специалисты традиционно рассматривают как психическое расстройство, требующее терапевтического вмешательства. По данным статистики (ВОЗ) патологическим игроком в последнее время становится каждый двухсотый участник игры, чаще всего мужчины в возрасте от 15 до 30 лет. Это связано с внедрением в жизнь человека информационных технологий (компьютеры, глобальная сеть Интернет), а также построенных с использованием указанных технологий различных электронно-механических автоматов для отдыха и развлечений. В дальнейшем процент страдающих игровой зависимостью будет увеличиваться (Карпов А.А., Козлов В. В., Мазилев В. А., 2009).

Цель исследования. Исследование и выявление признаков игровой зависимости у подростков 14–15 лет. Разработка комплексных профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Исследованы 25 подростков (мужского и женского пола) в возрасте от 14 до 15 лет, учащиеся МБОУ СОШ № 160. Для исследования применялся тест по А. Котлярову.

Результаты исследования. Распространенность игровой зависимости среди испытуемых составила 44 %. Выявлена низкая дифференцированность самосознания, незавершенность процессов идентификации «Я», недостаточная психологическая автономия и склонность к пассивно-созерцательному стилю поведения. На клиническом уровне указанные признаки можно оценить как проявления психического инфантилизма. Важно подчеркнуть, что в основе описанных явлений лежат динамические когнитивные нарушения, которые во многом определяют условия формирования патологических пристрастий. Спектр этих нарушений достаточно широк. Наряду с перечисленными, среди них следует указать на парциальную некритичность, магическое мышление, нарушение способности к прогнозированию и опосредованию. Кроме того, имеется неустойчивость внимания, нарушения сна и психомоторные нарушения.

Выводы. Отмечено достаточно высокое распространение игровой зависимости среди группы испытуемых (44%), что является прогностически неблагоприятным фактом. Превентивно, требуется особое внимание психиатров, психологов, психотерапевтов, социальных работников к подросткам изученной возрастной группы с целью ранней диагностики, терапии и эффективной профилактики данной патологии.

К.В. Патока, А.Ю. Ратушная
ТИПЫ ЛИЧНОСТИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор М. Ю. Наров*

Актуальность исследования. В медицинской, а особенно в психиатрической литературе, давно обсуждается проблема «личность и болезнь» (Залуцкий И. В., Махнач Л. М., Жуковец А. Г., Шишковская О. А., 2010). Отмечается, что в создании субъективной картины болезни, в реакциях на заболевание задействованы все компоненты личности человека. При этом субъективная картина заболевания не возникает непосредственно в момент, когда человек узнает о своем заболевании. Она формируется постепенно и способствует значительной перестройке мотивационной сферы личности. Как известно, осознаваемый факт имеющегося диагноза онкологического заболевания у многих больных является причиной хронического стресса и фрустрации. Сопутствующие психологическому стрессу отрицательные эмоции, отрешенность или депрессия могут усугублять течение болезни. У людей знания о раке избивают предрассудками и мифами, которые негативно влияют на драматизм ситуации болезни. Следует помнить, что не только течение заболевания, но и социально-психологическая реабилитация больного, возвращение его к активной полноценной жизни, снижение риска по-

462

вторного заболевания, во многом зависит от отношения человека к болезни, его активной позиции, направленной на борьбу с недугом. (Чулкова В. А., Моисеенко В. М., 2009)

Цель исследования. Изучение типов личности онкогинекологических больных и разработка реабилитационной программы.

Материалы и методы. Обследовано 50 женщин в возрасте от 28 до 73 лет, находившихся на лечение в гинекологическом отделении НГООД по поводу рака шейки матки и рака тела матки. Типы личности изучались на основе отношения к пациентам к своей болезни, которое выявлялось при помощи «Личностного опросника Бехтеревского института» (далее — ЛОБИ).

Результаты исследования. Согласно ЛОБИ, выделяют 13 типов личности: гармоничный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, обсессивно-фобический, сенситивный, эйфорический, анозогностический, эргопатический, паранойяльный, эгоцентрический. В ходе данного исследования выявлено, что среди обследованных больных преобладают такие типы личности как тревожный — 14 чел. (28%), неврастенический — 10 чел. (20%), меланхолический — 8 чел. (16%). Затем идут сенситивный тип — 5 чел. (10%), ипохондрический — 5 чел. (10%), эгоцентрический — 3 чел. (6%), обсессивно-фобический — 3 чел. (6%), апатический — 1 чел. (2%), анозогностический — 1 чел. (2%). Гармоничный, эйфорический, эргопатический, паранойяльный типы отсутствовали.

Выводы: в результате исследования можно обоснованно заключить, что развитие онкогинекологических заболеваний чаще отмечается у лиц с дезадаптивным типом личности, демонстрирующих такие особенности как тревожность, эмоциональную неуравновешенность, раздражительность, нетерпеливость, пониженное настроение, повышенную восприимчивость, мнительность, недоверчивость. Такая картина внутреннего мира пациентов указывает на психопатологическое развитие личности в донозологическом (по основному заболеванию) периоде. Кроме того, стресс и депрессия в результате тяжести онкологического заболевания может деформировать представление пациентов о себе как о личности. Таким образом, консультировать подобных больных должен не только онкогинеколог, но и специалисты психолого-психиатрической сферы.

И.А. Пономарёва*, И.Ю. Климова*

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор А.А. Овчинников*

Актуальность исследования. Послеродовая депрессия (F 53.0) представляет собой значимую проблему как для рожениц и здравоохранения, так

и для общества в целом. По данным анкетирования ВОЗ за 2007 год, распространенность послеродовой депрессии колеблется от 10 до 15% [Кашавцев А.Г., 2005; Ковальчук Е.А, 2007]. Исследование данной проблемы весьма актуально, так как послеродовая депрессия часто разрушает диадку «мать-дитя», что сказывается на развитии ребенка в ранний период его жизни, частично определяющий его будущее. Около 40% детей родителей с аффективными расстройствами, связанными с рождением, в тот или иной период взрослой жизни, обращаются за психиатрической помощью [Анисимова Т.И., 2007]. Матерям, страдающим депрессией, кажется, что они не способны справиться со своим ребенком и «бременем» материнства в целом, что нарушает гармонию их взаимодействий. Послеродовая депрессия повышает риск возникновения депрессии в будущем (как у матери, так и у ребёнка), поэтому она может быть маркером общей подверженности депрессии. Отдельного внимания заслуживают трудности в выявлении данного заболевания. В большинстве случаев послеродовую депрессию не признают ни мать, ни её окружение, так как по определению, рождение ребёнка должно быть счастливым событием. Данные обстоятельства требуют дополнительного внимания специалистов, как к соматическому, так и к психическому состоянию женщин во время беременности и постнатальном периоде.

Цель исследования. Исследование причин и анализ течения депрессии у женщин в послеродовом периоде. Разработка комплексных лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось среди 80-ти женщин (возраст от 18 до 34 лет) с давностью родов до 6 месяцев с депрессией, развившейся не позднее 6 недель после родов (на базе ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая психиатрическая больница №3»). Для исследования применялась шкала послеродовой депрессии Эдинбурга (Edinburg Postnatal Depression Screening Scale).

Результаты исследования. Распространенность послеродовой депрессии в исследуемой группе женщин составила 13,75% (11 чел). Среди прогностических факторов ведущее место принадлежит низкому социально-экономическому статусу, раннее прекращение трудовой деятельности, отсутствие поддержки среди семьи, депрессивные эпизоды в анамнезе и тяжелое течение беременности. Во время обследования матерей чаще всего обнаруживаются следующие симптомы: устойчивое подавленное настроение, раздражительность, идеи самоуничтожения, самообвинения, тревога, расстройства сна. Периодически повторяется тема угрызений совести, которая выражается в восприятии себя как плохой матери и в чувстве стыда. Наряду с общими признаками депрессивного состояния, выявляются атипичные, характерные для послеродовой депрессии компоненты — отсутствие четкой суточной ритмики настроения, нередко — диспропорциональность аффективной триады, доминирование тревожности и раздражительности.

Выводы. Выделение провоцирующих факторов послеродовой депрессии, и её последствий, как для матери, так и для ребёнка, позволяет рас-

ставить приоритеты и определить методологию в профилактике и лечении заболевания. Ранняя диагностика послеродовой депрессии должна быть неотъемлемой частью общей послеродовой реабилитации, а выявленные в результате скрининга женщины с подобными симптомами должны в последующем наблюдаться не только врачами-педиатрами, но и врачами-психотерапевтами, психиатрами, с применением современной терапии и комплексной реабилитации (психотерапия, СИОЗС, СИЗСН и др.).

Е.И. Чубукова*

АГРЕССИЯ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н. профессор М. Ю. Наров

Актуальность исследования. Политический и экономический кризис, переживаемый в настоящее время нашим государством, в общественных отношениях проявляется ростом преступности и распространением немотивированных, разрушительных, агрессивных действий. Этим обусловлена необходимость всестороннего изучения агрессивности, как социального и психологического феномена. Важной составляющей данного вопроса является изучение различных факторов, оказывающих влияние на формирование различных форм агрессивного поведения человека. В среде подростков криминализация приобретает характер проблемы эпидемического характера. По данным Боулби, половина всех осужденных в мире ??? за совершение преступлений имеет возраст менее 21 года. Актуальность представленной темы подтверждается широкой распространенностью данных о растущих показателях преступности и приступах агрессии среди молодых людей в возрасте от 16 до 21 года.

Цель исследования: анализ склонности к различным видам агрессий у молодых людей в возрасте от 16 до 21 года, не имеющих правонарушений, с разработкой реабилитационной программы.

Материалы и методы: 25 человек, студенты Новосибирского государственного медицинского университета, возраст от 16 до 21 года. Тестирование по методике Ильина Е.П. и Ковалёва П.А. «Агрессивное поведение».

Результаты исследования: у всей группы обследованных имеется склонность к прямой вербальной агрессии (100%). Выявлена склонность к прямой физической агрессии у 16 человек (64%). Дополнительно, в группе выявлены 4 человека подверженные несдержанной агрессии (16%).

Выводы: у обследованных молодых людей выявлен высокий показатель разных видов агрессии по отношению к окружающим. Причиной этого является незрелость личности у обследованных, имеющиеся малоэффективные стратегии компенсации внешнего и внутреннего стрессового воздей-

ствия, средовых требований, в том числе связанных с участием в учебном процессе.

Выявленные особенности обосновывают необходимость консультационной и психотерапевтической работы со студентами переживающих сильное эмоциональное напряжение, для обучения сдержанности и терпеливости к окружающим людям.

Ш.Р. Ховалыг **ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ «РИСУНОК СЕМЬИ»**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель И. В. Пономаренко*

Актуальность темы. В силу различных причин происходит миграция людей из одной территории в другую. Этот процесс в настоящее время углубляется. По словам Кондратьевой Т.С., стремительный рост иммигрантских сообществ и их институционализация заставили заговорить о «диаспоризации мира» как об одном из сценариев развития человечества (Кондратьева Т.С., 2010). Актуальность настоящей работы связана с возрастающим количеством представителей тувинской национальности, проживающих за пределами исконной территории, в условиях диаспоры и состоит в изучении особенностей этнического самосознания, в частности, представлений о семье. Кроме того, сравнительно мало работ, посвященных изучению лиц тувинской национальности как диаспоральной группы.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 24 человека, в возрасте от 18 до 24 лет. Испытуемым было предложено нарисовать рисунок семьи (проективная методика «Рисунок семьи»).

Результаты исследования. В 79.2 % случаев на рисунке изображаются люди, рисуют в основном семью из трех человек. Испытуемыми было замечено, что в настоящей, полной семье обязательно должны быть дети. Рисунок семьи включает изображение дома (33.3 %), дерева (29.2%), животных (17%), солнца (45.8%) и гор (17%), в одном рисунке отсутствуют люди. Имеется один рисунок с изображением семейной пары в национальной одежде, традиционного жилища тувинцев юрты. В двух рисунках присутствует символическое изображение семьи в виде животных (лошадей), отпечатков ладоней, парохода с надписью «семья». В 41.7% случаев присутствуют четко очерченные границы пространства: забор, рамка, изображение членов семьи за столом, наличие пейзажной границы горы. Это может символически отражать потребность в безопасности, ограждение себя от опасности. Прорисовка границ может также говорить о том, что люди в условиях

диаспоры находятся в замкнутом пространстве по сравнению с окружающей культурой. Они, понимая, что составляют меньшинство, вынуждены находиться в оборонительной позиции. Наиболее выбираемыми цветами являются синий, желтый, красный и зеленый, перекликаясь с традиционными цветами тувинского национального костюма. Анализ значений и символики цветов проводился по Обухову Л.Я. (Обухов Л.Я., 2005), что может показать определенным образом черты характера тувинской нации. Синий цвет символизирует потребность в покое, единении; красный — указывает на активность, стремление к успеху, жизненную силу. Желтый цвет — выражение открытости, стремление к свободе, ожидания от будущего. Зеленый — символизирует упорство, целеустремленность. Тем временем Даргын-оол Ч.К. (Даргын-ол Ч.К., 2006) пишет, что первые путешественники из России (в период, когда Тыва не входила в ее состав) отмечали такие особенности национального характера, как живость, общительность и самостоятельность в делах в привычной обстановке и робость в общении с начальствующими фигурами или незнакомыми людьми.

В.А. Чучунова
**СОСТАВЛЕНИЕ ВОПРОСОВ И ПИЛОТАЖНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель И. В. Пономаренко*

Актуальность темы. С ростом важности интернета в повседневной жизни, все больше людей каждый день обращается к различным онлайн ресурсам. Всемирная Паутина информативна, удобна, увлекательна и имеет много ресурсов. Распространенность Интернет-зависимости составляет от 1 до 5% населения по исследованиям Гриффитс и Янг, причем более подвержены ему гуманитарии и люди, не имеющие высшего образования, нежели специалисты по компьютерным сетям. Вместе с тем недавнее исследование, проведенное с помощью телефонного опроса Шоу и Блэк, показало, что среди населения США только от 0.3 до 0.7% могут считаться Интернет аддиктами (Егоров А.Ю., 2009). По данным корейских исследователей Ким и др., среди старших школьников очевидная Интернет-аддикция регистрируется у 1,6%, а возможная — у 38%. Как показывают данные мониторинга аудитории пользователей Интернета в России, с 1992 по 2004 гг. удельный вес подростков увеличился с 2% до 25%, т.е. подростки становятся все более активными пользователями сети, в связи с чем увеличиваются случаи интернет-аддикции среди молодежи. По результатам анализа 3500

на интернет-зависимость К. Янг — В.А. Лоскутова (2004) приводит следующие эпидемиологические данные: «здоровых» оказалось 74% всех ответивших, «пограничных» — 24%, «зависимых» — 2% (Егоров А.Ю., 2009).

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 25 испытуемых. Из них пять юношей и двадцать девушек в возрасте от 17 до 20 лет. Им были предложены опросник Кимберли Янг на выявление интернет-аддикции и анкета, составленная нами. По опроснику К. Янг никто не попал в зону риска интернет-зависимости. После беседы проведенной с испытуемыми они обнаруживали у себя интернет-зависимость. После анализа опросника и проведения беседы мы предположили, что испытуемые набравшие от 37 и более баллов находятся в зоне риска интернет-зависимости. В результате его проведения были составлены две группы: контрольная и экспериментальная, т.е. испытуемые у которых есть, риск интернет-аддикции и у которых нет риска.

Результаты исследования. После анализа ответов, данных на вопросы структурированного интервью, составленной нами. Наше внимание было обращено на то, что у испытуемых контрольной группы положительные ответы были даны на второй и пятый вопрос. То есть испытуемым трудно остановиться, когда находятся в интернете. Испытуемыми отмечено, что имеются проблемы с учебой из-за увлечения компьютером. По формуле X^2 Пирсона мы определили статистически значимый показатель второго и пятого вопроса. В результате вычислений по формуле мы получили: 4,03. Статистически значимый показатель равен $X^2 \geq 3,8$. Отсюда следует, что $4,03 \geq 3,8$. Таким образом, пятый и второй вопросы имеют статистически значимый показатель.

Выводы. В результате проведения пилотажного исследования показано, что в структурированном интервью для диагностики интернет-аддикции самыми информативными вопросами являются: вопрос, касающийся проблем с работой (учебой) и вопрос отражающий потерю контроля.

А.С. Шлее

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Ю. Ласовская*

В последние годы сформировалось новое научное направление под названием психоонкология. Согласно известному исследователю в этой области — S. Greer, психоонкология — это наука, которая занимается психологи-

ческими и социальными аспектами рака. Основная цель психонкологии — облегчить эмоциональный дистресс, который развивается у многих пациентов. Володин Б.Ю. и соавт. показали, что основные психологические конфликты у больных раком молочной железы лежат в сфере межличностных отношений. Наиболее неудовлетворённой потребностью у них является потребность в любви и привязанности. Её реализации препятствуют: нежелание проявлять привязанности, отчуждение от людей, скрытность и стремление к независимости, незрелая сексуальность, гипертрофированная совесть, мешающая удовлетворению собственных нужд. (Володин Б.Ю.).

Принято считать, что рак молочной железы (РМЖ) является своеобразной моделью для изучения личности больных с онкологическими заболеваниями.

Психологическая помощь онкологическим больным должна проводиться на всех этапах лечения и реабилитации.

Психологическое обследование на этапе поступления в стационар начинается с беседы, позволяющей установить доверительные отношения с пациентом. Задачами психологического сопровождения на данном этапе является изменение отношения к болезни, снятие тревоги и страха, т.е. создание личного психологического и физического комфорта. По Асееву А.В. после операции, при каждодневном общении необходимо ориентировать больного на необходимость и возможность возвращения к дооперационному образу жизни. Также необходимо вовлечь в психотерапевтический процесс родственников, это может дать большие результаты. Андрианов О.В. отмечал, что на этапе выписки и в ближайшем после выписки периоде, т.е. через 3-6 месяцев после операции, наиболее часто встречается проблема приспособления к новой жизненной ситуации и формирования адекватного отношения к собственной личности, своему здоровью. Сохранение социального статуса больного, возвращение его к активной жизни невозможно без воссоздания его психологической целостности. Особенность работы психолога на этом этапе заключается в необходимой психологической поддержке, организации «женского клуба по интересам». Важным представляется также проведение встреч и консультаций совместно с врачами различных специализаций по вопросам, связанным с образом жизни, питанием, поведением, профессиональной деятельностью. В психологической помощи больным РМЖ широко используются методы групповой психотерапии. На начальном этапе группа, ориентирована на обмен информацией, в дальнейшем группа развивается в группу поддержки, сосредотачивающуюся на обучении навыкам совладения со стрессом. Было установлено, что такие группы эффективны в улучшении эмоциональной адаптации, поскольку они стимулируют более открытое проявление чувств и более активную настойчивость больных взять на себя контроль над ходом лечения, взаимоотношениями.

Е.Н.Павлова
**ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ МОТИВА «ЦВЕТОВ»
СТУДЕНТАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКЦЕНТУАЦИИ
ХАРАКТЕРА**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель О.А. Егорова*

Предполагается, что лица с определенным типом акцентуации характера будут иметь сходные объективные признаки рисунка при выполнении мотива «Цветок» (расположение рисунка на листе бумаги, цветовая гамма, виды изображаемых цветков, размеры изображаемых объектов). Материалы и методы. В исследовании принимали участие студенты НГМУ в количестве 30 человек, которым был проведен мотив «Цветок», предложено выполнить рисунок и заполнить тест-опросник Шмишека для определения акцентуации характера. Результаты исследования. Неуровновешенный тип. Все рисунки выполнены карандашами, одинаковая размашистая штриховка, цветы смещены вправо. Преобладают зеленые и коричневые оттенки. Гипертимный тип. Расположение листа – вертикальное. Цветок ярко выделен на общем фоне, большинство смещено вправо (при смешанных акцентуациях имеет место быть смещение в левую часть листа), четко прорисован. Задний план нарисован размашисто, неаккуратно, штриховка с острыми углами. Часто встречаются желтый, зеленый, красный цвета. Большинство используют для рисования карандаши. При рисовании красками используются насыщенные цвета, линия размашистая и неаккуратная. Демонстративный тип. Расположение листа — горизонтальное. Цветы находятся в правой части рисунка. Все цветы располагаются в окружении чего-нибудь (будь то горы, лес и т.д.), часто встречается солнце. Прорисовка цветов четкая и аккуратная, но они все же сливаются с общим фоном. Чаще встречаются такие цвета, как: синий, зеленый, желтый. Экзальтированный тип. Чаще цветок смещен влево. У всех большой цветок с крупной головкой и сочным стеблем, он четко прорисован и вынесен на первый план, фон детально прорисован. Преобладают оттенки красного, коричневого и синего. Циклотимный тип. По большей части рисунки расположены вертикально. Преобладают насыщенные цвета, часто встречаются красный, зеленый и желтый. Практически все цветы крупные, с большой, яркой головкой. Большинство цветов смещены в левую часть рисунка. Возбудимый тип. Преобладают светлые тона, коричневый цвет. Сами цветы крупные, но сливаются с окружающим фоном, так как нарисованы маленькими. Хорошо прорисовано окружение цветков. Смещены вправо. Нарисованы в правом нижнем углу. Штриховка неаккуратная, но заполняющая все вокруг. Оба рисунка нарисованы карандашами. Есть рамки. Тревожный тип. Линии рисунка прерывистые, «рваные». Цветки смещены в левую часть листа, встречаются рамки. У цветков похожи стебель и листья. Головки цветов укрупненные, четко нарисованные. Цветы на рис.30 и 24 теряются на общем фоне, а 12 и 9 выделяются.

Нарисованы карандашами(кроме 9).Дистимный тип. Нарисованы красками. Цветы яркие, крупные, очень выделяющиеся. С крупной головкой и тонким стеблем. На цветах присутствуют колючки. Преобладает красный цвет. Рисунки монотонны, т.е. используется незначительное количество цветов, очень похожих по тональности. Листы расположены вертикально, вокруг рисунка имеются рамки. Эмотивный тип. Все пространство рисунка заполнено. Выполнены в одной тональности (будто припудренные). Рисунки 13, 26 расположены горизонтально. Рисунки 19 и 13 выполнены красками, имеют четко выраженные рамки. Цвет присутствующий на всех рисунках — зеленый. Сливаются с общим фоном. Стебель цветков изгибается. Все цветы смещены вправо. Выводы: подтверждена гипотеза того, что у каждого типа акцентуации личности имеются схожие черты.

А.М. Храменкова*

ХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. А. Старичков

Актуальность исследования. Особую актуальность в последнее время приобретают вопросы здорового образа жизни подростков. В последние десятилетия особенно остро встала проблема аддиктивного поведения, связанного с употреблением разнообразных психоактивных веществ (ПАВ). «В конце XX века злоупотребление табаком, алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами (ПАВ) приняло характер эпидемии» [Малюченко Г.Н., 2001]. Только по официальным данным Минздрава России, количество потребителей наркотиков на первое полугодие 2006 года составило 315 тыс. человек. Системный анализ показателей наркологической заболеваемости подростков и населения в целом свидетельствует о том, что в 2005 году уровень заболеваемости наркоманией среди подростков был в 2 раза выше, чем среди населения в целом. Подростки злоупотребляют наркотиками в 7,5 раза, а ненаркотическими ПАВ — в 11,4 раза чаще, чем взрослые. Есть тенденция к «омоложению» наркомании. Кулинич Г.Г. отметил: «как следует из большинства социологических исследований и научных публикаций, в нашей стране 8% молодежи периодически употребляют ПАВ. Среди студенчества наркоманией охвачено в той или иной мере 30–40%, а по отдельным регионам эта цифра значительно выше» [Кулинич Г. Г. 2007]. И эти цифры только увеличиваются из года в год. При столь широком распространении злоупотребления ПАВ актуальным становится поиск путей повышения эффективности лечебной и реабилитационной работы в наркологической практике.

Цель исследования. Исследование и выявление химических аддикций у подростков в возрасте 14–17 лет, употребляющих ПАВ в течение 6 месяцев,

и изучение факторов риска, способствующих развитию зависимости в подростковом возрасте.

Материалы и методы. Обследованы 200 подростков (мужского и женского пола) в возрасте от 14 до 17 лет, учащиеся МОУ СОШ №10 г. Бердска. Для исследования применялись модифицированный вариант методики «Незаконченные предложения» и анкетирование.

Результаты исследования. Распространенность химических аддикций (алкогольная и токсикомания) среди испытуемых составила 30%. Употребление наркотиков среди подростков встречается в 8% случаев. У зависимых подростков выявлен повышенный уровень агрессии, склонность к насилию, нежелание учиться. Причины, которые, по мнению самих подростков, сыграли решающую роль в их приобщении к алкоголю и наркотикам: желание походить на друзей, соответствовать группе сверстников(10%); любопытство, стремление испытать себя в новой, почти экстремальной ситуации(5%); желание пережить эмоционально приятное состояние «кайф» (5%) и т.д. 55% лояльно относятся к употреблению ПАВ, склонны к зависимости. 60% опрошенных подростков отмечает наличие в их жизни кризисных ситуаций. Огромную роль в развитии химических аддикций играет формирование референтных групп, типы воспитания и отношений с родителями, несформированные индивидуальные факторы защиты, отношение к проявлениям насилия, т.е. к важности выбора средств для достижения поставленной цели.

Выводы. Отмечено достаточно высокое распространение химических аддикций (30%) и склонных к зависимости (55%) среди группы испытуемых, что является прогностически неблагоприятным фактом. К специалистам обращаются лишь 5 % подростков. Требуется особое внимание психиатров, психологов, психотерапевтов, социальных работников к подросткам изученной возрастной группы с целью ранней диагностики, терапии и эффективной профилактики данной патологии.

К.С. Косолапова
**СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО
ВОЗРАСТА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ПРОЕКТИВНОГО МЕТОДА (ТЕСТ «ЧЕЛОВЕК ПОД ДОЖДЕМ»)**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель И. В. Жовнер*

Актуальность темы. В настоящее время очень большое значение имеет изучение социальной дезадаптации, так как современная экономическая ситуация в России, создавая предпосылки для позитивных перемен в обще-

стве, повлекла за собой ряд новых, в том числе и социальных проблем. В укладе жизни людей происходят изменения, которые провоцируют социальную дезадаптацию людей, повышение уровня эмоциональной напряженности и агрессивности, изменение системы взаимоотношений и взаимодействия на основе новых ценностных ориентиров. Сегодня вызывает опасения уровень здоровья и рост проявлений социальной дезадаптации. Постоянно увеличивается число лиц молодого возраста, вовлеченных в преступную деятельность, увеличивается проституция, наркомания, алкоголизм. Социальная дезадаптация в молодом возрасте ведет к формированию людей малообразованных, не имеющих навыков трудиться, создавать семью, быть хорошими родителями. Они легко переходят границу моральных и правовых норм. Соответственно, социальная дезадаптация проявляется в асоциальных формах поведения и деформации системы внутренней регуляции, ценностных ориентаций, социальных установок. (Бачинин В. А., 2001).

Цель исследования: изучение диагностических возможностей проективного теста «Человек под дождем» для выявления признаков социальной дезадаптации у лиц молодого возраста.

Результаты исследования. Методика «Человек под дождем» ориентирована на диагностику силы Эго человека, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им. Она позволяет также осуществить диагностику личностных резервов и особенностей защитных механизмов (Остер Дж. Х., 2004). В нашем исследовании, в связи с большим разнообразием рисунков человека под дождем, было выделено 8 категории признаков, свидетельствующих о наличии социальной дезадаптации: наличие луж — 46, 6%; наличие туч — 43, 3%; изменение пола человека — 40%; отсутствие зонта — 36, 7%; человек нарисован в профиль или спиной — 26,7%; наличие дополнительных деталей — 26, 6%; смещение фигуры от центра листа — 20%; отсутствие частей тела — 13, 3%.

Выводы: существует немало методов, позволяющих диагностировать социальную дезадаптацию, но стандартизованные опросники не всегда выявляют данное нарушение, так как оно может не достигать ярко выраженного уровня. Опросники могут оказаться малоинформативным для исследования социальной дезадаптации, так как процедура тестирования повышает защитные механизмы личности, появляется стремление приукрасить себя, изобразить выдуманное «лицо», скрыть наличие каких-либо истинные проблемы и конфликтов, а также может возникнуть чрезмерная взволнованность в момент обследования, которая влияет на работоспособность и правильность понимания утверждений

Проективные тесты более чувствительны к критериям дезадаптации, они позволяют увидеть данный феномен на ранней стадии и разработать коррекционные мероприятия.

А.О. Чепурова
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ
«РИСУНОК СЕМЬИ» ШКОЛЬНИКАМИ СТАРШИХ КЛАССОВ
СРЕДНЕЙ И ВЕЧЕРНЕЙ ШКОЛ**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель И. В. Жовнер*

Актуальность темы. За последнее десятилетие наметился ряд тревожных тенденций, свидетельствующих о кризисных явлениях в жизни семьи, затрагивающих как супружеские, так и детско-родительские отношения, которые выражаются ухудшением психологической атмосферы и ростом дисфункциональности и конфликтности семей. Возрастает число неблагополучных семей, в которых девиантное поведение родителей - алкоголизм, агрессия, неудовлетворенные потребности партнеров в уважении, любви и признании — становятся причиной возрастания числа подростков с девиантным поведением. Семейную ситуацию, которую родители оценивают со всех сторон положительно, подросток может воспринимать совершенно иначе. Узнав, каким он видит окружающий мир, семью, родителей, себя, можно понять причины возникновения многих проблем подростка и эффективно помочь ему при их разрешении. (Тэйлор К., 2005).

Результаты исследования. В ходе нашего исследования было выявлено, что подростки вечерней школы в 58% случаев рисуют неполный состав семьи. Неполный состав семьи на рисунке наблюдается в тех случаях, когда автор недоволен семейной ситуацией. Пропускаются те члены семьи, которые наименее эмоционально привлекательны, или те, с кем существуют конфликтные отношения. В 50 % случаев присутствуют рисунки с нереалистическим, вымышленным изображением, что может говорить нам о неудовлетворенности потребностей подростка, а также о высоком уровне психологических защит. Учащиеся вечерней школы могут не изображать себя на рисунке. В этом случае можно говорить о соперничестве с составом семьи. Также отсутствие себя на рисунке характеризуется чувством своей отверженности в семье. Также у старшеклассников вечерней школы преобладает высокий уровень тревожности, это проявляется в рисунках с выделением фигуры штриховкой, темными тонами, стиранием, что по мнению Р.Ф. Беляускайте является проявлением симптомокомплекса тревожности: стрессовое состояние, эмоциональная напряженность, тревожность, неуверенность в себе. Школьники вечерней школы изображают на рисунках «агрессивные» детали, например, зубы, клыки, острые рога. Среди рисунков школьников средней школы нет ни одного рисунка с неполным составом семьи. Это может свидетельствовать о том, что автор рисунков воспринимают свою семью, как эмоционально благополучную. Школьники средней школы не исключают ни одного члена семьи из рисунков и изображают себя на рисунке в 100% случаев. У школьников старших классов

474

дневной школы менее выражена тревожность и эмоциональная напряженность, так как наличие штриховки присутствует, но слабее и менее выражена, чем у подростков вечерней школы. Учащиеся средней школы в 40 % случаев рисуют эстетические рисунки, изображая фон и пейзажи.

Выводы. Подростки вечерней школы менее удовлетворены своей семейной ситуацией, неудовлетворенны своим положением в семье, отношениями между членами семьи. У многих присутствует чувство отверженности, эмоционального напряжения, подростки воспринимают свою семью как разрозненную, конфликтную, не способную к совместной деятельности. Подростки средней школы характеризуют свою семью, как целую систему, наиболее значимую для них в этот период, как источник поддержки, тепла и понимания, где они чувствуют себя сплоченными и счастливыми. Знание особенностей восприятия подростками своей семьи позволяет осуществить необходимую интервенцию с целью оптимизации и гармонизации детско-родительских отношений.

А.Ю. Смоляр
**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ТРЕВОЖНЫХ
РАССТРОЙСТВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Т. Ю. Ласовская*

Актуальность темы. Статистические данные эпидемиологических исследований онкологических заболеваний, проводимых в России в последние годы, свидетельствуют о том, что заболеваемость и смертность от рака молочной железы (РМЖ) в России за 30 лет возросли в 4 раза. Ежегодно диагностируется около 25000 новых случаев этого заболевания, и каждый год от него умирают приблизительно 15000 женщин — больше, чем от любого другого рака. Это самая распространенная единичная причина смерти среди всех женщин в возрасте от 35 до 54 лет. По данным национального обзора коморбидности, больших эпидемиологических исследований, тревожные расстройства как отдельная группа наиболее часто встречается у женщин, на каком-то этапе жизни охватывая приблизительно 30% женского населения, в какой-то период жизни. Частота заболеваний тревожным расстройством у женщин в год составляет около 23%, а для мужчин — 12%. Для пациента с диагнозом тревожного расстройства очень характерно наличие какого-то дополнительного (или дополнительных) тревожного расстройства.

Материалы и методы диагностики. В работе использовались методы: скрининговый опросник тревожных расстройств (разработанный к.м.н., доц. Ласовской Т. Ю. и Смоляр А. Ю., сформированный на основании кри-

териев диагностики и симптоматики тревожных расстройств из МКБ-10 и DSM-IV), клинико-психологическое интервью. Исследование проводилось на базе МБУЗ ГКБ №1 в онкологическом отделении II корпуса. Принимало участие 22 прооперированных женщин, с диагнозом рак молочной железы. Возраст испытуемых составлял от 45 до 74 лет, с разным уровнем образования и среднем стаже болезни 3,82 месяца. После тестирования данные скринингового опросника были обработаны и сведены в таблицы сырых показателей, с последующим корреляционным анализом.

Результаты исследования. По обработанным данным скринингового опросника удалось изучить структуру распространенности и структуры тревожных расстройств у лиц с раком молочной железы. Было выявлено, что почти у трети (27,2%) женщин не выявлено тревожных расстройств на фоне заболевания. У 1-ой пациентки (4,5%) выявлено расстройство адаптации, у 3-х пациентов (13,6%) одновременно присутствуют посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство адаптации, и у 12-и обследуемых (54,5%) обнаружены все рассматриваемые тревожные расстройства: генерализованное тревожное расстройство, расстройство адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство. Всего ГТР обнаружено у 12 из 22 женщин, что составляет 54,5 %, ПТСР встречается у 14 из 22 (63,6%), РА у 16 из 22 (72,7%). На основании корреляционной обработки по «квадрату хикса» удалось сделать вывод, что в основе тревожных расстройств существует связь между генетической отягощенности и нозологическими формами тревожных расстройств, для образования какого-либо конкретного тревожного расстройства. Результаты обработки получились следующие: $\geq 3,8$ балла, что является достоверной связью между генетической предрасположенностью и возникновением тревожных расстройств

Выводы. Таким образом, проведенное исследование предоставляет возможность проводить психолого-психотерапевтическую и реабилитационную работу с лицами, у которых диагностировано заболевание рак молочной железы.

К.А. Ченцова
**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО
И ЕГО ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ У ДЕТЕЙ**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель к.м.н., доцент Т. Ю. Ласовская*

Посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) называют невротическое состояние, развивающееся после сильного стрессово-

го воздействия. Это «отставленная» и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию. Тяжесть травматической ситуации влияет на возникновение посттравматического стресса: наиболее интенсивно переживаются ситуации пролонгированного семейного насилия, физического и сексуального. Эти ситуации приводят к более выраженному и сохраняющемуся в последующем посттравматическому стрессу у детей. Отсутствие адекватной поддержки в семье, нормального функционирования и наличие нарушений в семейной структуре способствуют возникновению посттравматического стресса у детей. Симптомы ПТСР появляются, как правило, не сразу после травмы, а спустя некоторое время. Спектр основных проявлений ПТСР у детей включает связанные с перенесенной травмой страхи, тревогу, навязчивые наплывы образных воспоминаний и чувственного восприятия пережитой травмы, «посттравматические игры», регрессивное поведение, соматические расстройства, попытки избегания травматических воспоминаний, поведенческие и школьные проблемы, изменение отношения к себе, к окружающему и будущему. В раннем возрасте (до 4 лет) по сравнению с дошкольным (4-7 лет) психические расстройства носят менее дифференцированный характер. У детей дошкольного возраста на первый план выступают нарушения соматовегетативной регуляции и депрессивный фон настроения, формируются тревожно-фобические реакции отражающие пережитое. В школьном возрасте (7-15 лет) чаще всего встречаются депрессии, тревожно-фобические, а также не резко выраженные навязчивые, сверхценные и бредоподобные идеи. Среди детей дошкольного возраста психические расстройства встречаются чаще, чем в раннем возрасте, а у школьников стойкие психические расстройства диагностируются в 1,5 раза чаще, чем у дошкольников. У девочек степень выраженности симптомов выше, чем у мальчиков. При изучении возрастных особенностей протекания посттравматического стресса у детей в исследованиях А. В. Макаручук и А. И. Щепиной, выполненных под руководством Н. В. Тарабриной, одним из достижений стала разработка и апробация оригинальной методики — полуструктурированного интервью, позволяющего определять уровень выраженности признаков ПТС, а также выявлять детей, отрицающих наличие психотравмирующего события в жизни, но имеющих признаки психологического неблагополучия, корреспондирующие с признаками ПТС. Конструирование методики основывалось на существующих структурированных интервью для взрослых (например, Structured Clinical Interview for DSM (SCID), ПТСР-интервью Ватсона). Интервью включает скрининг и 42 вопроса, направленные на выявление особенностей эмоционально-личностного реагирования детей на пережитую травматическую ситуацию.

С. С.Макарова
**ЭТАПЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ ТЕСТА. РАЗРАБОТКА
ЗАДАНИЙ ТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАССИВНО-
АГРЕССИВНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Ю. Ласовская*

Актуальность темы. Пассивно-агрессивное личностное расстройство характеризуется откладыванием на долгий срок, упрямством и непродуктивностью. Такое поведение есть проявление пассивной агрессии, т.е. агрессия у таких людей выражается не прямо, т.е. не на объект раздражения, а косвенно, на предмет, не имеющий прямой связи с объектом раздражения. По данным Американской психиатрической ассоциации, в отношении эпидемиологии данного расстройства сведений нет. Также неизвестными остаются преобладающий пол, наследственность и распространенность. (Каплан Г.И., Сэддок., 1994). Поэтому актуальным является разработка теста для диагностики пассивно-агрессивного личностного расстройства.

Материалы и методы. В основу теоретического конструкта теста положены критерии диагностики DSM-IV. На каждый критерий разработаны несколько утверждений, касающихся мыслей, чувств и поведения испытуемого (с прямыми и обратными вопросами).

Результаты исследования. Разработанные на каждый критерий утверждения приводятся в следующем порядке: На 1 критерий «Постоянное откладывание на потом необходимых дел» разработаны утверждения «Мне трудно правильно спланировать выполнение работы, т.к. кажется, что еще есть время»; «Я раздражаюсь, когда мне напоминают о том, что я обещал сделать, но забыл»; «В моей жизни бывали эпизоды, когда я конфликтовал с начальником (преподавателем) из-за несвоевременного выполнения работы (домашнего задания, курсовой работы, и т.д.)». Критерию 2 «Становится угрюмым и мрачным, когда его просят выполнить что-то, чего он не хочет делать» соответствуют вопросы: «Я часто вступаю в дискуссии, когда мне поручают задания, которые я не хочу выполнять»; «Меня раздражает, если «босс» настаивает на выполнении работы, которую я не хочу делать в данный момент»; «Я считаю, что лучшие результаты достигаются, когда работа выполняется «под настроение», а не та, которую требуют в данный момент». Критерию 3 «Нарочное выполнение работы медленно и плохо» соответствуют вопросы: «Я очень часто совершаю ошибки в работе, которая мне не интересна и не нравится»; «Выполнить работу плохо — хорошее средство, чтобы начальство «не село на шею». Критерию 4 «Заявляет, что окружающие предъявляют повышенные

требования» соответствуют утверждения «В учебном заведении ко мне часто придирались преподаватели, не оценивая по достоинству мои знания»; «Мне случалось менять место работы (учебы) из-за того, что «босс» был ко мне несправедлив».

Критерию 5 соответствуют утверждения: «В моей жизни случались эпизоды, когда окружающие обвиняли меня в «забывании» выполнения какого-либо дела»; «Для меня забыть о задании уважительная причина его не выполнения». Критерию 6 соответствуют утверждения «Я делаю работу намного лучше, чем ее оценивают другие». Критерию 7 соответствуют утверждения: ««Как мне смеют указывать!» — думаю, я если окружающие дают мне советы, в каком-то деле». Критерию 8 соответствуют утверждения: «Я могу доказать свою значимость только показав, что без меня они ничего не добьются».

С. В. Гиркин
**ТЕСТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОБСЕССИВНО-
КОМПУЛЬСИВНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА:
ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАДАНИЙ И ВНУТРЕННЕЙ
СОГЛАСОВАННОСТИ ТЕСТА**

*Кафедра клинической психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Ю. Ласовская*

Актуальность темы. Обсессивно-компульсивное расстройство личности (ОКЛР) характеризуется перфекционизмом, отсутствием гибкости, эмоциональной суженностью, упрямством, упорством, нерешительностью и любовью к порядку. У таких личностей стержневым комплексом является постоянная склонность к самоанализу и самоконтролю, к повышенной рефлексии. Обращается внимание на то, что эти расстройства обнаруживаются значительно чаще среди безработных и разведенных, живущий изолированно (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 1999). На основании критериев DSM-IV разработаны 140 заданий, отражающих поведение, мысли и чувства. Часть утверждений заимствована из теста ММРІ, а именно вопросы шкалы лжи. Следующим этапом после разработки задания явилось пилотажное исследование

Цель работы. Определение эффективности заданий и внутренней согласованности теста (Альфа Кронбаха).

Материалы и методы. Grant JE et all. (2011) показано, что среди лиц нетрадиционной сексуальной ориентации лица с ОКЛР составляют 56.6% слу-

чаев. Поэтому принято решение, что пилотажную группу будут составлять лица нетрадиционной сексуальной ориентации. Всего опросник заполнили 70 человек, средний возраст 22 года, на условиях анонимности. Показано, что самыми эффективными явились задания, отражающие перфекционизм, характерный для ОКЛР. Внутренняя согласованность теста составила 0.83, что является достаточным.

Выводы. Разработанный опросник для диагностики обсессивно-компульсивного личностного расстройства имеет высокий уровень согласованности заданий. Определены наиболее эффективные задания, на основе которых будет создаваться окончательная версия теста.

ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА

С.Ю. Бушман РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ АДДИКЦИЙ К ПОКУПКАМ

*Кафедра педагогики и психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. А. Шпикс*

Еще Краепелин (1915) и Блейлер (1924) указывали на феномен неконтролируемых покупок. Однако, научный интерес к исследованию аддикции к покупкам возник только в конце 80-х годов в Канаде (Valence, D'Astous, 1988), США (Faber, O'guin, 1987) и в Германии (Scherhorn, Raab, 1989). В России имеются лишь единичные публикации, касающиеся аддикции к покупкам (Егоров, 2004, Короленко, Дмитриева, Шпикс, 2011).

Целью нашей работы явилось установление психологических, факторов запускающих и поддерживающих возникновение аддикции к покупкам.

Материалы и методы. Нами были обследованы 220 женщин в возрасте от 20 до 55 лет: студентки вузов, медицинские работники (врачи и медсестры), учителя, психологи, менеджеры, домохозяйки. Были использованы: разработанная нами анкета, тест Люшера, тест для исследования тревоги Teylor, опросник для выявления депрессии Жмурова.

У 60 (27%) из обследованных женщин были обнаружены признаки аддикции к покупкам:

- женщины указывали на непреодолимое влечение покупать вещи, обычно ненужные, часто не по средствам;
- имела место озабоченность покупками, которая сопровождалась неадекватной тратой времени, становилась серьезной помехой как в повседневной жизни, так и в профессиональной сфере, или влекла за собой финансовые проблемы;
- при возникновении препятствий для совершения покупок развивалось состояние внутреннего напряжения, снижалось настроение, появлялись вегетативные нарушения (сердцебиение, потливость, временное повышение давления).

36 из указанных женщин были замужем, остальные (20 женщин) - одинокие (разведенные или вдовы). Однако все женщины с аддиктивным поведением указывали на ощущение одиночества, недостаток любви. У 80% женщин с аддикцией к покупкам выявлялся высокий и очень высокий уровень тревоги, в то время как у женщин без признаков аддикции высокий уровень тревоги наблюдалась только в 15% случаев. Также у 30% аддиктивных женщин выявлялась легкая депрессия, у 5% депрессия средней степени, тогда как у женщин без аддикций только в 15% случаев выявлялась легкая депрессия. Женщины с аддикцией описывая свое психологическое состояние, указывали на наличие страхов (темноты, одиночества, внезапной потери, смерти), говорили об ощущении скуки или внутренней пустоты, низкой самооценке. Женщины отмечали, что походы по магазинам помогают им преодолеть стрессы, вызванные домашними проблемами или неприятными ситуациями на работе. Однако, снятие напряжения путем ухода в аддикцию носило временный характер и сменялось чувством вины в связи с приобретением ненужных вещей, попадания в долговые обязательства. Это усиливало отрицательные эмоциональные переживания, которые снимались другими аддиктивными агентами. В 80% случаев аддикции к покупкам сочетались с курением, наличием психологической зависимости от алкоголя.

Исследование показало, что на фасадом аддикции к покупкам скрываются психологические проблемы, вызывающие отрицательные эмоциональные переживания, которые женщины снимают, переключаясь на аддиктивные реализации. Следовательно, эффективная терапия аддикций должна включать обучение методам преодоления стресса без обращения к аддиктивным агентам.

Ю.В. Меньшикова*

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ЗАПУЩЕННОСТИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ
ТАБАЧНОЙ АДДИКЦИИ**

*Кафедра педагогики и психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д.А. Севостьянов*

Цель работы — выявление психологических факторов, вызывающих запущенность стоматологических заболеваний, на примере табакокурения.

Объектом исследования являются психологические причины распространенности и запущенности стоматологических заболеваний.

Предмет исследования: различные аспекты табачной аддикции, как одной из наиболее важных психологических причин запущенности стоматологических заболеваний.

Методы исследования:

- теоретические методы (изучение и анализ научно-теоретических, медико-биологических, психологических и социальных источников);
- эмпирические методы, (анкетирование пациентов, работа с амбулаторными картами);
- интерпретационно-описательные методы, в числе которых: количественные методы (вычисление средних), а также качественный анализ данных.

Практическая база исследования — Областное государственное учреждение здравоохранения «Новосибирская областная стоматологическая поликлиника».

Здоровье человека в значительной мере обусловлено особенностями его образа жизни. Однако, по данным современных авторов, из актуальных в настоящее время психологических факторов наибольшее влияние на развитие и запущенность стоматологических заболеваний оказывает табачная аддикция.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось двумя способами:

1. Путем анкетирования исследуемых, которые должны были самостоятельно заполнить анкету, состоящую из двух частей. Первая часть состоит из 24 вопросов, разработанных самостоятельно, вторая часть — это тест Фагерстрема для определения степени никотиновой зависимости.

2. Работа с амбулаторными картами, где были взяты данные о количестве пломб, удаленных зубах и о количестве коронок у каждого пациента, на основании чего делались выводы о запущенности стоматологических заболеваний.

В анкетировании участвовали пациенты поликлиники — 200 человек в возрасте от 20 до 40 лет, случайным образом отобранные среди пациентов, обратившихся в поликлинику во второй половине 2011 года — начале 2012 года (100 курящих и 100 некурящих, из них по 50 мужчин и 50 женщин в каждой группе). Исследовались поведенческие факторы, вызывающие запущенность стоматологических заболеваний.

Результаты и выводы. Была подтверждена гипотеза о том, что негативное воздействие табачной аддикции на полость рта обусловлено не только физико-химическими факторами, но и психологическими аддиктивными механизмами. Курильщики, как и другие аддикты, склонны к «простым решениям» в отношении своего здоровья. Они значительно реже посещают стоматолога, испытывая страх перед стоматологическими манипуляциями, и у них достоверно выше запущенность стоматологических заболеваний. При анализе пищевых предпочтений пациентов выявлено, что среди лиц, ежедневно употребляющих свежие овощи, фрукты и молочные продукты, значительно больше некурящих; а среди тех, кто употребляет эти продук-

ты лишь изредка, преобладают курильщики. Эти данные показывают роль табачной аддикции в распространенности заболеваний полости рта. Полученные данные используются для пропаганды борьбы с никотиновой зависимостью.

Е.И. Ульяхина
**МОРФОЛОГИЯ СКАЗКИ В СОВРЕМЕННОМ
КИНЕМАТОГРАФЕ**

*Кафедра психологии и педагогики,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. А. Севостьянов*

В последнее время российская кинопромышленность набирает новые обороты и восстанавливает свою репутацию в как глазах россиян, так и в мировой киноиндустрии. Ее продуктами являются фильмы различных категорий, а так же мультфильмы. Так, известная киностудия «Мельница» выпустила квадрилогию о богатырях, а последней ее работой явился мультфильм-ремейк русской народной сказки «Иван-царевич и серый волк». Этот продукт вызвал шквал отзывов на форумах и сайтах кинотеатров — как положительных, так и категорически негативных. Да, мультфильм отличается современностью, но в чем отличие от старой сказки в коренных ее элементах? Каковы отношения представленных в этом мультфильме сюжетных ходов и архетипических символов (элементов коллективного бессознательного по К.-Г. Юнгу), которые обнаруживаются в народных сказках?

Чтобы найти ответ на этот вопрос, следует обратиться к методике исследования волшебных сказок В. Проппа. Исследуя волшебные сказки, В. Пропп пришел к парадоксальному, но совершенно правильному выводу, что абсолютно все волшебные сказки построены по одной и той же схеме. Эта схема и составляет содержание коллективного бессознательного. В ходе предпринятого исследования, согласно морфологической методике В. Проппа, оба варианта изложения сказки были разложены на ключевые мотивы, которым В. Пропп придавал буквенное обозначение. Народная сказка по В. Проппу представляет собой следующую схему:

$$i\ a^3\ B^2\ D^{10}\ \Gamma^2\ R^3(102)\ [(b^1\ b\ r^1)+R^3(102)]^*2\ Л^1\ A^1\ 14\ Л^9\ О\ Н\ С$$

(например, *i* – исходная ситуация, *б* – запрет, *б* – нарушение запрета, *B*² — герой куда-либо отсылается, и т.п.). При этом новый вариант (из мультфильма) может быть представлен так:

$$i(v^1 w^{23} \Gamma^1 - \Gamma^3 g) B^2 R^5 D^{10} + \Gamma^7 Z^1 R^3 (B^2 \Pi^2)^{*2} \Pi^1 B^1 \Pi^1 H C$$

При сравнении двух сюжетов можно видеть, что у двух данных текстов есть некоторые сходные компоненты, такие как Л¹ — ликвидация недостачи, R³ — способ перемещения (но в первом случае он используется несколько раз), а также последние два мотива: Н — наказание вредителя и С — свадьба и восхождение на престол. Однако различий в структуре данного сюжета больше, чем черт сходства.

В результате проведенного анализа можно сказать, что это две совершенно разные сказки, имеющие разный сюжет. В результате сопоставления этих двух сюжетов возникает недопонимание, что же является истинным сказочным сюжетом. Особенно это касается тех, кто посмотрел мультфильм до ознакомления со сказкой (имеются в виду дети). Ребенок, познавая мир, видит перед собой бесчисленные просторы непознанного, а самое главное, неупорядоченного. Ему необходима система координат, которая позволит выстроить свое миропонимание. И если относительно фактических данных, ему могут в этом помочь точные науки, то в ином случае ему необходимы базовые основы, составляющие «коллективное бессознательное». В новой сказке архетипические сюжетные ходы подменены совершенно иными, а следовательно, происходит подмена всей архетипической схемы. О том, какие изменения произойдут в бессознательном нового поколения, на данный момент можно только предполагать. А значит, следует осторожней относиться к новым веяниям в российском кинематографе, представляющем нам нечто абсолютно новое под старым названием.

Е. А. Рогожина*

РАЗЛИЧИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ

Кафедра педагогики и психологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.п.н., доцент Г. В. Безродная

Понимание проявлений гендерной специфики в различных сферах жизни человека приобретает особую значимость в современном мире. Актуальным и значимым представляется в первую очередь понимание системы ценностных ориентаций, которые определяются как отражение в сознании человека ценностей, признаваемых им в качестве стратегических жизненных целей и общих мировоззренческих ориентиров (Алексеев В. Г.). Поскольку они являются составными элементами сознания, частью его структуры, они подчиняются принципу единства сознания и деятельности, сформированному С.Л. Рубинштейном. Это означает, что, зная особенности проявления

ценностных ориентаций, мы можем более глубоко понять и избираемые гендерные стратегии поведения.

Исследование было начато под руководством доктора псих. наук, профессора Большуновой Н.Я. на кафедре общей психологии и истории психологии НГПУ.

Цель исследования: выявить специфику ценностных ориентаций у подростков и взрослых в гендерном аспекте

Гипотеза исследования заключается в том, что существуют различия в системе ценностных ориентаций в мужской и женской выборках, а также имеются возрастные особенности ценностных ориентаций в мужской и женской выборках

Методы исследования: тест «Экспресс-диагностика социальных ценностей личности» (Н.П. Фетискин, В.В.Козлов, Г.М. Мануйлов), метод математической статистики U-критерий Вилкоксона-Манна-Уитни.

Общий объём выборки составил 124 человека. Из них 62 учащихся лица №81 в возрасте 14–15 лет (31 девушка и 31 юноша) и 62 взрослых, выбранных случайным образом, в возрасте 30–35 лет (31 женщина и 31 мужчина). При определении возраста участников исследования мы исходили из того, что в подростковом возрасте возникает интерес к противоположному полу, окрашенный стремлением к интимно-личностному общению, определяют-ся и апробируются стратегии взаимодействия с противоположным полом, а к 30-35 годам завершается этап устройства и организации жизни в собственной семье, человек подводит первые итоги и определяет дальнейшие перспективы. К этому времени у человека уже имеется достаточно богатый опыт взаимодействия с представителями противоположного пола, а происходящее в этом возрасте осмысление индивидуального опыта приводит к корректированию сформированных в юношеском возрасте представлений.

По результатам исследования сформулированная гипотеза получила подтверждение, а именно:

1. выявлены существенные различия ценностных ориентаций в женской и мужской выборках. Так, в подростковом возрасте для юношей более значимыми, чем для девушек, являются семейные, духовные, физические и интеллектуальные ценности, в возрасте 30–35 лет для мужчин более значимыми, чем для женщин, являются семейные и духовные ценности, а для женщин более значимы профессиональные ценности, чем для мужчин.

2. существуют возрастные особенности ценностных ориентаций в женской и мужской выборках. Так, в женской выборке в соответствии с возрастом уменьшается значимость общественных ценностей и возрастает значимость семейных и интеллектуальных ценностей. В мужской выборке в соответствии с возрастом уменьшается значимость общественных ценностей.

Практическая значимость: результаты данного исследования могут быть использованы в практике психологического консультирования, в разработке тренинговых программ.

Н.Б. Захарова*

**РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО
ЗНАЧИМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ОБЛАСТИ
ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

*Кафедра педагогики и психологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. п.н., доцент Г.В.Безродная*

Актуальность исследования обусловлена тем, что реализация требований ФГОС третьего поколения, предъявляемых к качеству подготовки специалиста на уровне «способность и готовность к выполнению профессиональной врачебной деятельности», невозможна без применения современных информационных технологий (ИТ). Под ИТ чаще всего понимают компьютерные технологии. Информационная технология в образовании — это процесс подготовки и передачи информации обучаемому, средством осуществления которого является компьютерная техника и программное обеспечение.

Под компетентностью преподавателя в области ИТ понимается способность решать профессиональные задачи с использованием современных средств и методов ИТ. Преподаватель высшей школы должен владеть навыками работы с различными электронными источниками информации; уметь искать, извлекать, систематизировать, анализировать информацию, представленную в электронном виде, преобразовывать, сохранять и передавать ее; уметь разрабатывать слайд-конспекты и оформлять учебные материалы с помощью текстовых, графических редакторов и табличных процессоров; использовать интерактивные средства обучения и технологии дистанционного образования и т.д.

Цель исследования: выявить уровень профессионально значимых компетенций в области ИТ у преподавателей, обучающихся по образовательной программе «Преподаватель высшей школы» и на циклах повышения квалификации «Актуальные вопросы педагогики и психологии». В 2011–2012 гг. прошли обучение 113 преподавателей. Исследование степени сформированности профессионально значимых компетенций в области ИТ у обучающихся показало, что 1) навыками разработки слайд-конспектов и оформления учебных материалов с помощью текстовых редакторов, а также создания электронных таблиц и использования средств поиска информации и обмена ею в сети Интернет уверенно владеют 76% обучающихся; имеют элементарные навыки — 24% преподавателей; 2) навыками оформления учебных материалов с помощью графических редакторов уверенно владеют 28% респондентов; имеют элементарные навыки — 63% опрошенных; не владеют — 9% обучающихся; 3) навыками работы с интерактивными средствами

обучения и системами дистанционного образования владеют только 17% преподавателей.

Формирование уровня профессионально значимых компетенций в области ИТ у обучающихся на занятиях осуществлялось с помощью практикума, а также индивидуализации процесса обучения за счет наличия разноуровневых заданий, усвоения учебного материала в индивидуальном темпе, что формировало у обучающихся положительную учебную мотивацию. При повторном проведении исследования после окончания занятий по ИТ было отмечено повышение уровня владения вышеперечисленными навыками у обучающихся.

Вместе с тем следует отметить, что преподаватели НГМУ владеют основами подготовки учебных материалов в электронном виде, используют Интернет и цифровые образовательные ресурсы в педагогической деятельности, имеют положительную мотивацию к использованию ИТ, но за короткий срок обучения на циклах повышения квалификации невозможно в совершенстве овладеть всеми навыками, обеспечивающими высокий уровень компетенций в области ИТ. Поэтому для повышения уровня профессионально значимых компетенций в области ИТ необходимо постоянно участвовать в образовательных программах по применению ИТ в профессиональной деятельности и использовать при подготовке к занятиям более широкий спектр инструментов ИТ.

Л.Р. Рафаэлова*
**ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ
НА ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВЫХ
АДДИКЦИЙ У ЖЕНЩИН**

*Кафедра педагогики и психологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Т.А. Шпик*

В исследованиях, посвященных аддиктивным расстройствам, указывается, что аддикций становится все больше, и они становятся более разнообразными. Отмечается особенно большой рост непроцессных аддикций, в частности, пищевых и аддикций к самоповреждению, которые чаще встречаются у женщин. В то же время гендерные особенности аддикций в целом, и особенности аддикций, наиболее часто встречающихся у женщин, мало изучены. Также как и не достаточно изучены психологические факторы, запускающие и поддерживающие аддиктивное поведение.

Целью работы является исследование психологических факторов, влияющих на возникновение пищевых аддикций у женщин.

Задачи:

1. Проанализировать литературу по данной проблеме
2. Подобрать методики для исследования
3. Провести исследование
4. Провести статистический анализ результатов
5. Проанализировать результаты и сделать выводы

Выборка, на которой проводилось исследование, представляет собой 50 женщин в возрасте от 17 до 45 лет.

Методики, используемые нами для исследования:

1. Скрининговая анкета на выявление пищевой аддикции. Служит для выявления склонности к аддиктивному пищевому поведению. Состоит из 17 утверждений.

2. Субъективная шкала для выявления депрессии. Данная шкала предназначена для выявления депрессии. Состоит из 13 утверждений.

3. Методика диагностики самооценки психических состояний (по Айзенку). Методика предназначена для диагностики таких психических состояний как: тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность. Состоит из 40 утверждений.

Результаты и выводы. При диагностике уровня тревожности у испытуемых мы выявили у 44% испытуемых низкий уровень тревожности, 52% имеют среднюю тревожность допустимого уровня, и у 4% высокий уровень тревожности. Исследование уровня ригидности показало, что у 8% — высокий, у 68% — средний и у 24% испытуемых — низкий уровни ригидности. При диагностике депрессии были получены следующие результаты: у 2% испытуемых имеет место явная депрессия, у 16% присутствуют начальные симптомы развивающейся депрессии, а у 82% депрессии нет.

При статистической обработке данных, были выявлены значимые различия только между группами без пищевой аддикции (26% испытуемых) и группой с наличием пищевой аддикцией (16%). Сопоставление с группой риска (58% испытуемых) с каждой из предшествующих, не дало значимых результатов.

Данные, полученные при статистической обработке всех полученных результатов исследования, позволили нам сделать следующие выводы:

1. Возникновение развития пищевой аддикции у женщин связано с уровнем тревожности.

2. Чем выше уровень тревожности, тем больше риск развития пищевой аддикции.

3. Женщины, имеющие средний уровень депрессии и ригидности имеют тенденцию к возникновению пищевых аддикций.

4. Уровни агрессивности и фрустрации не влияют на возникновение пищевой аддикции у женщин.

А.В. Ефремов*

РОЛЬ РОССИЙСКОЙ АРМИИ В ПАТРИОТИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

*Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин,
цикл психологии Новосибирского филиала Военного учебно-
научного центра Сухопутных войск «Общевойсковая академия
Вооруженных Сил Российской Федерации»*

Научный руководитель: д.м.н., профессор М.Г. Чухрова

Воспитание подрастающего поколения сегодня, — это, в первую очередь, создание условий для саморазвития личности. Человек в свободном обществе сам решает, каким ему быть. Общество должно создать предпосылки для развития в человеке его лучших качеств: характера, воли, которые не даются с рождением, а приобретаются только в процессе воспитания. Роль Российской Армии в этом процессе чрезвычайно велика, и этот тезис мы собираемся обосновать.

На сегодняшний день такие понятия, как «честь, совесть, служение» перестали нести в себе позитивный и возвышенный смысл, молодежь зачастую не совсем понимает, что означают эти понятия. Причины этого явления следующие. Сегодня сложилась ситуация, когда, с одной стороны, духовный иммунитет российского общества значительно ослаб, а с другой — количество источников духовных опасностей и угроз российскому обществу неуклонно возрастает. Угрозам духовности и патриотизму российского общества соответствуют целенаправленные действия конкретных носителей враждебных намерений (начиная с иностранных разведывательных служб и кончая криминальными группировками). Проведенные нами исследования вскрыли немало проблем в жизни, развитии и воспитании молодежи, которая приходит учиться в военные вузы. Отмечая тенденцию к политизации молодежи, нельзя не заметить, что она идет как со знаком «плюс», так и со знаком «минус». Налицо растущее стремление молодых людей к ценностям нашей культуры, рост патриотических настроений, социального оптимизма. И в то же время мы вынуждены говорить об усилении тенденции бездуховности, которая выражается в целой совокупности проявлений: прагматизме, вещизме и потребительстве, иждивенчестве и эгоизме, индивидуализме и пессимизме. Среди молодежи в последние годы усилилось пьянство, наркомания, отчуждение от формальных структур и стремление в сторону множества т.н. неформальных объединений, что коснулось и Российской Армии. По данным социологического опроса, проведенного нами в нескольких вузах Новосибирска, треть опрошенных юношей и девушек ушла от ответа на вопрос: «Готов ли ты пойти на ограничение роста личного благополучия, если этого потребуют интересы обороноспособности страны?»; более половины опрошенных занимают абстрактно-пацифистскую позицию в оценке войны как общественного явления. У молодежи во многом утрачен интерес к серьезной социально-философской, экономической, технической литературе, нарастает тенденция безразличного и отрицательного отношения к труду.

Мы должны признать объективную закономерность возрастания роли военных лиц и военной молодежи в жизни нашего общества в условиях интенсификации общественного развития. Военные вузы должны осознать необходимость выработки новой, более сильной молодежной политики государства, усиления роли военного в современном обществе. Патриотизм — это фундаментальная основа национальной безопасности России. Для военнослужащих он является также фактором выбора профессии, критерием профессиональной пригодности и, что особенно важно, источником духовно-нравственных сил, которые так необходимы для военно-патриотического воспитания. Российский военнослужащий всегда был и будет носителем морально-нравственных патриотических установок, примером для подрастающего поколения.

А. Брагина*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ РУССКОГО ЧЕЛОВЕКА

Кафедра специальной психологии,

Новосибирский государственный педагогический университет

Научный руководитель: д. м. н. профессор М. Г. Чухрова

Первая попытка осмыслить национальный характер русских людей не умозрительно, но опираясь на конкретные сведения о нем, принадлежат философу Н.И. Надеждину. Работая в русском географическом обществе, в 1847 г. Надеждин предложил программу широкомасштабного описания силами самих русских людей «наблюденных и замеченных» особенностей народа всюду, «где только чувствуется Русь». При этом имелось в виду «разбор и оценка удельного достоинства ума и народной нравственности, как оно проявляется в составляющих народ личностях». Программа была разослана по различным губерниям, и добровольные собиратели сведений из числа учителей, чиновников, направляли в Общество сотни рукописей, где описывались умственные и нравственные особенности жителей великой империи. В числе материалов были характеристики языка, быта, особенностей материальной культуры, в которых осели сведения о психическом складе и менталитете русского человека, его «идолах и идеалах». Спустя полвека, 14 мая 1895 г. И. А. Сикорский в своей речи, произнесенной в торжественном заседании Славянского благотворительного общества раскрывает черты народного характера, духовные качества, достоинства и недостатки психологии славян, акцентируя внимание на том, что славяне вообще и русские в частности отличаются склонностью к внутреннему анализу, в особенности к анализу нравственному, проявляют великую силу в деле нравственного самосохранения. Особо отмечены автором религиозная и расовая терпимость славян. Самыми типическими чертами русского характера И.А. Сикорский назвал: скорбь, терпение и величие духа среди несчастий, — «славянская

скорбь имеет свойства охранительного чувства, и в этом кроется ее высокое психологическое значение для нравственного здоровья; она оберегает душевный строй и обеспечивает незыблемость нравственного равновесия».

В 1948 г. великий русский мыслитель И. А. Ильин в своем знаменитом эссе «О русской идее» утверждает, что «главное в жизни есть любовь, и именно любовью строится совместная жизнь на земле, ибо из любви рождается вера и вся культура духа ... Любовь есть основная духовно-творческая сила русской души. Без любви русский человек есть неудавшееся существо. Цивилизующие суррогаты любви (долг, дисциплина, формальная лояльность, гипноз внешней законопослушности) — сами по себе ему мало свойственны. Без любви — он или лениво прозябает, или склоняется ко вседозволенности. Ни во что не веруя, русский человек становится пустым существом, без идеала и без цели». Эти мысли очень актуальны сегодня, когда наблюдается повсеместное падение духовно-нравственных идеалов среди молодежи, подмена их прагматизмом, потребительством, иждивенчеством. Необходимо оздоровление самого духа нации, которая, по словам Н.М.Карамзина, смелостью и мужеством снискала господство над шестою частью мира и достойна великого будущего. Нам нужна потерянная нами национальная гордость. Мы должны покончить с навязанным нам чувством неполноценности. Тысячелетней героической историей мы доказали свое величие.

Нами проведено исследование ценностных ориентаций современной молодежи – студентов нескольких новосибирских вузов, а также изучение их религиозной принадлежности, самооценки и личностных качеств. Показано, что доля полагающих себя неверующими достаточно мала — не более 20%, при этом механизм формирования религиозной идентичности тесно связан с конструированием социальных общностей, самосознания и самооценки, с социально-психологическими характеристиками личности.

И. Шеломенцев*

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОАНАЛИЗА ПРИ РАБОТЕ С ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ –УЧАСТНИКАМИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

*Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин,
цикл психологии Новосибирского филиала Военного учебно-
научного центра Сухопутных войск «Общевойсковая академия
Вооруженных Сил Российской Федерации»*

Научный руководитель: д.м.н., профессор М. Г. Чухрова

Военнослужащие — участники боевых действий, особенно военнослужащие по призыву, зачастую приобретают посттравматические стрессовые расстройства, протекающие достаточно скрытно для того, чтобы обращать-

ся за медицинской помощью, но доставляющие неудобства в повседневной жизни и дающие ощущение нездоровья. Это астенизация психических процессов, снижение когнитивных функций, изменения в эмоционально-волевой сфере по возбудимому типу, актуализация суицидальной готовности вследствие ощущения снижения ценности своей и чужой жизни, чувства вины и сожаления, общее изменение ценностных ориентаций. Известно, что суицидальная активность — это очень сложный психопатологический феномен, трудно выявляемый у большинства лиц, вследствие невозможности определения ведущей психотравмы. Эти состояния нуждаются в психологической коррекции. Нами рассматривается возможность применение классического психоанализа при работе с военнослужащими — участниками боевых действий. С точки зрения классического психоанализа, определяющими конструктами поведения являются инстинкты: эрос — инстинкт жизни, направленный на сохранение целостности и дееспособности организма; и танатос — инстинкт смерти, направленный на разрушение (уничтожение) объектов живой и неживой природы, отдельного внимания заслуживают случаи, когда инстинкт смерти направлен на своего носителя — мазохизм, самоликвидация, суицид. Силу, им противодействующую, можно рассматривать как совокупную величину субъективных и объективных факторов. Субъективные факторы представляют собой цензуру — это психическая инстанция, действующая на уровне предсознательного и фрустрирующая эти инстинкты; цензура имеет информационно-нормативную природу, является частью и следствием мировоззрения человека. Объективные факторы, куда можно отнести феномен непреодолимой силы, если субъективный конфликт заключен в противоречии ИД-ЭГО, тем самым вызывающий невроз, в случае вытеснения этого противоречия в бессознательное и перехода его в разряд антагонизмов (неразрешимых противоречий), то объективный конфликт обусловлен, прежде всего, противоречием инстинктов непреодолимой силе: приказы и распоряжения командования, ситуации угрозы жизни и здоровью, прямое принуждение к совершению антисоциальных действий и др. Но часто мы наблюдаем, что имеются в наличии не только приведенные противоречия; они могут возникать между мировоззрением (цензурой) и непреодолимой силой. Если рассуждать о природе явлений, то инстинкты — естественны (имеют биологическую природу), цензура — социальна (имеет общественную природу), непреодолимая сила — смешанна (точнее, ее природа включает все сферы бытия). Следует обозначить разницу в интенсивности проявления инстинктов, она обусловлена различными условиями. Основные: возраст, пол, этническая принадлежность, материальное благополучие (неблагополучие), социальный статус, особенности воспитания в семье, религиозная ориентация, образование, семейное положение, физическое и духовное здоровье. С точки зрения теории военного управления инстинкт жизни выступают помехой в процессе выполнения боевой задачи, в связи, с чем актуален вопрос о его подавлении, что реализуется через фор-

мирование новой системы ценностей и установок: реструктуризация, извлечение и дополнение цензуры Эго. Подавленное стремится проявить себя в области сознательного, что приводит к образованию невроза. Невроз есть следствие фрустрации энергии инстинкта.

И. С. Сырова*

**МИФОЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ
В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

*Кафедра специальной психологии,
Новосибирский государственный педагогический университет
Научный руководитель: д. м. н. профессор М. Г. Чухрова*

Мифологическое восприятие мира имеет столь же глубокие корни, как и рациональное. Мифологические представления существуют «изначально», как фундаментальное свойство человеческого сознания, обеспечивающее его целостность. М. Элиаде считает, что «сакральное является элементом в структуре сознания, а не стадией в истории этого сознания». Мифология существовала и существует в различных формах, которые в различной мере отвечают экзистенциальной потребности личности. Каждая эпоха, цивилизация, личность живет в пространстве своего мифа: идеологии, религии. Миф выполняет свою основную функцию: соединяет несоединимое, объясняет принципиально необъяснимое, дает ключ к «пониманию» вещей, задает стереотип социального поведения. Существует ряд отдельных теорий, рассматривающих мифологическую ментальность с разных ракурсов: с точки зрения всеобщих элементарных представлений (Elementargedanken) А. Бастиана, подсознательных сексуальных мотиваций З. Фрейда, бессознательного автоматизма Ф. Боаса, прелогизма Л. Леви-Брюля, коллективных представлений социологической школы, сенсомоторной основы интеллекта А. Валлона и Ж. Пиаже, категорий архетипов коллективной памяти М. Элиаде, коллективно-бессознательных ментальных структур К. Леви-Стросса, архетипов К.Г. Юнга, прелефлексивного сознания М. Мерло-Понти и др. Некоторые концепции имеют чисто гипотетический характер, однако все они указывают на первостепенную роль подсознания в мифологической ментальности. При этом мифология становится фактором социализации и даже объектом рационализации. В постсоветском пространстве, когда разрушена коммунистическая идеология, возросла роль мифологизации сознания, как бессознательной опоры, специфической формы поиска решения социальных противоречий. Мифы могут возникать как при недостатке информации в обществе, так и ее избытке. В этом плане показательно то, что 21 век характеризуется как век «информационного взрыва». Возникла целая индустрия квазинаучного мифотворчества, которая транслируется как через

каналы массовой коммуникации, так и через институты общества: семью, образовательные учреждения, массовую культуру в целом. Мифология - это часть общественной жизни людей, она вписана в их образ жизни, картину мира. Массовое сознание, подвергаясь глубокому психологическому воздействию со стороны средств массовой информации, является благодатной почвой для формирования мифологии, так как связано с проявлениями коллективного бессознательного. Современные СМИ апеллируют к магическому и мифологическому слоям сознания, к базовым инстинктам и глубинным уровням психики человека. Создаваемые и поддерживаемые ими квазинаучные мифы вполне востребованы широкой аудиторией, однако, феномен типологических характеристик личности, склонных к мифологизации сознания, практически не изучен. Актуально исследовать мифологическое мышление в современном обществе, особенно у молодежи. Нами исследованы психологические качества у лиц, склонных к мифологизации сознания. Показано различие ценностных ориентаций у молодых лиц разных категорий: военнослужащих, студентов-психологов, студентов-технарей, с разной степенью причисления себя к той или иной религиозной конфессии. Показаны психологические различия потенциально верующего, средне-верующего и неверующего. Психология выбора определенной веры, мотивы, которые послужили причиной обращения к вере, заставило молодых людей искать нравственные пути выхода своих личных проблем.

Ж.С. Калел

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В МЕНЕДЖМЕНТЕ

Кафедра менеджмента и маркетинга,

Институт Общественного здравоохранения

АО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Научный руководитель: к.м.н., доц. Р. А. Еркебай

Менеджмент и психология тесно связаны друг с другом. Социально-психологические аспекты присутствуют в каждом элементе управления и организации коллектива. Лидер должен умело направлять весь потенциал работников в нужное русло, объединить их усилия и добиться полного взаимодействия: слияние способностей дает больше чем простое их сложение. Увлечь их целью, которую они преследуют. Всё это упирается в психологические характеристики человека, стоящего во главе коллектива.

Лидер должен обладать некоторыми свойствами, чтобы добиться успеха: умение быстро принимать и осуществлять решения, ответственность, упорство и целеустремленность, проницательность и интеллект. От действий менеджера зависит психологическая атмосфера в организации, что может существенно повлиять на ход работы. Если он сможет разглядеть каковы

его способности, темперамент и склад ума, то сможет решить какую ему дать работу для получения наиболее эффективных результатов. Человек, получивший работу в соответствии со своими интересами и способностями, гарантирует высокую производительность и получает возможность для дальнейшего развития, карьерного роста. Общительным и активным людям следует поручать задания, требующие быстрого принятия решения, переговоры с заинтересованными лицами. А меланхоличным же, напротив, эффективнее будет дать возможность работать самостоятельно, в уединении.

Предотвращение или разрешение конфликтов возникающих в коллективе, в свою очередь, также ложится на плечи менеджера. Любой конфликт или другое негативное явление отрицательно влияет на психологическую атмосферу. Когда коллектив только сформирован, и люди ещё толком не знают друг друга, возгорание конфликта возможнее всего. В такой ситуации лидер может воспользоваться более жесткими методами управления.

При принятии важных решений можно обсудить это со своими подчиненными, выслушать их предложения или жалобы. Но, всё же нужно помнить, что угодить каждому просто невозможно и окончательное решение остается за лидером. Поэтому умение найти компромисс немаловажен.

Лидер ко всему прочему должен обладать для построения хороших отношений с подчиненными следующими качествами: доброжелательность, терпимость, манера поведения и разговора, опрятный внешний вид.

Заключение. Знание психологии полезно для создания сплоченного, работоспособного коллектива. При правильном распределении функции, индивидуальном подходу и продуманных решениях больше шансов на успех.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

В.В. Барышникова
**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ
СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ**

*Кафедра теории и технологии социальной работы
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель И.С. Ерфилова*

Обучение в высшей школе — сложный и достаточно длительный процесс, имеющий ряд характерных особенностей и предъявляющий высокие требования к пластичности психики и физиологических функций молодых людей. Являясь одной из важных составляющих процесса формирования личности будущего специалиста, высшее образование подразумевает не только усвоение знаний, но и развитие гармонично развитой личности. В процессе образования происходит формирование жизненной позиции человека, осуществляется её самореализация, самоуважение и самоутверждение. В контексте рассматриваемой проблемы вуз играет двоякую роль. С одной стороны высшая школа представляет собой особую социально-психологическую среду, попадая в которую, абитуриент вынужден расстаться с привычными для него реалиями и привыкать к новым условиям. При этом успешность адаптации студента зависит от двух основных факторов — от особенностей индивида и от особенностей образовательной среды. Помимо предоставления для абитуриента нового социального пространства, вуз формирует в своих студентах способность к адаптации в новых для них условиях, подготавливая своего будущего выпускника к эффективной деятельности в соответствующей профессиональной области. Задача вуза дать почувствовать своим студентам их собственную силу и способность достигать своих целей. Вследствие вышесказанного актуальным является выявление проблем социально-психологической адаптации студентов на всех этапах обучения в ВУЗе.

С целью выявления особенностей социально-психологической адаптации нами было проведено эмпирическое исследование студентов факультета социальной работы, в результате мы пришли к выводу, что данный процесс является наиболее сложным в процессе обучения на первом курсе, к основным трудностям можно отнести: неопределённость мотивации выбора профессии, недостаточная психологическая подготовка к ней; неумение осуществлять психологическое саморегулирование поведения и деятельности; проблемы связанные с вхождением в новый учебный коллектив; проблемы качественной организации времени.

Вследствие вышесказанного мы считаем актуальным разработку социального проекта в условиях образовательно-воспитательной среды высшего учебного заведения направленного на развитие навыков социально-психологической адаптации студентов.

Н.А. Бурдуковская
**ВНУТРИСЕМЕЙНОЕ НАСИЛИЕ КАК ПРОБЛЕМА
СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА**

*Кафедра теории и технологии социальной работы
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель И. С. Ерфилова*

Преобразования, которые осуществляются в России в последние годы, обострили многие проблемы, в том числе и социальные. К их числу, несомненно, можно отнести и проблему роста насилия в различных его формах, в том числе и насилие в семье.

Семейное насилие — явление достаточно распространенное во всем мире и во всех слоях населения, охватывающее людей разных уровней образования и любой национальности. Согласно информационным данным органов внутренних дел, анализа опыта работы центров социальной помощи семье и детям ежегодно 30–40% насильственных преступлений совершается в семьях. 70% жертв насильственных посягательств, совершенных в семье, — это женщины и дети, а также и пожилые люди.

Анализ встречающихся в настоящее время определений насилия позволяет утверждать, что до последних лет выделяли 3 основные формы насилия или жестокого обращения с детьми: физическое насилие, сексуальное насилие или развращение, психическое (эмоциональное) насилие и пренебрежение нуждами ребенка, означаемое некоторыми авторами как моральное насилие. Так, Н. Ю. Синягина ограничивается тремя основными видами, выделяя:

1. Физическое насилие — преднамеренное нанесение физических повреждений ребенку родителями или лицами, их замещающими, либо ответственными за воспитание.

2. Сексуальное насилие или развращение – вовлечение ребенка с его согласия или без, осознаваемое или неосознанное им в силу возрастной незрелости или других причин, в сексуальные отношения с взрослыми с целью получения последними выгоды, удовлетворения или для достижения корыстных целей.

3. Пренебрежение нуждами ребенка (моральная жестокость) — отсутствие со стороны родителей, опекунов или других взрослых, ответственных за воспитание ребенка элементарной заботы о нем, в результате чего нарушается его эмоциональное состояние и появляется угроза его здоровью или развитию.

Раньше домашнее насилие считалось явлением редким, это было личным делом семьи, порой замалчиваемым. Но изучение данной проблемы показало широкую распространенность такого явления и серьезные последствия. Жестокое обращение разрушительно для жертвы: низкая самооценка, убежденность в собственной неполноценности, депрессии, попытки покончить жизнь самоубийством. А у детей еще личностными и поведенческими особенностями, которые делают их малопривлекательными и даже опасными для общества.

Ф.К. Савельев

ПРОБЛЕМЫ МОЛОДЕЖНЫХ СУБКУЛЬТУР В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Кафедра теории и технологии социальной работы

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: старший преподаватель А. Л. Сюткина

Субкультуры явление достаточно значимое, обладающее определенным влиянием на развитие общественного устройства, государства, человечества в целом. Отличительной особенностью является то, что некоторые из них могут являться реальным антагонистом главенствующей культуры. В социологии — контр-культуры.

В России уже давно устоялась модель криминального поведения и взаимодействия среди молодежи. Этот фактор учитывается крайне посредственно, а во многих случаях даже пропагандируется в средствах массовой информации. Становление личности неразрывно связано с проявлением его в субкультурах, так как именно на этом этапе начинают формироваться значимые установки и убеждения, которые влияют на образ и поведение человека в обществе. Немаловажным фактором является ближайшее окружение — семья, друзья, знакомые, студенческое общество, сотрудники. Возникает процесс замкнутого круга в котором люди сами поддерживают данную мо-

дель поведения, а отход от данной модели может повлечь от простого сужения круга знакомств до полного неприятия со стороны референтной группы. Страх одиночества — одна из движущих сил поддержания модели поведения.

В современном российском обществе острое проявление контр-культур пришлось на начало 90х годов XX века. В этот период в связи с шатким положением в стране и повышенной социальной напряженностью, резко усилился поток иностранных культурных ценностей, через СМИ, печатную продукцию, видео материалы. В этом ключе и началось развитие откопированных субкультур.

Цель исследования: провести анализ влияния на общество контр-культур, сделать вывод и создать рекомендации.

С целью выявления негативного влияния контр-культур на современное российское общество, была проанализирована специальная литература, включающая в себя достоверные данные о типах и классификациях контр-культур и субкультур в целом. Их возникновение, отражение деятельности, проявление. На основе полученных данных были выявлены определенные способы воздействия на данные типы субкультур, с целью восстановления их в социальные нормы современного общества, перенаправлению рода деятельности, профессиональной и нравственной идентификации.

Данные способы воздействия путем систематического анализа были выстроены в определенную структуру, которая позволяет сфокусировать деятельность института социальной работы на более узкие и эффективные места воздействия, с целью получения максимально качественного результата за меньшее количество времени и усилия.

В связи с полученными выводами возникает актуализация данного типа проблемы, как в высокой степени значимой, так и опасной для жизни общества.

Рекомендации оформлены в систематической форме воздействия и контроля.

Ю.В. Стрельникова
**САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

*Кафедра теории и технологии социальной работы
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.социол.н., доцент Л. К. Качалов*

Изучение самосохранительного поведения студенческой молодежи на сегодняшний день достаточно актуальная и востребованная область исследова-

дований, которая призвана восполнить недостаток системных знаний о природе данного феномена в отечественной социальной работе. Именно молодёжь в своей основной массе в связи с особенностями возрастного развития являются группой риска в процессе распространения заболеваний, связанных с нездоровым образом жизни.

На сегодняшний день в практике подготовки будущих студентов медицинского ВУЗа не ведется целенаправленной работы по формированию самосохранительного поведения. Таким образом, актуальность темы обусловлена противоречием между наличием объективной необходимости и потребности общества в сохранении здоровья граждан, необходимости передачи молодому поколению стратегии поведения, направленной на сохранение и улучшение здоровья и практическим отсутствием теоретических и методологических разработок, в которых были бы представлены содержание, способы и формы обеспечения у студентов медицинского ВУЗа самосохранительного поведения.

Целью нашей работы явилось: исследование самосохранительных установок студентов факультета социальной работы; на основе полученных результатов разработать комплексный социальный проект.

Изучение самосохранительного поведения студентов позволило сделать следующие выводы: у весомого количества студентов преобладает пассивное отношение к собственному здоровью; в самосохранительном поведении студентов значительную долю занимает саморазрушающий аспект, проявляющийся прежде всего в курении, употреблении алкоголя; у большинства учащихся присутствует проблема неправильного пищевого поведения; наиболее распространенной формой студенческого досуга является «традиционная форма» (телевизор, прослушивание музыки); среди учащихся медицинского университета наблюдается устойчивый рост числа хронических заболеваний; значительное число студентов имеют сниженные показатели самочувствия активности и настроения.

На основе полученных данных нами разработан комплексный социальный проект новизна которого заключается в том, что мы предлагаем интегрированную модель формирования самосохранительного поведения учащихся в условиях образовательного процесса, данная модель реализуется в воспитательно-образовательном пространстве вуза. Следует отметить, что в основе реализации данной модели лежит непосредственная связь между приобретенными на занятиях теоретическими знаниями с одновременным получением и оценкой информации о состоянии их здоровья. У студентов нет отрыва теории от практики, что способствует интересу к своему здоровью и возрастанию ответственности за него. Вследствие реализации данной модели на практике мы приблизимся к новой концепции адаптации через высшее образование, которая даст возможность для формирования физического и психического здоровья студенческой молодёжи.

Е. В. Тищенко
**ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИНТЕГРАЦИИ
В ОБЩЕСТВО СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

*Кафедра теории и технологии социальной работы
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д. пед. н., доцент З. И. Лаврентьева*

Актуальность формирования и развития системы интеграции в общество студентов с ограниченными возможностями в России определяется в настоящее время необходимостью максимального использования потенциала инвалидов в связи с увеличением доли лиц с ограниченными возможностями в обществе и демографическим кризисом, определяющим общее сокращение населения.

По статистике, после того как молодые люди инвалиды получили образование, немногие из них трудоустраиваются, в том числе и по специальности. Причиной данного феномена являются не плохие знания, а степень интеграции студентов с ограниченными возможностями в современное общество.

В соответствии с подходом Министерства образования РФ, студент и инвалид — это два разных статуса, предполагающих дополняющие друг друга отношения между индивидом, вузом и государством. В связи с этим высшее образование инвалидов в целом представляется развивающимся по двум сценариям. В первом случае студент с инвалидностью имеет в вузе статус обычного студента со всеми вытекающими отсюда плюсами и минусами. Во втором случае студент с инвалидностью имеет в вузе статус не только студента, но и инвалида [1, с. 81]. Однако, несмотря на это состояние прав людей с инвалидностью далеки до полноценной реализации, особенно в том, что касается их полноценного участия в социальной жизни общества в целом. Как показывает практика получению инвалидами качественного высшего образования препятствуют множественные структурные ограничения, характерные для обществ со сложной стратификационной структурой.

Интеграция в обществе людей с ограниченными возможностями — это совокупность процессов и результатов их социализации, направленных на повышение социального статуса граждан с инвалидностью и повышение включенности в общественную жизнь [2, с. 116]. Следовательно, проблема заключается в том, какие технологии социальной работы наиболее эффективно влияют на интеграцию в общество студентов с ограниченными возможностями.

На основе анализа научной литературы мы пришли к выводу, что на сегодняшнем этапе организации работы со студентами с ограниченными возможностями доминирующими технологиями являются: разработка и реализация социальных программ социально-психологической, педагогической и социально-правовой поддержки, направленных на оказание всесторонней

помощи с целью включения их в полноценную жизнедеятельность; разработка системы мер по трудоустройству и эффективной занятости выпускников.

А.С.Фидоринова
**ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ КОМПОНЕНТ ЛИЧНОСТИ
ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА**

*Кафедра специальной психологии
Новосибирский государственный педагогический университет
Научный руководитель: старший преподаватель Т. Г. Орлова*

Термин Танцевально-Двигательная Терапия (Dance-Movement Therapy) принятый в международном обращении в настоящее время уже достаточно широко известен и в нашей стране, хотя в медицинском и психологическом сообществе вызывает некоторое недоумение.

К нашему большому сожалению такой профессии как — танцевальный терапевт, а тем более, танцевальный психотерапевт, у нас в стране нет и видимо не скоро появится. Поэтому заслуживают уважения усилия факультета психологии РГПУ им. А.И. Герцена по развитию и совершенствованию программы переподготовки по Танцевальной Терапии.

Поэтому проблема танцевальной терапии как метода коррекции остаётся на сегодняшний день актуальной.

Цель нашего исследования: изучить влияние танцевальной терапии на эмоционально-волевой компонент личности лица с нарушениями слуха.

Танцевальная терапия в нашем случае выступает как часть арт — терапии.

Танцевальная терапия — это психотерапевтическое использование танца и движения как процесса, способствующего интеграции эмоционального и физического состояния личности.

Танцевальная терапия применяется при работе с людьми, имеющими эмоциональные расстройства, нарушения общения и межличностного взаимодействия.

Цель танцевальной терапии — осознание собственного тела, создание его позитивного образа, развитие навыков общения, исследование чувств и приобретение группового опыта.

Психокоррекционное воздействие танцевальной терапии основано на важной роли в жизни человека его собственного тела, которое является основным средством познания и выражает нашу суть. Это способ существования в мире. То, что человек чувствует, можно прочесть по положению тела.

Эмоции — это телесные проявления, это движения или жесты внутри тела, обобщенный результат которых — некое внешнее действие. Через тело нам легче выразить свои чувства, свое состояние, чем через слова и сознание.

Изменяя положение тела, мы изменяем и душевное состояние. Изучив теорию и существующую практику танцевальной терапии, мы составили программу для коррекции эмоциональной — волевой сферы лиц с нарушениями слуха. Первичная диагностика показала, что у данной категории лиц высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, агрессивных и враждебных реакций. После проведения программы, которая включает в себя как известные техники и процедуры танцевальной терапии, так и новые наработки, была проведена повторная диагностика, которая показала, что в экспериментальной группе значительно снизились показатели по вышеперечисленным процессам, а в контрольной группе остались почти на таком же уровне и повысились. Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что танцевальная терапия снижает высокий уровень тревожности, агрессивных и враждебных реакций у лиц с нарушениями слуха, регулируя их эмоциональное состояние, поэтому ее необходимо активно вводить в коррекционную работу образовательных учреждений I и II видов, а так же в центры социальной защиты, занимающихся реабилитацией лиц с нарушениями слуха.

СТОМАТОЛОГИЯ, ОТОРИНОЛАРИНОЛОГИЯ, ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

М.К. Агзаев*

ПОКАЗАТЕЛЬ УРОВНЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Кафедра стоматологии детского возраста,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент К. С.Щелкунов

Актуальность: Исследование понимания санитарно-гигиенических знаний пациентов является актуальным, так как информированный пациент будет более мотивирован к поддержанию хорошей гигиены полости рта.

При исследовании уровня санитарно-гигиенических знаний нами был использован социологический метод: определение интегрированного показателя уровня санитарно-гигиенических знаний по методике Г.И.Разумеевой и соавт. (1987) путем анкетирования пациентов.

С целью определения уровня санитарно-гигиенических знаний пациентов было проведено их анонимное анкетирование. Показатель уровня санитарно-гигиенических знаний рассчитывали в баллах (от 0 до 1) по формуле:

$$Y = \frac{\sum a + 0,75 \times \sum b + 0,5 \times \sum c + 0,25 \times \sum d + 0 \times \sum e}{N \times n}$$

где g — интегрированный показатель уровня гигиенических знаний, опрошенных, рассчитанный в баллах;

\sum — знак суммы;

a — количество правильных ответов;

b — количество ответов, скорее правильных, чем неправильных;

c — количество ответов нейтральных;

d — количество ответов, скорее отрицательных, чем положительных;

e — количество неправильных ответов;

N — количество опрошенных;

n — число анкетных вопросов, включенных для оценки санитарно-гигиенических знаний.

Была взята группа пациентов (68 человек) которым проводилась профессиональная чистка зубов и обучение гигиене полости рта, после начала ортодонтического лечения, через 7 дней, 1 месяц, 3 месяца и 1 год после фиксации несъемной ортодонтической техники.

Значение индекса уровня гигиенических знаний до лечения составил 0,689 баллов. Через 7 дней после начала ортодонтического лечения при помощи несъемной ортодонтической аппаратуры составил 0,732 баллов, через 1 месяц 0,798 баллов, через 3 месяца 0,815 баллов и через 1 год 0,801 баллов.

Вывод: Таким образом, обучение гигиеническим навыкам полости рта показывает положительную динамику проведения гигиенического образования у данной группы пациентов и стабильность достигнутых результатов.

А.А. Гузанова ФУНКЦИИ ПОЛОСТИ РТА И ПОСЛЕДСТВИЯ ИХ НАРУШЕНИЙ

*Кафедра стоматологии детского возраста,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент К. С. Щелкунов*

Функции полости рта влияют на развитие зубочелюстной системы, нарушение функций может послужить причиной нарушения прикуса, недоразвитию верхней и нижней челюсти, к открытому прикусу, чрезмерному наклону резцов вперед (протрузия). Очень важно своевременно устранить нарушения функций, чтобы зубочелюстная система развивалась правильно.

Функции полости рта: сосание, жевание, речь, глотание, дыхание.

При рождении нижняя челюсть недоразвита и смещена назад. Это положение необходимо, чтобы при прохождении через родовые пути не травмировать н/ч

Функция сосания- грудное вскармливание: для того, чтобы захватить сосок и получить молоко, ребенок должен выдвинуть нижнюю челюсть вперед и опустить язык. За счет тяги мышц происходит рост нижней челюсти выход ее из ретроположения. Сосание обычной соски не дает необходимой нагрузки для роста нижней челюсти, что приводит к ее недоразвитию и актуально при недостаточном грудном вскармливании.

Функция дыхание. К чему приводит ротовое дыхание? Общие изменения организма — недостаточное увлажнение и согревание воздуха при дыхании,

гипоксия организма, местные изменения полости рта и полости носа, изменения конфигурации лица. Как действует ротовое дыхание? При дыхании через рот язык опускается на дно полости рта, оказывая давление на н/ч и расширяя ее, а щечные мышцы сдавливают вч, сужая ее. Из U-образного верхний зубной ряд переходит в V-образный. Происходит смена величины давления в носовой полости и полости рта, что приводит к образованию готического неба, сокращая размеры полости носа

Функция глотания. Инфантильный тип глотания: Присутствует с рождения. Кончик языка касается нижней губы, прокладывается между зубами. В процесс глотания вовлекаются все околоротовые мышцы. Инфантильное глотание приводит к формированию открытого прикуса. Соматический тип глотания: формируется при прорезывании резцов. Кончик языка касается твердое небо в области резцов в/ч. Мышцы губ во время глотания находятся в покое

Функция жевания. Нарушение функции жевания: основная причина ранняя потеря молочных зубов. Ранней считается потеря зуба более, чем за год до срока его физиологической смены! Все молочные зубы должны быть сохранены до физиологической смены, для этого необходимо регулярное посещение детского стоматолога и своевременное лечение кариозных зубов. А если ничего не делать? Нарушается рост челюсти в области отсутствующих зубов, что приводит к скученности после прорезывания постоянных зубов

Нарушение речи: При патологии прикуса нарушается произношение звуков, чаще всего шипящих и свистящих. Причины: короткая уздечка, ранняя потеря молочных зубов.

Вывод: Ранняя диагностика и своевременное лечение нарушений функций полости рта, позволяет предотвратить нарушения зубочелюстной системы открытый прикус, протрузия резцов, недоразвитие нижней и верхней челюстей.

Д.Л.Шумилова
**СНИЖЕНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ
ПОСЛЕ КОНТУЗИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА
И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ**

*Кафедра офтальмологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. В. В. Лантух*

Актуальность исследования. Повреждения органа зрения относятся к числу особо сложных клинических и социальных проблем. В современном мире человек каждый день подвергается большому числу опасностей, любя небрежность может привести к контузии глазного яблока. По данным

как отечественных, так и зарубежных авторов треть всех пациентов офтальмологического стационара составляют лица с травмами глазного яблока и его вспомогательных органов. Результат лечения зависит не только от работы врачей, но и от особенностей получения травмы и времени обращения за помощью, потому что внешние признаки повреждения не всегда отражают глубину нарушения функции органа; поэтому, не смотря на современные методы лечения, полная слепота от контузий занимает третье место среди всех случаев потери зрения.

Цель исследования: проанализировать степень нарушения зрения после контузии глазного яблока и оценить результаты их лечения.

Задачи исследования:

- определить сроки обращения за помощью;
- оценить повреждения, возникшие в результате контузии, степень нарушения зрения и возникшие осложнения;
- проанализировать результаты проведённого лечения.

Методы и материалы исследования. Были отобраны 42 пациента (45 глаз) с контузиями органа зрения, находящиеся на лечении в офтальмологическом отделении МБУЗ ГКБ №1 в течение 2011г. Из них было 8 женщин и 34 мужчины в возрасте от 17 до 80 лет. С контузиями I степени — 7 человек, II степени — 16 человек, III степени — 22 человека. На первом этапе оценивались обстоятельства получения контузии, которые были разделены на группы: производственные, спортивные, бытовые, криминальные. На втором этапе определялась степень снижения остроты зрения по сравнению с исходной с помощью таблиц Головина – Сивцева, исследовались проходящим светом прозрачные среды глаз, проводилась биомикроскопия с использованием щелевой лампы, а также при необходимости измерялось внутриглазного давления аппланационным тонометром Маклакова. На третьем этапе сравнивались данные, полученные при поступлении в стационар с данными, полученными перед выпиской. При проведении анализа данных, также учитывались сроки обращения за помощью и возникшие осложнения.

Результаты исследования. В результате проведённого исследования удалось выявить, что наиболее часто встречающийся механизм получения травмы в различных возрастных группах разный: среди мужчин среднего возраста преобладает производственный травматизм, в более молодом возрасте — криминальный, в пожилом возрасте — бытовой, а также в отдельных случаях встречается спортивный травматизм. На втором этапе исследования подтвердилось, что действительно контузия глазного яблока может вызвать существенное снижение остроты зрения вплоть до его полной потери (3 случая). При сравнении остроты зрения до и после лечения у значительной части пациентов отмечается улучшение зрения, у остальных сыграли роль либо позднее обращение за помощью, либо возникшие осложнения, которых не возможно было избежать.

И. М. Пунтусенко, С. В. Андреев*
**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ФУРУНКУЛАМИ И
КАРБУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
В ГОРОДЕ НОВОСИБИРСКЕ**

*Кафедра госпитальной хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: А. М. Горячкин*

Введение. В настоящее время всё чаще и чаще мы слышим сообщения об увеличении числа пациентов обратившихся к врачам по поводу инфекции кожи и мягких тканей. Пальмой первенства среди хирургических инфекции кожи и мягких тканей обладают фурункулы и карбункулы. Челюстно-лицевая область не является исключением. Такие пациент, как правило обращаются к хирургам-стоматологам, или челюстно-лицевым хирургам. Всё вышеперечисленное с подвигло нас изучить статистику заболеваемости фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области в городе Новосибирске и по возможности определить возможные причины её роста в последние годы.

Цель исследования.

- 1) Изучить статистику заболеваемости фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области в городе Новосибирске.
- 2) По возможности определить факторы влияющие на заболеваемость фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области.

Задачи исследования.

- 1) Выявить частоту обращаемости в ОЧЛХ МУЗ ГКБ №34 пациентов с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области.
- 2) Проанализировать заболеваемость фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области в различных возрастных группах и по половому признаку.
- 3) Определить количество осложнений и летальных исходов.
- 4) Проанализировать видовой состав микрофлоры вызывающей развитие фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области.
- 5) На основе исследования определить возможные факторы, влияющие на заболеваемость фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области.

Основная часть. Исследование проводилось на базе отделения челюстно-лицевой хирургии МУЗ ГКБ № 34, рассматривались все случаи обращения с фурункулами и карбункулами лица и шеи, в период с 2002 по 2011 годы. В процессе исследования были проанализированы следующие данные: 1) Пол пациентов; 2) Возраст пациентов; 3) Характер возбудителя; 3) Наличие сопутствующих заболеваний иотягощающих факторов; 4) количество ослож-

нений и летальных исходов; 5) Рассмотрены возможные причины влияющие на структуру заболеваемости фурункулами и карбункулами лица и шеи.

Выводы.

На основании проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы:

1) В последнее время заболеваемость фурункулами и карбункулами головы и шеи имеет тенденцию к увеличению, как среди мужчин, так и среди женщин.

2) Основными возбудителями фурункулов и карбункулов являются микроорганизмы постоянно персистирующие на кожных покровах, что можно связать со снижением иммунных механизмов защиты организма.

3) Увеличивается число пациентов с анамнезом отягощённым сопутствующими заболеваниями и пагубными привычками, и достигает максимума в возрастных группах от 20 до 45 лет.

Н. С. Апраксина, О. Б. Тремасова ОЦЕНКА УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ

*Кафедра стоматологии детского возраста,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Ю. Апраксина*

Актуальность. В настоящее время, на фоне развивающейся стоматологии, остаются высокими показатели заболеваний твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта среди населения в регионах нашей страны.

Цель. Оценить уровень стоматологического просвещения младших школьников, а так же родителей детей, посещающих дошкольное учреждение старших групп.

Материалы и методы. Исследования проводились в 2011 году среди младших школьников МОУ СОШ № 169 Дзержинского района, среди родителей детей старших групп в ДООУ № 455 Кировского района г. Новосибирска. В анонимном анкетировании приняли участие 48 детей 8–10 лет и 131 родителей детей 4–6 лет. Среди младших школьников, а так же среди детей 2-х групп детского сада 4–5 лет проведены уроки гигиены в форме сказок продолжительностью 30–40 минут. Нами так же учитывались литературные данные по методам первичной профилактики заболеваний полости рта, применяемых на сегодняшний день.

Результаты. По данным анкетирования детей выявлено, что 58 % опрошенных чистят зубы 2 раза в день. Меняют зубную щетку 4 раза в год 39 %.

40 % детей посещают стоматолога 2 раза в год. Причиной обращения к стоматологу в 77 % случаях — зубная боль. По результатам анкетирования родителей выяснено, что 80 % детей двукратно чистят зубы. Чистит зубы ребенок самостоятельно в 52 %. После еды советуют ребенку прополоскать рот 56 % родителей. Знания о пользе для зубов некоторых продуктов: молока — у 87 % опрошенных, сыра — 81 %, рыбы — 68 %, мяса — 35 %, мёда — 13 %, фруктов — 6 %. Посещение стоматолога детьми в 45 % случаев — при наличии жалоб. 40 % опрошенных меняют зубную щетку ребенку 1 раз в квартал. Применяемые методы профилактики — зубные пасты со F и Ca у 65 % опрошенных. 55 % родителей получили знания о здоровье зубов от стоматолога.

Выводы. По результатам работы — информированность среди детей, а так же родителей о возможности предупреждения стоматологических заболеваний, находится на недостаточном уровне. Проведение уроков гигиены среди детей дошкольного и младшего школьного возраста способствует повышению их мотивации к сохранению своего здоровья, выработке навыков по гигиене полости рта.

М.М. Пупышева
**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ
ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ**

*Кафедра офтальмологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. В. В. Лантух*

Актуальность. Во многих развитых странах глаукома была и остается одной из главных причин слепоты. Консервативное лечение первичной глаукомы часто бывает малоэффективным. Оперативные способы почти всегда снижают внутриглазное давление до нормы, однако, велик риск развития интра- и послеоперационных осложнений. Поэтому безопасные лазерные способы профилактики прогрессирования глаукомы приобретают в настоящее время все большее значение.

Цель. Продемонстрировать, что лазерное лечение глаукомы — быстрый, безопасный, высокоэффективный метод профилактики прогрессирования глаукомы и предотвращения слепоты.

Материалы и методы. Совместно с врачами клиники профессора Лантуха проведено лазерное лечение 6 пациентов с различными формами первичной глаукомы. У трех пациентов — закрытоугольная форма глаукомы, у двух — открытоугольная с узким профилем, у одного — открытоугольная форма глаукомы. Методика лазерной трабекулопластики при открытоугольной форме глаукомы состояла в следующем: использовался аргоновый лазер, ко-

торый позволял добиться более «мягкого» рубцевания участков трабекулярной зоны с более выраженной последующей тракцией. Лазертрабекулопластика заключалась в коагуляции трабекулы по одной трети окружности угла передней камеры глаза слегка расфокусированным лучом. При закрытоугольной, а также при открытоугольной форме глаукомы с узким профилем производилась лазерная иридотомия по стандартной методике с помощью YAG- лазера, сквозная перфорация радужной оболочки с формированием колобомы радужки. Внутриглазное давление измерялось до операции, через час после операции, через неделю и через месяц после операции.

Результаты. Все пациенты перенесли вмешательство без каких-либо осложняющих моментов. Сама процедура практически не вызывала дискомфорта у пациентов и длилась 5–7 минут. Внутриглазное давление измерялось до операции, через час после операции, через неделю и через месяц после операции по методу Маклакова и автоматическим пневмотонометром. Через час и через неделю после операции у всех больных внутриглазное давление было на 3–5 мм рт. ст. ниже, чем до лазерного вмешательства; на этом же уровне внутриглазное давление сохранялось и через месяц после лазерного вмешательства. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы. Лазерное лечение глаукомы является высокоэффективным неинвазивным методом профилактики прогрессирования глаукоматозного процесса, средством снижения внутриглазного давления у пациентов с первичными формами глаукомы при отсутствии компенсации от медикаментозного лечения.

И.А. Мельникова*

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА 3D-ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Кафедра стоматологии детского возраста,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. Ю. К. Железная*

Актуальность исследования. Эстетические требования наших пациентов в условиях современного мира гораздо выше, чем раньше. Ведь улыбка — визитная карточка каждого человека. Как правило, наши пациенты просят нас выровнять зубы, но не обращают внимание на проблемы, связанные с околозубными тканями. Поэтому, зачастую, забывая о состоянии десен, обращаются к нам за помощью уже на запущенных стадиях. В настоящее время ортодонты озадачены вопросом уменьшения частоты появления пародонтальных проблем (рецессий десны в области перемещаемых зубов) у пациентов, заканчивающих ортодонтическое лечение.

Цель исследования. Целью исследования является внедрение метода 3D-анализа в повседневную практику врача-ортодонта для своевременной диагностики проблем тканей пародонта и принятию мер по приостановлению данного процесса.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования была взята группа в количестве 40 человек, которые находились на завершающих этапах ортодонтического лечения. Пациенты были разделены на 2 подгруппы. 1 подгруппу составили подростки в возрасте от 12 до 18 лет (20 чел.). 2 подгруппу составили взрослые от 18 лет и старше (20 чел.). У 13 человек была установлена брекет-система Roth, у 17 человек — брекет-система Damon, 10 человек — брекет-система Alexander. Методы исследования: антропометрический анализ моделей челюстей, ТРГ черепа в боковой проекции, ОПГ — на этапах планирования лечения; КТГ — на этапе завершения ортодонтического лечения.

Результаты исследования. В 1-ой подгруппе проблем с пародонтом по окончании ортодонтического лечения не наблюдалось. Во 2-ой подгруппе у 5 человек отмечалось появление ограниченных рецессий десны в области перемещаемых зубов.

Выводы. Сейчас в современной практике в основном используют панорамные снимки, и только относительно недавно в стоматологии стали применять 3D-изображения. В ходе исследования подтверждена целесообразность использования анализа КТГ на этапах планирования, в процессе и окончании ортодонтического лечения.

Заключение. Внедрение инновационных технологий в диагностику и лечение ортодонтической патологии позволят оптимизировать работу врача-ортодонта, поднимая её на качественно новый уровень. От этого зависит эффективность, а самое главное, долговременная стабильность положения зубов и здоровье пародонтальных тканей.

О.Е.Захарова

РОТОВЫЕ ДЫХАНИЕ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Кафедра стоматологии детского возраста

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н, ассистент К.С.Щелкунов

Актуальность. Ротовой тип дыхания — одна из причин развития зубочелюстных деформаций, в значимости которой сегодня мало кто сомневается — известен довольно давно. Ротовое дыхание довольно часто встречается у детей. Зубочелюстные деформации, развившиеся у детей в результате ротового типа дыхания, не способны к саморегуляции, и с возрастом идёт лишь ухудшение состояния.

Цель. Оценить причины, которые приводят к нарушению функции дыхания. Почему они возникают, в каком возрасте, что косвенно способствует развитию отклонения. Разработать схему ведения ребенка для предотвращения развития ортодонтических нарушений.

Материалы и методы. Причины, провоцирующие появление ротового типа дыхания, — затруднённое носовое дыхание, гипертрофия аденоидов и миндалин, аденоидит, риниты, искривление носовой перегородки, травмы носа, аномалии развития полости носа, инородные тела, полипоз носа, неоплазмы, астма и др.

И постепенно у ребёнка, дышащего ртом, развивается синдром обструкции дыхательных путей: сужается верхняя челюсть, приобретает V-образную форму, может вертикальные пропорции лица — лицо становится вытянутым («аденоидный тип лица»), губы не смыкаются, ноздри сужаются, угол нижней челюсти разворачивается, подбородок «остаётся» позади, становится «скошенным».

Кроме того, ротовой тип дыхания оказывает значительное влияние и на общесоматическое состояние ребёнка: снижается газообмен и содержание кислорода в артериальной крови, вследствие чего уменьшается щелочной резерв крови, а также снижается интенсивность окислительных процессов в тканях.

Вывод. Лечение патологических изменений верхних дыхательных путей должно проводиться своевременно и комплексно. При подозрении на наличие каких-либо проблем в носоглотке пациент направляется на консультацию к оториноларингологу (ринологу), при необходимости — к врачам других специальностей, а к ортодонт. К сожалению, ЛОР-специалист имеет возможность контролировать лишь мягкие ткани полости носа — слизистую оболочку носа, задачи ортодонта — устранение уже возникших вторичных изменений верхней челюсти, прикуса в целом и полости носа в частности для более адекватного лечения патологии носоглотки.

А. В. Вострикова, Г.А. Асеев, Е.Е. Бобылева
ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПОЛОСТИ РТА
МЕТОДОМ АНКЕТИРОВАНИЯ

*Кафедра анатомии человека,
кафедра стоматологии детского возраста,
Новосибирский государственный медицинский университет*
*Научные руководители: д. м. н., проф. С. В. Залавина,
к. м. н., доц. Е. Ю. Анпраксина*

В соответствии с заключением экспертов ВОЗ, состояние здоровья населения лишь на 10% определяется развитием медицины и медицинской

помощи, на 20% — наследственными факторами, на 20% — состоянием окружающей среды. В 50 % здоровье определяется образом жизни человека. Применительно к проблемам стоматологических заболеваний не вызывает сомнений то, что ведущей основой для развития кариозного поражения зубов принадлежит плохой гигиене ротовой полости. Образование налета на зубах с последующим образованием микробной биопленки дает старт кариозной болезни зубов. Поэтому для студента-стоматолога в процессе профессиональной подготовки чрезвычайно важным является практическое овладение навыками гигиены полости рта, которые реализуется в процессе обучения в ВУЗе. А изучение гигиенических навыков путём анкетирования, практического определения гигиенических индексов полости рта и составление предметных рекомендаций, основанных на полученных результатах, способствуют активизации этого процесса и закреплению теоретических знаний на практике. В оценке пищевых пристрастий в практике врача-стоматолога наиболее важна коррекция количества принимаемых углеводов. Учитывая выше сказанное, на стоматологическом факультете НГМУ в течение трёх лет проводится работа по изучению навыков и особенностей гигиены полости рта, а также особенностей питания в студенческой среде.

На 1 этапе исследования проводится анкетирование среди школьников 8–11 классов и студентов различных факультетов (стоматологический — 1, 2, 3 курсы, фармацевтический — 2 курс, экологический — 3 курс, лечебный — 1, 2 курсы, педиатрический — 1, 2 курсы). В опросе приняли участие 629 человек, в том числе 102 школьника. В анкету, разработанную студентами при консультативной помощи специалистов-стоматологов различных специальностей, включены вопросы, выясняющие предпочтения при выборе зубных паст, ополаскивателей, зубных щёток и нитей, а также количество гигиенических обработок полости рта у студентов разных факультетов НГМУ и школьников с учётом пола, национальности, места рождения и проживания. Выясняется количество и частота употребления в повседневной диете кариесогенных продуктов, а также продуктов питания, стимулирующих очищение полости рта. При обработке данных анкетирования было выявлено, что 9 % опрошенных студентов чистят зубы 1 раз, 78 % — два раза и 3 % — три раза в сутки. Среди школьников 23% — 1 раз, 62% — два раза и 14% — три раза в сутки. 72% респондентов предпочитают зубные пасты фирмы «Colgate», 28 % «Blend a med», 18 % «Lacalut» и 32 % — другие марки зубных паст. Причем и студенты, и школьники ответили практически одинаково. При выборе зубной пасты с врачами советуются 44 %, с родителями 41 %. Ориентируются на информацию фирм-производителей 16 % студентов. Однако в школьной среде на рекламу ориентируются 27% респондентов. Осведомлены о свойствах зубных паст 71,8 % опрошенных студентов и 67% школьников. При выявлении пищевых пристрастий выявлено, что большая часть студентов, как и школьников, ежедневно употребляют сладости (46 %), 41 % студентов и 27% школьников — 2–3 раза в неделю, 13 % один раз в

неделю. Процент ежедневного потребления сырых овощей и фруктов среди учеников средней школы составил около 40%.

В будущем на основе полученной информации при анкетировании и оценке гигиенического статуса полости рта планируется разработка адресных рекомендаций для оптимизации питания, а также гигиены ротовой полости.

О. А. Залавина, К. А. Росинский, Ш. Х. Разыков
**РОЛЬ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

*Кафедра анатомии человека,
кафедра стоматологии детского возраста,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. С. В. Залавина,
к.м.н., доц. Е. Ю. Апраксина*

В проекте Федеральной государственной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России (2010) определено, что распространенность кариеса зубов среди детей остается на уровне в 2 раза выше по сравнению со странами Западной Европы, США и др. Кариозная болезнь и распространенность воспалительных заболеваний пародонта среди взрослого населения России не имеет тенденции к снижению. Отмечается то, что большая доступность стоматологической помощи и более высокое качество ее оказания в крупных городах уравниваются негативным влиянием на стоматологическое здоровье экологических факторов, таких как загрязнение окружающей среды. Известно, что лучшие показатели здоровья среди экономических районов России демонстрируют Центрально-Черноземный и Северо-Кавказский районы, в то время как Западно-Сибирский и Дальневосточный районы делят 10 и 11 места. Проведенные исследования атмосферного воздуха на отдельных “средненапряженных” магистралях г. Новосибирска показали присутствие в воздухе в концентрациях превышающих допустимые в 1,2–10 и более раз таких ингредиентов отработавших газов автотранспорта, как оксид углерода, оксиды азота, формальдегид, свинец и др. тяжёлых металлов (Акулов А. И., Мингазов И. Ф., 2006).

Цель данного исследования — выявить особенности минерального обмена у жителей Новосибирска в условиях накопления тяжёлых металлов.

Для изучения обмена биоэлементов использованы волосы. Аналитические исследования выполнялись методом атомной эмиссионной спектроскопии 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.

Из общего количества обследованных (3602) жителей города Новосибирска условно эссенциальные элементы встречались со следующей частотой: свинец (Pb) у 428 человек — 11,9 %; кадмий (Cd) у 408 человек — 11,3 %; алюминий (Al) у 346 человек — 9,6 %; олово (Sn) у 165 человек — 4,5 %; титан (Ti) у 152 человек — 4,2%; ванадий (V) у 146 человек — 4,0 %; никель (Ni) у 116 человек — 3,2 %; мышьяк (As) у 75 человек — 2,0 %; ртуть (Hg) 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 эссенциальных элементов, как Zn — 89 %, Mg — 76,2 %, Ca — 57,1 %, P — 65 % и др. Не нуждается в доказательстве положение о том, что дефициты Ca и P лежат в основе развития кариозного процесса, а также в основе патологии опорно-двигательного аппарата (Rythén M., 2010; Simakova T. G., et al, 2011; Dvorak G. et al, 2011). По данным M.M. Belluci et al (2011) магний-дефицитная диета негативно влияет на метаболизм костной ткани, а также на костную ткань вокруг имплантата, вызывая уменьшение общей массы кости, плотность расположения костных балок и толщину пластинки компактной кости. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о значительных изменениях в обмене биоэлементов, что является биохимическим субстратом для развития стоматологической патологии у жителей Новосибирска.

Е. С. Исаева, Ю. С. Боровая
ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТНОЙ АНАТОМИИ ЗУБОВ МЕТОДОМ
ОДОНТОМЕТРИИ

*Кафедра анатомии человека,
кафедра ортопедической стоматологии
Новосибирский государственный медицинский университет*
*Научные руководители: д. м. н., проф. С. В. Залавина,
к. м. н. Н. А. Иванова*

Анатомия зубов человека — предмет пристального внимания специалистов самого разного профиля: стоматологов, судебных медиков, антропологов, палеонтологов и др. Знание особенностей морфологии зубов является базовым в стоматологии и имеет важное практическое значение при реставрации и реконструкции зубов. Форма, цвет и размеры зубов особенно при улыбке, — это первое впечатление, которое мы получаем при общении с людьми. Потеря зубов в течение жизни существенно затрудняет сохранение природной гармонии. Задачей врача-стоматолога является определение тяжести появившихся нарушений и оптимальное восстановление нарушенной гармонии зубо-челюстно-лицевых структур.

Однако встречается довольно большое число изменений формы, размеров, количества и положения зубов. Для изучения особенностей зубных рядов у современных молодых людей на кафедрах ортопедической стоматологии и анатомии человека проводится одонтометрия на гипсовых моделях зубных рядов. Гипсовые модели с зубных рядов студенты стоматологического факультета изготавливают самостоятельно. В настоящее время измерения проведены для группы фронтальных зубов (верхних, нижних резцов и клыков) и малых жевательных зубов. Всего обработано 75 гипсовых моделей зубов: 30 мужских и 45 женских.

Полученные результаты показывают, что верхний медиальный резец имеет наибольшие размеры коронки. В группе мужчин высота коронки составляет 9,4 мм, ширина режущего края 8,6, вестибуло-язычный размер 7,3. В группе девушек высота коронки указанного зуба составляет 9,2, ширина режущего края — 7,4 мм, вестибуло-язычный размер — 6,9 мм. Режущий край верхнего медиального резца в 93,7 % наблюдений имеет форму прямой линии, а в 6,3 % случаев слегка изогнутую форму со стороны медиальной и дистальной поверхностей. Верхний латеральный резец имеет только ему характерные особенности. Форма его вестибулярной поверхности вариабельна. У мужчин высота коронки равна 7,8 мм, длина режущего края 6,4 мм, а вестибуло-оральный размер составляет 6,0 мм. Резцы нижней челюсти имеют меньшие размеры, при этом медиальный резец имеет самую маленькую коронку. При этом высота коронок нижних резцов не имеет половых различий, а длина режущего края больше у мужчин. Латеральный нижний резец крупнее медиального. Высота коронок верхних клыков не имеет половых различий. При сравнении высоты коронок правого и левого отличия также не выявлены. Латеральное ребро режущего края оказалось длиннее и у девушек, и у юношей. Медιο-дистальный размер преобладает у правого клыка в обеих группах. У нижних клыков высота коронки и её медιο-дистальный размер больше чем у левого, что сопровождается большей длиной рёбер режущего края. Жевательная поверхность премоляров в подавляющем проценте случаев имеет двубугорковую форму (96 % у юношей и 98 % у девушек). На верхних премолярах мезио-дистальный размер преобладает у мужчин, а вестибуло-оральный у девушек. Высота коронки первого премоляра преобладает у девушек, а латерального премоляра у юношей. У нижних премоляров — высота коронок и мезио-дистальный размеры преобладают у мужчин, а вестибуло-оральный размер у девушек. 78,33 % юношей и 79,15% девушек имеют 3–4 бугорка на нижних молярах, 77,82 % юношей и 78,53 % девушек имеют 3–4 бугорка на верхних молярах. При измерении моляров нами определено, что все учитываемые размеры больше у юношей, чем у девушек, лишь вестибуло-оральный размер преобладает у девушек.

Ю.С. Суртаева
МЕТОД КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ СЛИЗИСТОЙ ЯЗЫКА

*Кафедра анатомии человека,
кафедра ортопедической стоматологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д. м. н., проф. С. В. Залавина,
к. м. н., асс. Н. А. Иванова*

Проблема заболевания слизистой оболочки полости рта необычайно широка. Она охватывает многочисленный круг вопросов. В доступной медицинской литературе широко представлено описание различного вида налёта на спинке языка, описывается рельеф борозд и складок на языке. Активно рассматриваются возможные патогенетические механизмы возникновения и развития изменений специализированной слизистой языка. В современных научно-медицинских трудах указывается, что заболевания слизистой оболочки полости рта рассматривать лишь как местный патологический процесс, связанный с негигиеническим содержанием полости рта и воздействием местных патогенных факторов, неверно. Отмечается, что ротовая полость имеет тесную анатомо-физиологическую взаимосвязь с разными системами организма, рецепторы слизистой оболочки полости рта имеют обширную взаимосвязь с центральной нервной системой, с сердечно-сосудистой, эндокринной и другими системами. Этим обусловлен тот факт, что большинство заболеваний слизистой оболочки полости рта обусловлено нарушениями функции определенных систем организма, в первую очередь желудочно-кишечного тракта. Однако в научно-медицинской литературе нет сведений, отражающих количественную характеристику особенностей строения специализированной слизистой языка. Отсутствуют данные, отражающие количество различных видов сосочков в различных отделах спинки языка. Нет количественной информации о возрастных, половых, индивидуальных особенностях слизистой языка. Вся информация носит описательный характер.

В связи с выше изложенным целью нашего исследования явилась разработка метода количественной оценки строения специализированной слизистой языка.

Для достижения поставленной цели в рамках практических занятий на кафедре ортопедической стоматологии студенты 2 и 3-го курсов стоматологического факультета отрабатывали приёмы изготовления слепков языка. Для этого — с помощью альгинатной массы снимается слепок с языка. В дальнейшем слепок используем для отливки модели из гипса. В настоящее время изготовлено 18 слепков языка. Полученные слепки хорошо сохраняют все особенности строения разных видов сосочков языка. Изготовление слепков сопровождается фотографированием доступных участков языка. Количество желобоватых сосочков регистрируется при осмотре полости рта, это связано с тем, что при изготовлении модели языка желобоватые сосочки не

всегда попадают в зону слепка. Для количественной оценки строения слизистой языка мы изготовили трафарет площадью 5 мм², который накладываем на различные участки языка (в каждом отделе языка по четыре наложения трафарета). Внутри пространства, ограниченного трафаретом, считается общее количество нитевидных и грибовидных сосочков. Обсчёты проводятся в 3-х областях: на кончике языка, в средней трети языка и в области перед пограничной бороздой. Для выявления соответствия количества сосочков в разных половинках языка обчёты проводим симметрично справа и левой сторон. По краям языка учитывается количество листовидных сосочков.

Мы полагаем, что предложенная нами методика позволит объективно оценивать особенности морфологии специализированной слизистой языка у условно здоровых людей, а также может быть использована для количественного изучения слизистой в условиях различных стоматологических и общесоматических заболеваниях.

Я.Б.Славута, О.Б.Тремасова
**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ
СТОМАТОЛОГОВ-ТЕРАПЕВТОВ Г. НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра терапевтической стоматологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. м. н., доц. Т. В.Зверева*

Актуальность темы: Многолетние исследования ряда авторов свидетельствуют о том, что заболеваемость стоматологов более высокая, чем среди населения в целом (А.А. Калининская, Д.Г. Куницына, 2006, Н.О.Петренко, 2009). Труд стоматологов связан с наличием профессиональных рисков, вызванных повышенной нервно-эмоциональной напряженностью, воздействием ряда неблагоприятных для их здоровья производственных факторов, таких, как вынужденная рабочая поза, нерациональное освещение, опасность передачи инфекций, контакт с аллергенами и токсичными веществами, шум, вибрация и т.д.

Целью исследования явилось: изучение состояния здоровья врачей стоматологов г. Новосибирска, выявление основных причин его ухудшения, а также изучение отношения самих врачей к состоянию своего здоровья.

Материалы и методы. Нами было проведено анонимное анкетирование 136 врачей-стоматологов. Зависимость распространенности заболеваний от стажа работы изучена в различных возрастных группах: до 30-ти, 30–40, 40–55 и старше 55 лет. Анкетирование врачей проводилось в стоматологических кабинетах различных форм собственности.

Результаты исследования: В 50% случаев стоматологи оценили свое здоровье как удовлетворительное, в 38 % — как хорошее и в 12 % — плохое. При этом, в группах до 30 и 30–40лет абсолютно здоровыми считают себя 520

12 % , в 40–55 лет — 10 %, старше 55 лет только 4 % врачей. По данным анкетирования, во всех возрастных группах, наиболее распространены заболевания опорно-двигательного аппарата — остеохондроз различных отделов позвоночника, который встречается в 82% случаев, из них в группе до 30 лет — 48%, 30–40 лет — 81%, 40–55 лет — 94% и старше 55 лет — 100%. Далее по убывающей частоте встречаемости отмечены заболевания: гастрит — 38%, близорукость — 27%, аллергические реакции — 21%. При ответе на вопросы относительно условий работы, 41% врачей указали, что игнорируют правила эргономики, 65% работают без ассистента. Защитный экран или очки используются только в 63% случаев. Маски и перчатки в 98% случаев. 68% респондентов в случае заболевания занимаются самолечением.

Выводы. По сравнению со среднестатистическими показателями заболеваемости населения, распространенность среди стоматологов таких заболеваний, как гастрит, близорукость, аллергические реакции не выше среднестатистических: частота встречаемости гастрита среди населения достигает 30–50% (Минушкин О. Н., Зверков И. В., 2003), близорукости 22–36% (Таратута Е.П., 2004), аллергии — более 20% (Лусс Л.В., 2003), что согласуется с полученными нами данными. Заболеваемость остеохондрозом стоматологов, по сравнению с заболеваемостью населения в целом, в возрастных группах до 30 и 30–40 лет, значительно превосходит среднестатистические показатели (К.И.Шапиро, 1998) в 2,7–2,8 раза, а в старших возрастных группах превышает эти показатели на 18–20%. По нашему мнению, именно профессиональные факторы, такие как длительные статико-динамические нагрузки, несоблюдение эргономики и небрежное отношение к своему здоровью, способствует возникновению и усугублению остеохондроза. Для сохранения здоровья и поддержания трудоспособности врачей стоматологов на длительный период времени, докторам следует не только соблюдать правила эргономики, но и ответственно относиться к своему здоровью.

Ю.С.Борисова, А.А.Хандоженко
**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА
ПО ДАННЫМ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ**

*Кафедра терапевтической стоматологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к. м. н., доц. Т.В.Зверева,
к.м.н., доц. Н.Б.Бородина*

Актуальность. Лечение осложненных форм кариеса зубов остается важной проблемой современной стоматологии вследствие широкого распространения данной патологии. Стоматологический статус населения

страны, имеет устойчивую тенденцию к ухудшению. Распространенность осложнений кариеса среди взрослого населения составляет от 51 % до 93%. Осложнения кариеса являются причиной ранней потери зубов, что определяет большую социальную значимость данной проблемы.

Целью исследования явилось изучение стоматологического статуса и эффективности эндодонтического лечения населения города Новосибирска.

Материалы и методы. Проведен анализ данных клинико-рентгенологического стоматологического обследования 492 лиц в возрасте от 18 до 74 лет. Пациенты разделены по полу и возрасту. Возрастные группы были выделены согласно рекомендациям ВОЗ(1997 г.). Всем обследованным было проведено комплексное стоматологическое обследование с использованием клинических и рентгенологических методов.

Результаты. В целом в группе выявлено 1856 зубов, леченных по поводу осложненного кариеса. Среднее число эндодонтически леченных зубов на одного обследованного составило $3,71 \pm 0,12$. Статистически значимые отличия в этого показателя отмечаются у женщин с 30–40 лет, достигая максимума в 45–59 лет, а у мужчин - в старшей возрастной группе (от 60 лет и старше). С увеличением возраста установлено статистически значимое увеличение удаленных зубов в структуре КПУ как у мужчин ($7,77 \pm 0,88$), так и у женщин — $11,04 \pm 1,11$ на одного обследованного.

Анализ рентгенологической картины показал низкий уровень качества эндодонтического лечения зубов в 49% случаев. Среди однокорневых зубов качественное пломбирование (гомогенно, на полную рабочую длину) наблюдалось в 57 % случаев, а в многокорневых — 48%. Среднее число зубов, в области которых рентгенологическая картина соответствовала всем критериям качества пломбирования, составило $1,86 \pm 0,09$ на одного обследованного. Деструктивные изменения в области верхушки корня имелись у 36 % зубов.

Сравнительный анализ качества пломбирования каналов зубов показал, что неполная obturation корневого канала является преобладающим компонентом в структуре всех ошибок пломбирования. Распространенность случаев неполной obturation составила 43% в однокорневых и 49% в многокорневых зубах. В остальных случаях некачественной obturation было отмечено негетогенное заполнение корневого канала в 13% случаев в однокорневых и в 20% случаев в многокорневых зубах, отсутствие рентгеноконтрастного материала в корневом канале наблюдалось в 14% случаев в однокорневых и в 20% случаев в многокорневых зубах. Удельный вес случаев с выведением пломбировочного материала за верхушку зуба в однокорневых зубах превышал в 4 раза аналогичный показатель в многокорневых зубах (29% и 7% соответственно). Распространенность таких ошибок, как латеральная перфорация корня, перфорация дна полости зуба, отлом инструмента колебался от 1 % в однокорневых до 4 % в многокорневых зубах.

Выводы. Установлена высокая потребность в повторном эндодонтическом лечении зубов жителей города Новосибирска. Половина эндодонти-

чески леченных зубов подлежит перелечиванию, что косвенно свидетельствует о несоблюдении этапов механической обработки и пломбирования корневых каналов. Таким образом, анализ качества эндодонтического лечения указывает на необходимость повышения уровня теоретической и практической подготовки стоматологов и внедрения в практику современных методов диагностики и лечения осложненного кариеса.

С.А.Фидиркина
**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ
ТКАНЕЙ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ ЭРБИЕВО-ХРОМОВОГО
ЛАЗЕРА НА КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА.**

*Кафедра терапевтической стоматологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель к.м.н., доц. Т. В. Зверева*

Актуальность темы. На сегодняшний день распространенность и интенсивность кариеса зубов среди населения России достигает 99% (Боровский Е. В., 2006, Кузьмина Э. М., Максимовский Ю.М., 2008). Стандартные операции, проводимые стоматологом при лечении кариеса — иссечение патологически измененных тканей зуба бором и восстановление дефекта пломбировочным материалом. Традиционное препарирование борами ограничено рядом клинических и морфологических факторов. Неизбежность температурного воздействия на ткани зуба вызывает возникновение боли в момент препарирования и нередко приводит к воспалительным процессам в пульпе. Формирование смазанного слоя, эмалевые сколы и микротрещины, возникающие при ротационной обработке кариозных полостей, снижают прочность адгезионного сцепления поверхности зуба с пломбировочным материалом. Уже через полгода 30% пломб из композиционных материалов становятся несостоятельными, через год — более 50% (Е.В.Боровский, 2001; А.И.Николаев, Л.М. Цепов, 2004). Частота рецидивирующего кариеса через год составляет 28,8%, а через 2 года — 46,12% (G. Mayer, 2000). Благодаря развитию современной стоматологии для препарирования твердых тканей зубов используется не только ротационные боры, но и лазер. На сегодняшний день данная методика не получила широкого распространения в РФ ввиду высокой стоимости оборудования. Однако требования пациентов к качеству стоматологического лечения возрастают, в связи с этим использование лазера представляет значительный интерес.

Цель исследования. Выявить преимущества и недостатки препарирования твердых тканей зубов с помощью эрбиево-хромового лазера по сравнению с традиционным ротационным способом.

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты лечения кариеса дентина у 40 пациентов, препарирование твердых тканей зубов

у которых осуществлялось с помощью лазера Waterlase ErCrYSGG Biolase с длиной волны 2870 нм. Всем пациентам лечение проводилось без анестезии. Контрольное исследование эффективности лечения осуществляли во время лечения, через 7 дней, затем через 1 год. Методами контроля служили данные опроса, визуальное исследование, зондирование, прибор для выявления кариеса Diagnodent Pen.

Результаты. Нами было выявлено, что в момент препарирования все пациенты отмечали психологический комфорт в связи с отсутствием шума бормашины и безболезненностью процедуры. Установлено, что чувствительность твердых тканей при препарировании эрбиево-хромовым лазером значительно ниже, чем при традиционном механическом препарировании, так как удаляются только некротизированные ткани. Основываясь на том, что лазер обладает бактерицидным свойством и гарантировано формирование стерильной полости, медикаментозная обработка не проводилась. Сразу после лечения и через 7 дней пациенты не отмечали постпломбировочных болей. При объективном обследовании через год после лечения краевое прилегание пломб не нарушено, показатели Diagnodent Pen соответствовали показателям нормы.

Выводы. Препарирование твердых тканей зубов с использованием эрбиево-хромового лазера имеет ряд преимуществ, таких как: селективное удаление некротизированных тканей, безболезненность препарирования, бактерицидное свойство, отсутствие послеоперационной чувствительности, длительная герметизация полости. Однако, лазерное препарирование уступает механическому по скорости, не позволяет удалять металлические реставрации, проводить финишную обработку. Таким образом, наиболее оптимальным и эффективным является сочетание этих двух способов.

В. П. Носова

АНАЛИЗ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 7 ДО 17 ЛЕТ

Кафедра стоматологии детского возраста

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доц. С. В. Ерзина

Актуальность исследования: известно, что следствие неудовлетворительной гигиены полости рта — большое количество зубного налета — это основная местная причина возникновения кариеса и его осложнений. По данным ВОЗ, зубная бляшка является главным этиологическим фактором развития воспалительных заболеваний пародонта у детей. Для профилактики образования многослойных зубных отложений необходимо регулярное механическое очищение зубов. Однако, дети и подростки в процессе

самостоятельной чистки зубов по разным причинам могут уделять меньше внимания определенным сегментам зубного ряда. Вследствие этого на поверхности зубов в данных сегментах образуются зубные отложения, которые провоцируют возникновение кариозного процесса и воспаления десны.

Цель исследования: выявление наименее очищаемых сегментов зубного ряда у детей в возрасте от 7 до 17 лет для последующей коррекции индивидуальной гигиены путем акцентирования внимания ребенка на плохо очищаемых участках в процессе самостоятельной чистки зубов с целью профилактики кариозных поражений и воспалительных заболеваний пародонта.

Материалы и методы: статистический анализ гигиенического состояния полости рта 145 школьников-правшей г.Новосибирска в возрасте от 7 до 17 лет проведен на основании имеющихся гигиенических индексов ОНI-S (Oral Hygiene Index-Simplified), определенных у каждого ребенка до обучения гигиене полости рта. Вычислены средние значения индексов в каждой возрастной группе и наименее очищаемые сегменты зубного ряда. Расчеты проведены методом математического анализа.

Результаты исследования и выводы: проведенный анализ показал, что средний индекс гигиены варьировался от 1,14 до 1,67 балла. Лучший результат индивидуальной гигиены выявлен в возрастной группе 14-летних детей, худший — в группе 10-летних детей (неудовлетворительный уровень гигиены в данной группе определяется в 21,4% случаев). Плохой уровень гигиены выявлен в группах 8, 13, 15 и 16 лет. При этом в возрастной группе 8 лет он встречается в 18,2%, 13 лет — в 10%, 15 лет — в 4,5%, 16 лет — в 5% случаев. При исследовании сегменты I и V (сегменты пронумерованы в порядке осмотра зубов по ВОЗ и включают зубы, окрашиваемые при определении Oral Hygiene Index-Simplified) были определены как наименее очищенные. Сегмент I — в возрастных группах 7, 9, 11 и 14-летних, а сегмент V — в группах 7, 10, 15 и 16-летних детей. Их значения варьируются от 1,3 до 1,9 балла.

По нашему мнению, результаты, полученные в сегменте I, можно объяснить неудобством применения зубной щетки правшами в данном участке. В сегменте V — особенностями анатомии и физиологии у школьника 8–15 лет, обуславливающих появление таких факторов риска развития кариеса и болезней пародонта как изменение гормонального фона, тесное положение зубов, недостаточность пародонта, нарушение функций полости рта, вредная привычка травмирования слизистой оболочки десны предметами, закрепившиеся после прорезывания зубов. Все они усугубляют негативное воздействие зубных отложений.

Таким образом, знание «проблемных» участков зубного ряда с точки зрения гигиены полости рта позволит врачу прогнозировать зоны риска в зубных рядах у школьников и акцентировать внимание ребенка на более тщательном их очищении, что позволит эффективнее предотвращать и лечить заболевания твердых тканей зубов и пародонта.

И.Г. Карнаушенко, С.В. Андреев
**АНАЛИЗ УРОВНЯ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

*Кафедра стоматологии детского возраста
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доц. С.В.Ерзина*

Известно, что эмпатия — стремление понять другого человека, вчувствоваться в его переживания, оказать помощь и поддержку, позволяет людям осуществлять успешную коммуникацию. Эмпатия носит двусторонний характер, но создание атмосферы доверия на медицинском приеме — задача именно врача, так как если врач не сможет понять всю глубину проблемы пациента, завоевать его доверие и уважение, то тогда и в большинстве случаев не сможет провести успешное лечение.

Цель исследования: изучение проявления эмпатии у студентов медицинского ВУЗа.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ГОУ ВПО НГМУ. В исследовании принимали участие 32 добровольца из числа студентов старших курсов врачебного факультета — 15 юношей и 17 девушек в возрасте 20–22 лет. Теоретические методы включали изучение и анализ научно-теоретических, психологических, социальных источников по проблеме. Эмпирические методы включали анкетирование по методике диагностики уровня эмпатических способностей В.В. Бойко. Интерпретационно-описательные методы, в числе которых: количественные методы (вычисление средних величин), методы качественной обработки данных.

Теоретическая значимость исследования заключается в изучении основных важных способностей будущего врача. Практическая значимость выполненного исследования состоит в возможности применения полученных результатов в обучении врача.

Результаты исследования показали, что у большинства студентов (61% анкетлируемых) заниженный уровень эмпатии. Очень низкие показатели у 15% исследуемых. Средние показатели выявлены у 21% опрошенных, и лишь у 3% прошедших анкетирование выявлен высокий уровень эмпатии.

У большинства опрошенных развитие эмпатии по рациональному каналу проявляется на уровне 4 баллов из 6 максимально возможных по силе выраженности эмпатии у личности. Из 6 возможных баллов по эмоциональному каналу у большинства студентов получен показатель 3 балла; по интуитивному каналу — 2 балла; по проникающей способности к эмпатии — 4 балла; по идентификации в эмпатии — 4 балла. По результатам обработки направленности личности делаем вывод, что — все каналы представлены пропорционально, хотя и не в максимально возможной степени.

Таким образом, по результатам исследования выявлено, что в целом исследованным нами студентам-медикам характерен очень низкий и заниженный уровень эмпатии, со средней степенью выраженности каналов восприятия, то есть 2/3 участников исследования не обладают достаточно развитой эмпатией. Для выяснения причин требуется дополнительное исследование. Однако ясно, что студенты врачебных факультетов нуждаются в развитии эмпатических способностей во время обучения в ВУЗе. При низком уровне развития эмпатии у студента предпочтение при выборе врачебной специальности нужно отдавать той специальности, где прямой контакт с пациентом отсутствует, например, врач-лаборант, медицинский статистик. При высоком уровне развития эмпатии можно выбрать специальность, где требуется максимальная коммуникация с пациентом, например психиатрия, семейный врач. При выборе факультета во время поступления в ВУЗ и специальности в конце обучения изучение уровня эмпатии выбирающего было бы полезно для его более успешной учебы в медицинском ВУЗе и работы в качестве врача. В повышении уровня эмпатии студента-медика заинтересованы все прямые и косвенные участники лечебного процесса — сначала студент врачебного факультета и преподаватели ВУЗа, а затем — будущий врач, его пациенты и коллеги.

Т. В. Емельянцева, С. К. Мильев
**ИЗУЧЕНИЕ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПЕРВЫХ
НИЖНИХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ
Г.НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра стоматологии детского возраста
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: к.м.н., доц. С.В.Ерзина,
к.м.н. доц. И.В.Климова*

Актуальность: первичная профилактика стоматологических заболеваний (ППСЗ) являет собой один из самых эффективных и перспективных методов профилактики кариеса зубов у детей. Одним из инструментов ППСЗ является статистическое исследование основных показателей — распространенности и интенсивности заболевания. По данным научной литературы, первыми из постоянных зубов кариесом поражаются нижние первые моляры, которые являются основными жевательными зубами для человека в течение всей жизни. Для профилактики поражения этих зубов важно выявить причины и закономерности развития кариеса эмали среди нижних постоянных моляров у детей.

Цель исследования: изучить распространенность и интенсивность кариеса эмали первых нижних моляров у детей г. Новосибирска.

Материалы и методы: материалом для данного исследования послужила серия учебно-исследовательских работ старшекурсников ГБОУ ВПО НГМУ, стоматологического факультета, посвященных распространенности начального кариеса у детей города Новосибирска. Исследование стоматологического статуса было проведено у 180 детей в возрастных группах 6–13 лет.

Результаты исследования: в возрастной группе 6 лет поражены кариесом эмали только первых левых моляров (36 зуб) 15 % обследованных, первых правых моляров (46 зуба) 54 % обследованных детей, у 31% обследованных поражены кариесом и левый и правый нижний моляры (36 и 46 зубы).

В возрастной группе 7 лет у 14 % — кариес только 36 зуба, у 28 % — кариес только 46 зуба, у 64 % — кариес 36 и 46 зуба сразу.

В возрастной группе 8 лет 66 % осмотренных имеют двустороннее поражение нижних моляров, 33 % — только первых правых моляров нижней челюсти.

В возрастной группе 9 лет 24 % осмотренных имеют кариес только 36-х зубов, 43 % кариес (36 и 46 одновременно), 33 % — кариес только 46 зубов.

В возрастной группе 10 лет 36 зубы поражены кариесом у 2% осмотренных, 46 зубы — у 53 %, 36 и 46 зубы одновременно — в 30 % случаев.

В возрастной группе 11 лет 21 % детей имеют кариес 36 и 46 зуба одновременно, 8 % — кариес только 36 зуба, 71 % — кариес только 46 зуба.

В возрастной группе 12 лет у 15 % осмотренных кариес лишь 36-х зубов, у 35 % — кариес только 46 зубов, количество детей с двусторонним поражением нижних моляров (36 и 46) составляет 50 %.

В возрастной группе 13 лет одностороннее поражение кариесом только 36-х зубов обнаружены у 20 % осмотренных, одностороннее поражение 46 зубов — у 80 %, двустороннее поражение кариесом обоих нижних постоянных моляров не выявлено.

Выводы: результаты исследования показывают, что зуб 46 (95 шт.) поражается кариесом эмали в 1,35 раза чаще, чем зуб 36 (128 шт.). Таким образом, можно предположить, что причина этого — худшая гигиена зуба 46 у детей-правшей по сравнению с детьми-левшами. Возможными профилактическими мероприятиями по предупреждению поражения кариесом эмали зубов 36 и 46 могут быть акцентирование внимания детей и родителей на гигиене полости рта, более тщательный гигиенический уход за зубами правой стороны нижней челюсти, контроль количества и качества движений зубной щетки с помощью подсчета, проверки языком качества очистки зубов по гладкости эмали, контроль за качеством гигиены с помощью окрашивания зубного налета в домашних условиях и во время стоматологического приема.

О. Заверткина О.К., Пучкова Е.Д.
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНЫХ
ПОРАЖЕНИЯХ**

*Кафедра терапевтической стоматологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент Т. В. Зверева*

Актуальность. Одновременное поражение эндодонта и пародонта при воспалении периодонта требует комплексного лечения данной патологии. Тесные анатомо-функциональные связи между этими образованиями могут быть потенциальными проводящими путями для двусторонней передачи инфекции, что утяжеляет течение заболевания, затрудняет лечение и ухудшает прогноз. Следовательно, комбинированные эндопародонтальные поражения нуждаются в сочетанном эндодонтическом и пародонтологическом лечении.

Цель исследования: оценка эффективности комплексного эндодонтического и пародонтологического лечения при сочетанных эндопародонтальных поражениях.

Материалы и методы исследования. Нами наблюдалось 15 больных с сочетанной патологией пародонта и хроническим воспалением в апикальном периодонте и случаи с проявлением ретроградного воспаления в эндодонте.

Всем пациентам проводилось комбинированное лечение. Эндодонтическое лечение зубов состояло из инструментальной и медикаментозной обработки системы корневых каналов. Для стерилизации системы корневых каналов и воздействия на периапикальный очаг воспаления использовали взвесь гидроокиси кальция с последующей obturацией гуттаперчей методом холодной латеральной конденсации и силером АН+ под рентгенологическим контролем. Пародонтологическое лечение пациентам включало профессиональную гигиену полости рта и терапию пародонтальных карманов с применением системы «Vector».

Эффективность лечения эндопародонтологической патологии проводили в ближайшие (через 10 дней) и отдаленные сроки (3-6 месяцев). Оценку проводили по клиническим данным с анализом следующих показателей: устранение болевого синдрома; отсутствие боли при накусывании (перкуссии), отсутствие изменений по переходной складке. Для оценки качества эндодонтического лечения и состояния периапикальных тканей всем пациентам проводилось рентгенологическое исследование.

Результаты исследования. При проведении исследования было отмечено, что через 10 дней после проведенного лечения у пациентов наблюдалось отсутствие изменений по переходной складке и гноетечения из пародонтальных карманов. При однократной обработке карманов и зон фуркаций системой «Vector» отсутствие боли при накусывании имелось в 67% слу-

чаев, после повторной процедуры — в 100% случаев. Через 6 мес у всех пациентов наблюдалось клиническое благополучие. Рентгенологически отмечалась положительная динамика у всех пациентов, при этом полное восстановление костной ткани в 50% случаев.

Выводы. На основе результатов исследования можно сделать вывод об эффективности комплексной санации эндодонта и пародонта с использованием системы «Vector», что создает условия к восстановлению костной ткани в очагах деструкции и созданию реприкрепления тканей пародонта.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

В. А. Грицингер, Д. Ю. Соколов
**ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПРИЖИЗНЕННОСТИ
И ДАВНОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ
ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАНЕНИЯХ
ГРУДИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕРДЦА**

*Кафедра судебной медицины
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. В.П. Новоселов,
д.м.н., проф. С.В. Савченко*

Актуальность исследования. Установление прижизненности и давности образования повреждений является одним из основных вопросов при механической травме. В большинстве случаев экспертное решение о прижизненности и давности образования повреждений основано на оценке патоморфологических изменений в зоне травмы. Выявления критериев патоморфологических в миокарде имеет важное значение, при производстве судебно-медицинских экспертиз, особенно при решении вопроса о прижизненности и давности образования повреждений. Установление давности повреждений, главным образом основано на реактивных изменениях тканей, реакции сосудистого русла, а так же развитию воспалительной реакции в травмированных тканях.

Цель исследования, материалы и методы. С целью проведения оценки реактивных изменений в миокарде, развивающихся в различные временные промежутки, после получения травмы, нами были изучены случаи, имеющие различную давность повреждения. Проведенное исследование основано на результатах качественного и количественного анализа морфологических данных с использованием материалов судебно-гистологического отделения и танатологического отдела ГБУЗ «Новосибирское областное бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2007–2011 годы. Материал для микроскопического исследования был получен от 116 трупов лиц обоих полов в возрасте от 18 до 76 лет. Микроскопическое исследование производилось

на микроскопах Carl Zeiss Axio Scope A.1 с видеокамерой Axio Cam ICc 3 с разрешением 3.5 megapixel, а так же Nikon Eclips, укомплектованных анализатором и поляризатором.

Результаты исследования. В ходе исследования нами было отмечено, что при колото-резаных ранениях сердца развиваются реактивные, патоморфологические изменения в кардиомиоцитах, строме и сосудистом русле. В соответствии с полученными данными, с учетом времени, прошедшего с момента получения травмы, до наступления смерти, все исследованные случаи, были разделены на 7 групп. Были исследованы случаи в которых после получения повреждений до момента смерти прошло менее 30 минут и до трех суток.

Оценивалось состояние сосудистого русла, выраженность кровоизлияний и клеточной реакции, патоморфологические изменения кардиомиоцитов. При оценке раневого канала обращали на себя внимание трапециевидно расширенные кардиомиоциты, ширина их была различна, в зависимости от давности получения повреждений. Во всех случаях, были обнаружены различной степени выраженности кровоизлияния с развитием гемолиза в поздние сроки. Клеточная реакция была представлена пристеночным расположением сегментоядерных лейкоцитов, миграцией клеток из сосудистого русла, очагово-диффузным её распространением, сменой на полиморфноклеточную реакцию с развитием репаративной регенерации.

Выводы. Таким образом, проведенным морфологическим исследованием было установлено, что при проникающих колото-резаных ранениях груди с повреждением сердца, характер и последовательность реактивных изменений, патоморфологические изменения кардиомиоцитов, развивающиеся после получения травмы позволяют решить вопрос о давности и прижизненности причинения повреждений.

Е.В. Кузнецов*, И. А. Корж
**УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА МИОКАРДА ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ СОЧЕТАННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ И ЭТАНОЛОМ.**

*Кафедра судебной медицины,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. В.П. Новоселов,
д.м.н., проф. С.В. Савченко*

Актуальность исследования. Использование потребителями психоактивных веществ — опиатов в комбинации с этиловым алкоголем, приводит

к выраженному фармакокинетическому потенцированию, не только психотропного, но и токсического воздействия. При этом среди органов мишеней одним из основных является — сердце. Однако в данной литературе отсутствуют сведения, касающиеся морфологических изменений, возникающих при длительном употреблении опиатов и этилового алкоголя.

Цель исследования. Выявить ультраструктурные особенности сосудов микроциркуляторного русла при хронической комбинированной интоксикации наркотическими веществами и этанолом.

Материалы и методы исследования. Материал был получен от 69 трупов лиц преимущественно мужского пола, погибших в возрасте от 26 до 30 лет, при жизни длительное время употреблявших наркотические вещества и этиловый алкоголь. Во всех случаях проводилось судебно-химическое исследование для определения опиатов и этанола. Ультраструктурные изменения изучались и фиксировались с применением электронного микроскопа JEM 1010 (JEOL, Japan).

Результаты исследования. При оценке ультраструктуры микрососудов миокарда наблюдали эндотелиоциты с различным содержанием в цитоплазме органелл. Так, в эндотелиоцитах с низким содержанием органелл в цитоплазме отмечалось снижение на 52% объемной плотности митохондрий, на 46% — содержания мембран гранулярной эндоплазматической сети ($p < 0,05$) и на 47% — объемной плотности цитоплазматических микропиноцитозных везикул ($p < 0,05$). Наряду с подобными изменениями в части эндотелиоцитов было отмечено увеличение содержания органелл в цитоплазме, среди которых преобладали митохондрии. Кроме того, часть эндотелиоцитов имела повышенное на 64% содержание мембран гранулярной эндоплазматической сети ($p < 0,05$), при этом на 40% была снижена объемная плотность цитоплазматических микропиноцитозных везикул ($p < 0,05$). При проведении оценки ультраструктурных изменений микрососудов миокарда отмечали эндотелиоциты, в которых в 3,3 раза была увеличена объемная плотность базальных микропиноцитозных везикул ($p < 0,05$). В эндотелиоцитах отмечалось повышенное содержание люминальных микропиноцитозных везикул, а также явления клазматоза микроворсинок эндотелиальных клеток.

Выводы. Выявленные ультраструктурные изменения сосудов микроциркуляторного русла миокарда наблюдалась гетерогенность структуры эндотелиальных клеток. В ряде эндотелиоцитов наблюдались набухание цитоплазмы, снижение содержания прикрепленных и свободных полисомальных рибосом, всех видов микропиноцитозных везикул, отсутствие крист в митохондриях свидетельствующие об острых дистрофических изменениях клеток. В других зонах миокарда отмечалось повышение транспортной (обменной) функции эндотелиоцитов в виде увеличения объемной плотностью мембран гранулярной эндоплазматической сети, содержания

прикрепленных и свободных полисомальных рибосом, митохондрий с хорошо выраженными кристами. Также были выявлены участки миокарда, эндотелиоциты которых характеризовались повышением концентрации эндоплазматических органелл, увеличением количества микроворсинок на люминальной поверхности и явлением клазматоза, что свидетельствует об активации белоксинтетических процессов в клетке.

А.П. Лыгденова, Н.Г. Ощепкова
**МЕТОДИКА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ
ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ
ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ**

*Кафедра судебной медицины
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. В.П. Новоселов,
д.м.н., проф. С.В. Савченко*

Актуальность исследования. Пункция и катетеризация периферических и центральных вен является одной из самых распространенных манипуляций в практической работе анестезиологов-реаниматологов. Пункция различных сосудов человека всегда сопряжена с высокой опасностью возникновения танатогенетически значимых осложнений (Пермяков Н.К., 1985). В настоящее время при катетеризации сосудов чаще используется катетеризация подключичной вены по методу Сельдингера. К наиболее типичным и значимым, осложнениям катетеризации подключичной вены, относятся такие как: двойной прокол вены, прокол плевры, в том числе с повреждением легкого; венозная воздушная эмболия; повреждение рядом расположенных нервных стволов, кровотечение, тромбозы и некоторые другие (Бупатян А.А., 1995).

Цель исследования. Разработать методику оценки осложнений, развивающихся при катетеризации подключичных вен на аутопсийном материале.

Материалы и методы исследования. Оработка методики исследования центрального венозного катетера проводилась в танатологическом отделении ГБУЗ НСО НОБСМЭ. Аутопсийный материал составил 120 случаев исследований трупов лиц, доставленных из лечебно-профилактических учреждений г. Новосибирска при наличии данных о постановке венозного катетера. После проведения пробы на пневмоторакс и воздушную эмболию по известным техническим методикам, основной разрез кожи трупа от уровня яремной вырезки грудины продолжали вдоль средней линии до уровня верхнего края щитовидного хряща. Второй разрез вели от перво-

го вдоль ключицы, со стороны установки катетера, до ее наружного конца. Кожа и подкожно-жировая клетчатка отсепаровывалась, пересекалась грудино-ключично-сосцевидная мышца у места ее прикрепления к грудине и вместе с кожно-клетчаточным лоскутом смещалась вверх и наружу. Реберным ножом осторожно перерезалось грудино-ключичное сочленение, пересекались хрящевые части первого и второго ребер, удалялась оставшаяся после проведения пробы на воздушную эмболию часть грудины. Ключица вывихивалась в акромиально-ключичном суставе, отгибалась наружу. После отсепаровки мягких тканей в проекции вены, где был установлен катетер, удаления ключицы, вскрывали подключичную вену и подключичную артерию. Подробному осмотру подвергалась стенка подключичной вены в месте установки катетера. При этом определялся уровень стояния конечного отдела катетера и его проходимость. После удаления катетера осматривалась задняя стенка подключичной вены. В случае наличия «двойного прокола», после удаления подключичной вены, исследовался купол плевры, а так же общие сонные артерии, яремные вены, нервные стволы, трахея, щитовидная железа и паращитовидные железы.

Результаты исследования. Была отработана методика, в ходе проведения которой были выявлены 36 случаев флеботромбозов и тромбофлебитов, связанных с катетеризацией вены. В 2 случаях выявлены тромбозмболии легочных артерий. В 1 случае перфорация верхней полой вены, еще в 1 случае было повреждение правого предсердия, в 1 наблюдении отмечалось повреждение катетером правого легкого.

Выводы. Соблюдение указанной последовательности действий позволяет провести качественно экспертную оценку танатогенетически значимых осложнений, развившихся при пункции и катетеризации подключичных вен.

А.Н. Мозжерина
**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ПОЛИМОРФИЗМ
RS2228314 ГЕНА SREBF2 В СЛУЧАЯХ ВНЕЗАПНОЙ
СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ СРЕДИ МУЖЧИН Г.НОВОСИБИРСКА**

*Кафедра судебной медицины
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. В.П. Новоселов,
д.м.н., проф. С.В. Савченко*

Актуальность исследования. Известно, что внезапная смерть может быть единственным, нередко первым и последним клиническим проявлением ишемической болезни сердца и других сердечно-сосудистых заболе-

ваний (Курбанов Р.Д., 2002). В настоящее время наиболее актуальным является изучение молекулярно-генетических основ развития тех или иных заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистой системы, которые остаются на ведущих позициях среди причин смерти населения. Факторы семейства SREBP (sterol regulatory element-binding protein) играют важную роль в регуляции транскрипции генов липидного обмена. В экспериментах на лабораторных животных с нокаутированием генов показано влияние на ответ миоцитов на парасимпатическую стимуляцию (Park H.J и др, 2008).

Цель исследования: изучение морфологических изменений миокарда и частот генотипов полиморфизма rs2228314 гена SREBF2 среди мужчин, умерших внезапной сердечной смертью.

Материалы и методы исследования. Материал получен от 80 трупов лиц мужского пола (умерших в возрасте от 29 до 65 лет), подвергнутых судебно-медицинскому исследованию в ГБУЗ НСО НОБСМЭ. Причинами смерти являлись атеросклеротический кардиосклероз, постинфарктный кардиосклероз, кардиомиопатия различного генеза, острая коронарная недостаточность (ОКН). В каждом случае проводилось подробное макроскопическое описание сердца, гистологическое исследование изъятых образцов миокарда при окраске срезов гематоксилином и эозином. Полиморфизм rs2228314 гена SREBF2 детектировался с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты исследования. В структуре исследуемых случаев в 75% случаев причиной смерти явился атеросклеротический кардиосклероз, в 13,75% – постинфарктный кардиосклероз, в 7,5% случаев — кардиомиопатия, и острая коронарная недостаточность — в 3,75% случаев. Более многочисленной среди исследуемых оказалась возрастная группа от 50 до 59 лет. При изучении изменений стенок коронарных артерий сужение просвета в результате наличия атеросклеротических бляшек выявлено в 44% случаев на 1/3 и менее, в 28 % — на 1/2 и более, а в 28% не было выявлено атеросклеротических изменений венечных артерий. При исследовании частоты генотипов полиморфизма rs2228314 гена SREBF2 выявлено, что генотип GG чаще встречается в возрастной группе до 50 лет по сравнению с группой 50–59 и более 60 лет (73%, 56,7% и 64,6% соответственно). Максимальные частоты носительства генотипа CC обнаружены в возрастном интервале 50–59 лет 32–34%, в возрасте до 50 лет количество носителей около 19%. В этом же возрастном интервале незначительно выше встречаемость генотипа CG, чем у лиц более младшего и более старшего возраста 9,1–10,9%, 7–8,1% и 6,2% соответственно).

Выводы. В структуре внезапной сердечной смерти мужчин пик смертности приходится на возраст от 50 до 59 лет. Выявленные различия в долях носительства разных генотипов полиморфизма rs2228314 гена SREBF2 могут свидетельствовать о возможном влиянии этого гена на риск внезапной сердечной смерти.

О.А.Саковчук, И.Д.Старикова
**ОЦЕНКА ОПИСАНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК
В ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ЧАСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЙ
ЭКСПЕРТОВ**

*Кафедра судебной медицины
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., профессор В.П.Новоселов,
д.м.н., профессор С.В.Савченко*

Вопросам экспертной оценки механизмов образования повреждений внутренних органов посвящены единичные диссертационные работы, позволяющие решить лишь часть вопросов при травме почек (Соседко Ю.И. 2000). Следует отметить, что на данный момент нигде не описан единый полноценный алгоритм описания возможных повреждений данного органа, что затрудняет возможность дальнейшей всесторонней интерпретации данных, полученных при внутреннем исследовании трупа: места приложения травмирующей силы, направления травматического воздействия.

Цель исследования: разработать информативный алгоритм описания повреждений почек при тупой травме тела.

Материалом для исследования послужили архивные материалы таталогогического отдела ГБУЗ НСО «Новосибирского областного бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2007–2010 годы — 128 случаев с описанными повреждениями почек, из которых: 52 случая составили автотранспортные происшествия, 36 случаев падения с высоты, 28 случаев железнодорожной транспортной травмы, 12 случаев мотоциклетной транспортной травмы,

В процессе выполнения работы подробно оценивались данные наружного и внутреннего исследования в заключениях экспертов. При этом осуществлялось сопоставление топографического расположения повреждений, выявленных при наружном и внутреннем исследовании. Было выявлено что при описании наружного исследования в 38-и случаях каких-либо повреждений в проекции почек при аутопсии выявлено не было, в остальных случаях имели место кровоподтеки, ссадины, раны и переломы ребер. При описании внутреннего исследования эксперты, проводившие их, обычно ограничивались указанием наличия и локализации повреждений. Реже эти данные дополнялись ориентацией повреждений относительно поврежденного органа, формой разрывов. Лишь в единичных случаях описывалась глубина повреждений, наличие участков размоложения ткани, и только в одном случае имело место описание краев повреждения. Ни в одном из изученных описаний внутреннего исследования не встретилось характеристики повреждения капсулы органа и морфологической характеристики поверхности имеющих разрывов. В результате проделанной работы нами был предложен самостоятельный вариант алгоритма описания повреждений почек с учетом современных анатомо-топографических особенностей. При этом следует

учитывать наличие описания различных повреждений окружающих почку органов и паранефральной клетчатки, а также повреждений, выявленных при наружном исследовании.

Таким образом, вышеизложенное позволяет заключить, что в настоящее время отсутствует единый алгоритм описания повреждений почек, что не позволяет составить объективную морфологическую картину деформации органа в момент травматического воздействия, снижает качество исследования, так как не позволяет решить вопросы связанные с механизмами образования обнаруженных повреждений, особенно при отсутствии наружных повреждений в проекции данного органа.

Выводы. В процессе судебно-медицинской диагностики и экспертной оценки повреждений почек при закрытой тупой травме тела следует руководствоваться определённым алгоритмом описания повреждений. Это позволяет решить вопросы механо и морфогенеза образования повреждений почек и повысит качество проводимых судебно-медицинских экспертиз.

Е.В. Царенко
**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМИНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ИЗНАСИЛОВАНИИ**

Кафедра судебной медицины
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. В.П. Новоселов, д.м.н., проф.
С.В. Савченко

Актуальность темы: в настоящее время отмечена тенденция к регресу преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности. Об этом свидетельствуют статистические данные, если в 1995 г. такие дела составляли 35% от общего количества дел об изнасиловании, то в 2008 г. — 14,156%. Однако, нельзя опровергнуть тот факт, что данных преступлений в два, три раза больше от количества зарегистрированных. Под влиянием новых научных идей и теорий произошел качественный скачок в разработке методологических основ судебно-медицинской экспертизы, охватывающей ее общетеоретические и методологические проблемы. В соответствии с приказом 346н от 12.05.2010 года «...Результаты исследования иллюстрируются фотографиями или схемами, дающими представление о характере и локализации повреждений, обнаруженных на теле, в том числе и на половых органах и девственной плеве (при наличии добровольного согласия обследуемой)...».

Цель исследования: практическое применение фотосъемки для диагностики состояния девственной плевы и механизма образования повреждений при половых преступлениях.

Материалы и методы исследования. С целью применения цифровой фотосъемки при проведении экспертизы потерпевших в результате половых преступлений, нами было проведено обследование с учетом объективных клинических данных и с применением цифровой фотокамеры Nikon Coolpix P100 и масштабной линейки. Обследование проводилось в отделе судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц ГБУЗ НСО НОБСМЭ в смотровом кабинете при расположении потерпевшей на гинекологическом кресле при участии помощника (врача судебно-медицинского эксперта или лаборанта отдела потерпевших, обвиняемых и других лиц), имеющего соответствующие навыки, необходимые при проведении данного вида экспертизы. Фотосъемка проводилась при условии дополнительного освещения светильником медицинским бестеневым передвижным. Объектами для исследования были выбраны неповрежденная девственная плева (в том числе в области естественных выемок плевы), участки изображений надрывов девственной плевы.

Результаты исследования: при анализе девственной плевы в основном были установлены кольцевидная и лепестковидная формы. Среди встречающихся повреждений девственной плевы преобладали повреждения, не доходящие до основания плевы — надрывы. Они чаще локализовались в нижнем сегменте плевы в промежутке от 5 до 7 часов воображаемого циферблата. Часто наблюдались т.н. «старые разрывы», которые при визуальной оценке имели в структуре рубцовую ткань. Наряду с вышеописанными повреждениями наблюдались очаговые кровоизлияния и осаднения слизистой преддверия влагалища. Среди повреждений тела в 60% случаев при изнасиловании встречались повреждения локализующиеся на внутренней поверхности бедер, как в нижней трети, так и в верхней и средней поверхностях бедер. Также, при объективном обследовании телесных повреждений на теле потерпевших, часто встречающимися видами являются — кровоподтеки и ссадины в области лица, рук и бедер.

Выводы: экспертная оценка повреждений девственной плевы является современным информативным методом для фиксации выявленных повреждений. С помощью увеличения изображения появляется возможность более точно дифференцировать естественные выемки и «старые» надрывы плевы. Приложение фототаблицы к заключению эксперта повышает доказательность и информативность судебно-медицинского документа.

УПРАВЛЕНИЕ ФАРМАЦЕИ

Е.А. Ковалевская*

**ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

*Кафедра управления и экономики фармации,
кафедра фармакогнозии и ботаники,
Кемеровская государственная медицинская академия*
*Научные руководители: к.м.н., зав.каф. управления и экономики
фармации Г.П. Петров, к.фарм.н., зав.каф. фармакогнозии и
ботаники Д.Н. Шпанько*

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются одними из наиболее распространенных и занимают первое место в структуре смертности и инвалидности населения. Схемы лечения таких нарушений обязательно включают мембрано-стабилизирующие средства и препараты, уменьшающие накопление свободных радикалов и активных форм кислорода. Факт проявления высокой антиоксидантной активности и способности связывать свободные радикалы веществ, относящихся к группе флавоноидов, известен и экспериментально доказан смоленскими учеными (Крикова А.В. и др., 2012).

Современное развитие фармацевтического рынка характеризуется формированием среды жёсткой конкуренции. На привлечение потребительского внимания к достоинствам конкретного препарата направлен процесс позиционирования. Он предполагает комплекс маркетинга и рекламы, который обеспечит товару четкое отличное и конкурентоспособное положение на рынке и в организации целевых потребителей.

Зачастую регулярно употребляемые пациентами и рекомендуемые врачами фитопрепараты характеризуются нестабильностью и колебаниями

спроса. Поэтому цель нашего исследования — изучение причин данного явления применительно к лекарственным средствам, назначаемым при сердечно-сосудистой патологии. Сегментационный анализ выбранной группы лекарственных средств предусматривает проведение социологического, статистического, логического, маркетингового и контент-аналитического методов относительно аптечных организаций г. Кемерово, являющихся объектами исследования.

Изучение важности параметров позиционирования, оценки позиций лекарственных средств по выбранным критериям и анализ позиций конкурирующих лекарств показывает, что ассортимент фитопрепаратов сердечно-сосудистой группы обязательно должен включать лекарственные средства с сильными позициями. Такими, по результатам нашего исследования, являются Эскузан и Валокордин. Включению в ассортимент фитопрепаратов со средними позициями должно предшествовать дополнительное маркетинговое исследование (анализ продаж за предыдущие периоды, изучение причин колебаний спроса и др.), результатом которого является разработка рекомендаций по усилению позиций и ликвидация причин, которые привели к их снижению. Средними параметрами позиционирования характеризуются Корвалол, Канефрон Н, Фитолизин, Билобил, Ново-пассит. Фитопрепараты соответствующей фармакотерапевтической группы со слабыми позициями, каковой определена Настойка боярышника, включать в ассортимент для лечения и профилактики не целесообразно без предварительного поведения процесса репозиционирования, который включает формирование новых стратегий по их продвижению, акцентирование внимания врачей и потребителей на их уникальных достоинствах, проведение рекламных акций и т.д.

Всестороннее комплексное исследование лекарственных средств, проводимое в свете различных фармацевтических наук, и выявляющее фармакологические свойства, ценовую доступность и многие другие критерии, позволяет врачу грамотно подобрать, а провизору рекомендовать препараты безрецептурного отпуска.

Таким образом, использование методик оценки позиций лекарственных препаратов позволяет не только определить конкурентоспособность каждого из них, выявить характеристики сильно- и слабopозиционных, но и определить стратегии позиционирования фитопрепаратов в соответствии с потребностями участников фармацевтического рынка.

А.В.Чеснокова
**МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ПАРФЮМЕРНО-КОСМЕТИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ,
РЕАЛИЗУЕМОЙ ЧЕРЕЗ АПТЕЧНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ**

*Кафедра управления экономики фармации,
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
Научный руководитель: старший преподаватель Т.В. Вострикова*

Объем продаж парфюмерно-косметической продукции (ПКП), реализуемой через розничную аптечную сеть в Российской Федерации, за последние несколько лет вырос более чем на 65%. Расширение ассортимента товаров за счет ПКП для аптек является экономически выгодным.

Для эффективной работы аптечной организации с названной группой товаров необходимо знание целевого потребителя, что явилось целью данного исследования.

Исследование проводилось на базе аптеки ООО «Первая помощь», расположенной в центральной части города Барнаула, в период с 26 декабря 2011 г. по 10 февраля 2012 г. В качестве метода маркетингового исследования использовали анонимное анкетирование потребителей ПКП. Инструментом исследования послужила разработанная нами оригинальная анкета, состоящая из 21 вопроса, преимущественно закрытого типа. В исследовании приняли участие 50 человек: 46 (92%) — женщины и 4 (8%) — мужчины, разного социального положения.

Анализ полученных результатов позволил сформировать социально-демографический портрет потребителя ПКП: это женщина (92%) в возрасте от 26 до 45 лет (66%), имеющая высшее образование (82%), служащая (42%), средний доход на одного члена семьи в месяц — 10001–20000 рублей (50%). Основные мотивы приобретения ПКП в аптечной организации: поддержание внешнего вида современного ухоженного человека (48%), обычный гигиенический уход за кожей, волосами (18%), поддержание высокого уровня качества жизни (14%), профилактика отдельных дерматологических проблем (4%) и другие (16%). Значительная доля респондентов (61%) предпочитают приобретать косметику в аптечных организациях, объясняя это большей уверенностью в качестве приобретаемого товара. В качестве основных источников информации о ПКП потребители указали: рекламу на радио и ТВ (48%), интернет (42%), советы родных и друзей (40%).

В ходе исследования нами установлены потребительские предпочтения с учетом состава, вида, производителя ПКП. Так, 32% опрошенных предпочитают косметику на основе термальной воды, 18% — с экстрактами растений, 12% — косметику на органической основе, для 6% респондентов состав лечебной косметики значения не имеет. Лидер потребительских предпочтений — французская косметика на основе термальной воды Виши (Vichy) — ее выбирают 27% респондентов; по 6% опрошенных предпочитают косметику

марок Ля Рош (La Roche), Веледа (Weleda), Л'эрболарио (L'erbolario). Значительная доля респондентов (56%) отметили, что пользуются средствами разных торговых марок. Установлено, что максимум потребительского спроса приходится на крем для лица дневной (86%). Высоким спросом пользуются средства для волос (48%), гель для душа (48%), термальная вода (44%), крем для лица ночной (36%), лосьон для лица (34%), средства для кожи век (34%).

На вопросы о ценовых предпочтениях были получены следующие ответы: 46% опрошенных готовы заплатить за единицу лечебной косметики от 1000 до 2000 рублей, 38% — от 500 до 1000 рублей и от 2000 до 5000 рублей готовы расходовать 10% потребителей.

Выводы. Результаты исследования использованы при разработке мероприятий по оптимизации ассортимента ПКП аптеки ООО «Первая помощь». Сформированный портрет потребителя позволит работникам аптеки наиболее эффективно работать с данной целевой группой и максимально полно и качественно удовлетворять их потребности.

В.А.Белякова
**ОПТИМИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Кафедра управления и экономики фармации, медицинского и
фармацевтического товароведения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: старший преподаватель О.А. Борисова*

Статистика сердечно-сосудистых заболеваний по России выглядит неутешительно: из 100 тысяч человек только от инфаркта миокарда ежегодно умирают 330 мужчин и 154 женщины, а от инсультов — 204 мужчины и 151 женщина. Среди общей смертности в России сердечно-сосудистые заболевания составляют 57%. Львиная доля здесь принадлежит ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) с ее осложнениями — инфарктами миокарда и инсультами.

Санаторно-курортное дело в России традиционно является составной частью государственной политики и важным разделом национальной системы здравоохранения, позволяющим целенаправленно и эффективно осуществлять профилактику заболеваний и восстановительное лечение больных, проводить их реабилитацию. Сегодня курортный комплекс России насчитывает более 2,3 тыс. санаторно-курортных и оздоровительных учреждений на 371,2 тыс. мест.

В соответствии с этим целью исследования является разработка способов оптимизации санаторно-курортной помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Задачи:

1. Составить социально-демографический портрет пациентов санатория.
2. Провести оценку лечения по стандартам санаторно-курортной помощи, утвержденным в РФ.

Результаты: было проанализировано 70 историй болезней пациентов сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящихся на санаторно-курортном лечении на территории Краснодарского края. В ходе анализа историй болезней пациентов было установлено, что пациентами преимущественно являются женщины, на их долю приходится 58%, на долю мужчин-42%. Средний возраст для женщин составляет 49 лет, а для мужчин 50 лет. Ведущим заболеванием среди пациентов является АГ, которая является этио-патогенетической причиной дальнейшего развития сердечно-сосудистого континуума.

Нами рассчитана средняя стоимость лечения на одного человека: 17192,79 руб. — для больных АГ; 12778,00 руб. — для больных ИБС; 11197,00 руб. — для больных, имеющих цереброваскулярные заболевания; 14357,69 руб. — для больных с вегетососудистой дистонией. Пациенты с АГ выполняют назначенное по стандарту лечение на 83,5%, лечение, назначенное сверх стандарта на 86,1%; больные с ИБС проходят лечение на 87,1% назначенного по стандарту, на 79,7% сверх стандарта; больные, имеющие цереброваскулярные заболевания выполняют назначенное лечение на 89,2% — по стандарту, 65,8% — сверх стандарта; а пациенты с вегетососудистой дистонией прошли назначенное по стандарту лечение на 86,2%, на 97,4% — сверх стандарта.

Выводы: таким образом, был проведен анализ историй болезней пациентов и составлен социально демографический портрет пациента, а также была рассчитана средняя стоимость лечения на одного человека по каждому заболеванию.

В.Д. Задворнов
**АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
НА ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ УРОВНЕ (НА ПРИМЕРЕ
ИСКИТИМСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)**

*Кафедра управления и экономики фармации,
медицинского и фармацевтического товароведения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.фарм.н., доцент И. А. Джупарова*

Актуальность. В настоящее время лекарственное обеспечение населения является одной из самых острых социальных проблем в системе

государственных интересов. Одним из направлений государственной поддержки социально незащищённых категорий населения, является право на бесплатное или льготное обеспечение лекарственными средствами (ЛС) и изделиями медицинского назначения. Принятая в 2005 г. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определила порядок оказания бесплатной ЛП отдельным слоям населения за счёт средств федерального бюджета, выделив для этих целей значительные средства. Однако несовершенство действующего законодательства в области льготного лекарственного обеспечения (ЛО), системные ошибки в управлении привели к тому, что постоянное получение ЛС на льготных условиях стало даже при лечении социально-значимых заболеваний весьма проблемным.

Цель. Оптимизация лекарственного обеспечения больных-получателей набора социальных услуг с установленным диагнозом - артериальная гипертония, сахарный диабет.

Задачи. Разработать методику анализа и выявить наиболее часто используемые ЛП при лечении сахарного диабета (СД) и артериальной гипертонии (АГ).

Методы. Контент-анализ, ABC/VEN-анализ.

Результаты. В результате исследования были выявлены наиболее часто используемые лекарственные препараты при лечении артериальной гипертонии (Индапамид таб. 2,5мг №30 (1,35%), Индап капс. 2,5мг №30 (2,01%), Индапамид-Верте капс. 2,5мг №30 (0,88%), Эналаприл таб. 20мг №20 (11,25 %), Энап-НЛ таб.10мг+12,5мг №20 (3,79%), Эналаприл 10мг №20 (43,53%) и Энап-Н 10+25мг №20 (8,18%) и сахарного диабета (Лантус р-р 100МЕ/мл картрид. 3 мл №5 (1,73%), Хумулин М3 сусп. д/ин 100МЕ/мл №5 (9,5%), Формин Плива таб. п/об. 850 №60 (1,61), Манинил таб. 3,5мг №120 (9,25%) и, Манинил таб. 5мг №120 (6,92%) в период с 2009 по 2011 гг. По данным ABC-анализа наибольшие денежные затраты приходятся на закупку инсулинов (на 1 полугодие 2011 г. было закуплено 2648 уп. инсулинов на сумму 7385262,00 руб.). Самым затратным является раствор для подкожного введения Лантус (160 уп. на сумму 536 тыс. руб.) Наименее затратным является суспензия для подкожного введения Хумулин НПХ (8 уп. на сумму 3916,54 руб.). Больше в количественном выражении закупаются антигипертензивные препараты (было закуплено 10440 уп. на сумму 572949,26 руб.). Самая высокая потребность в количественном выражении приходится на комбинированный препарат Гидрохлортиазид+Эналаприл (2000 уп. на сумму 121800 руб.). Однако, самым затратным является препарат Лизиноприл 20 мг №20 (1200 уп. на сумму 133896 руб.).

И.Б.Исаева
**НЕОБХОДИМОСТЬ СОЗДАНИЯ
БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КЛАСТЕРА В
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии,
Кафедра управления и экономики фармации, медицинского и
фармацевтического товароведения*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н., доцент И.А. Джупарова,
д.ф.н., профессор Н. О. Карабинцева*

В настоящее время фармацевтические и биотехнологические кластеры являются неотъемлемой частью «Стратегии развития фармацевтической промышленности на период до 2020» и представляют собой стратегическое направление, имеющие высокую социально-экономическую значимость. Создание фармкластеров решает вопросы новых рабочих мест, повышения уровня научной базы, переход промышленных предприятий на стандарты GMP, создание инновационных препаратов, популяризация отечественной фармотрасли, что в конечном итоге положительно сказывается на экономическом развитии региона.

В связи с тем, что на территории Новосибирской области (НСО) отсутствует фармацевтический кластер целью нашей работы явилась разработка методического подхода к созданию биофармацевтического кластера в Новосибирской области.

В качестве исходной информации использовали законодательные и нормативные акты Российской Федерации, материалы Госкомстата и Минздравсоцразвития РФ, статистические данные, опубликованные в периодических и специальных изданиях, а также собранные автором материалы (анкеты). Основными методами исследования являлись системный и логический анализ, методы стратегического анализа, аналитико-прогностический метод, методы стратегического маркетинга.

На первом этапе нашего исследования нами решалась задача в выявлении потребности в создании биофармацевтического кластера на территории НСО.

В результате анализа статических и ряда нормативных актов нами были выявлены основные проблемы фармацевтической промышленности на территории НСО: преобладание на рынке «бренд-дженериков» импортного производства, импорт субстанций, дефицит высококвалифицированных кадров для фармотрасли, отсутствие механизмов финансирования для разработок ЛС, отсутствие обязательных для исполнения правил производства и контроля качества ЛС, идентичных международным правилам GMP.

На территории Новосибирска 25 промышленных предприятий работают в сфере фармацевтики; основными заготовителями лекарственного расти-

тельного сырья (10) являются предприятия Алтайского края; производители субстанций локализуются в Кемеровской области, а биотехнологических — в наукограде Кольцово; более 50 производителей производят упаковочный материал.

Анализ научных тематик НИИ РАН и РАМН выявил, что 10 научных учреждений разрабатывают инновационные препараты для фармпромышленности; 5 высших и научно-образовательных учреждений готовят кадры.

В результате анкетирования работников крупных промышленных предприятий Новосибирска было установлено, что 70% опрошенных считают необходимым создание кластера, который позволит, по мнению опрошенных, привлечь органы государственной власти к решению проблем (16,67% респондентов), координировать деятельность участников кластера (19,04%), привлечь потенциальных инвесторов (19,04%), способствовать продвижению продукции (16,67%), снизить сроки реализации инвестиционных проектов (14,29%), снизить инвестиционные риски (4,76%), повысить эффективность затрат (9,53%).

Таким образом, нами выявлены объективные предпосылки для создания биофармацевтического кластера в НСО.

А.В.Кныш
**СОСТАВЛЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА
БОЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кафедра управления и экономики фармации,
медицинского и фармацевтического товароведения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: старший преподаватель О. А.Борисова,
профессор Д.А.Яхонтов*

Актуальность работы. В РФ лидирующее место в структуре заболеваемости занимает сердечно-сосудистая патология, прежде всего ишемическая болезнь сердца (ИБС). Ежегодно в России от ишемической болезни сердца умирают почти 60% мужчин и 40% женщин.

Цель. Составление демографического портрета больного ИБС.

Задачи:

1. Обработка амбулаторных карт для составления демографического портрета больного
2. Определение географии заболеваемости по районам НСО

Методы: статистический, частотный анализ.

Результаты: 150 пациентов Новосибирского областного клинического кардиологического диспансера были разделены на две группы: с хирургич-

ческим и без хирургического вмешательства, проводился анализ их амбулаторных карт и для каждой из групп рассчитывались средние показатели.

Среди пациентов, которым проводилось хирургическое вмешательство, оказалось 33,33% женщин и 66,67% мужчин.

Средний возраст пациентов, которым было проведено хирургическое вмешательство, составляет $58,67 \pm 9,64$ лет, больных с ИМТ 25–30 (избыточный вес) — 54,39%, с ИМТ >30 — 31,58%. Средняя длительность постановки диагноза составляет $8,548 \pm 6,019$ лет. У 24,56% исследуемых отягощена наследственность (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда), 17,54% курят.

Проведен анализ географического распределения больных: наибольшее количество больных в Новосибирске (31 человек — 54,38%), Искитимском (4 чел. — 7,02%), Карасукском (3 чел. — 3,23%), Барабинском, Доволенском, Маслянинском и Черепановском (по 2 чел. — 2,15%) районах.

Среди пациентов, которым не проводилось хирургическое вмешательство, оказалось 50,54% мужчин и 49,46% женщин.

Средний возраст пациентов, которым не проводилось хирургическое вмешательство, составляет $64,527 \pm 2,79$ лет, больных с ИМТ 25–30 — 38,71%, с ИМТ >30 (ожирение) — 34,41%. Средняя длительность заболевания составляет $8,07 \pm 3,706$ лет. Отягощена наследственность (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда) у 13,98%, курят 3,6% исследуемых больных.

В выборку попало наибольшее количество больных из Новосибирска (54 чел. — 58%), Новосибирского района (9 чел. — 9,68%), Бердска (5 чел. — 5,38%), Машковского района (5 чел. — 5,38%), Искитимского района (3 чел. — 3,23%), Маслянинского (3 чел. — 3,28%) района.

Выводы. Составлен демографический портрет больного, определена география распространённости заболевания в Новосибирске и Новосибирской области.

В.Ю. Князева

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ РАЦИОНАЛЬНОГО МЕНЕДЖМЕНТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПОРЯДКА В ОТДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

*Кафедра управления и экономики фармации, медицинского и
фармацевтического товароведения,*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.ф.н., доцент И.А. Джупарова

Одной из острых проблем медицинских организаций (МО) является лекарственное обеспечение (ЛО) больных. И связано это не только с ограни-

548

ченным финансированием здравоохранения и ростом цен на лекарственные средства (ЛС), но и, в значительной степени, с недостатками в организации самой системы ЛО стационаров, обусловленной (согласно исследованиям ВОЗ) нерациональным назначением ЛС — 19% (в т. ч. Слишком дорогих — 10%); неправильном определении потребности в них — 14%; нарушениями в системе распределения ЛС — 19%; недостатками в системе закупок ЛС — 27%. Поэтому рациональный менеджмент в здравоохранении рассматривается как главное условие эффективной деятельности МО, с помощью которого возможна оптимизация системы ЛО в отделениях МО.

Вместе с тем для практического здравоохранения актуальной является проблема формирования системы фармацевтического порядка (ФП) для отделений МО и разработка методических подходов рационального медицинского и фармацевтического менеджмента, направленных на ее реализацию.

Создание системы управления материальными потоками в МО является основой стабильного и гармоничного обеспечения лечебного процесса товарами аптечного ассортимента. Расходы на лекарственное обеспечение составляют 25–30% бюджета стационара, поэтому на сегодняшний день остро стоит вопрос об усилении контроля над учетом лекарственных средств. Необходима неразрывная взаимосвязь аптечной службы со многими подразделениями МО на разных уровнях: администрации учреждения, старшей медицинской сестры, постовой и процедурной медицинских сестер, исполняющих назначения лечащего врача. В существующих условиях работы требуется ведение строгой отчетности, профессиональный контроль за рациональным использованием, хранением, сроками годности препаратов в подразделениях МО, за деятельностью, связанной с оборотом наркотических и психотропных средств.

Ежедневная работа среднего медицинского персонала больницы, наряду с аптечным подразделением, связана с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в части систематизации их хранения, учета и контроля за расходом, сроками годности, а также соблюдением правил хранения. В связи с этим медицинский персонал также должен знать законодательные и правовые документы в сфере обращения лекарственных средств и иметь представление о деятельности аптеки МО.

Существующая нормативно-правовая база по порядку обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, как правило, направлена на розничные аптеки и оптовую продажу, а информация для аптек учреждения здравоохранения (больничных аптек) носит фрагментарный характер, нет современных специализированных документов, рекомендаций, которые регламентировали бы порядок обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в МО.

Ю.Н. Морева
**ИЗУЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ
КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

*Кафедра управления и экономики фармации, медицинского и
фармацевтического товароведения,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.фарм.н., доцент И. А. Джупарова*

В настоящее время весьма остро стоит проблема фальсификации лекарственных средств, что отражается на качестве лекарственного обеспечения населения. Однако даже подлинные и качественные лекарственные препараты под действием внешних условий могут прийти в негодность, потерять эффективность и стать небезопасными. В связи с этим актуальным становится вопрос сохранения качества лекарственных средств.

Не является секретом, что сфера обращения лекарственных средств остается зоной повышенного риска. В связи с этим большинство стран закрепляют на государственном уровне строгие меры контроля по хранению лекарственных препаратов в соответствии с международными правовыми нормами. Это одна из немногих позиций глобального международного взаимодействия, где присутствует единая идеология — перенос акцента с контроля качества готовой продукции на обеспечение качества на всех этапах обращения лекарственных средств.

Система государственного контроля на этапе обращения лекарственных средств, представлена в виде выборочного контроля лекарственных средств, находящихся в обращении на территории РФ. За 9 месяцев 2011 года проверено 1520 образцов лекарственных средств, отобранных у производителей и импортеров лекарственных средств, выявлено 9 торговых названий 15 серий недоброкачественных лекарственных средств. В розничной торговле, а именно в этом секторе происходит основной вброс на рынок фальсифицированных лекарственных препаратов, проверено 3615 образцов лекарственных средств, отбор которых осуществлялся в оптовых, розничных и медицинских организациях, выявлены партии 127 серий 72 торговых наименований недоброкачественных лекарственных средств.

Функционирование системы здравоохранения в Российской Федерации осуществляется в соответствии с Конституцией РФ и «Основами законодательства в РФ об охране здоровья граждан». Решающую роль в создании законодательной базы для специалистов, осуществляющих фармацевтическую деятельность в России, сыграли Федеральный закон «О лекарственных средствах», «Основные положения о стандартизации в здравоохранении» и «Система сертификации лекарственных средств Системы сертификации ГОСТ Р», утвержденные МЗ РФ. Многие положения Закона «О ле-

карственных средствах» имеют непосредственное отношение к проблемам обеспечения государственной системы контроля качества, безопасности и эффективности ЛС.

Проблеме качества ЛС уделяется в настоящее время достаточно большое внимание. Вместе с тем среди направлений повышения качества ЛС внедрение современной системы обеспечения качества ЛС на федеральном уровне не нашло пока должного отражения.

Е.А. Сергеева
**АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ РЕЦЕПТУРЫ
В Г. НОВОСИБИРСКЕ**

*Кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии
Кафедра управления и экономики фармации, медицинского и
фармацевтического товароведения
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н., доцент И. А. Джупарова,
д.ф.н., профессор Н. О. Карабинцева*

На сегодняшний день в фармацевтической отрасли недостатка в лекарственных препаратах промышленного производства нет. Однако потребность в экстемпоральных лекарственных формах до сих пор сохраняется и остается актуальной. Целый спектр препаратов готовится по давно разработанным прописям. В отличие от заводских препаратов они не обладают многими побочными эффектами, поскольку существует возможность избежать использования нежелательных ингредиентов. Кроме того, в аптеках готовят препараты, производство которых затруднено или невозможно в заводских условиях. Главным и самым основным аргументом сохранения экстемпоральной рецептуры является возможность подобрать дозировку для каждого конкретного пациента и при этом учесть все его особенности, так как не все лекарства, изготавливаемые на заводе, могут быть использованы разными пациентами. Однако, несмотря на это, количество производственных аптек в России и в Новосибирске, в том числе, стремительно сокращается.

В связи с этим целью нашей работы явилось исследование состояния экстемпоральной рецептуры в г.Новосибирске, что в дальнейшем послужит основанием разработки комплекса нормативно-методических подходов, ориентированных на усовершенствование приготовления экстемпоральной рецептуры.

Объектами исследования явились номенклатура изготавливаемых аптеками области инфузионных и инъекционных растворов, выпуск которых не осуществляется в промышленных условиях, целесообразность их медицинского применения в соответствии со стандартами оказания медицинской

помощи и фактические объёмы изготовления; анкетные данные врачебного и фармацевтического персонала; оперативная, статистическая и бухгалтерская отчётность.

В процессе исследования использованы методы описательного, сравнительного, системного, логического анализа, методы структурирования и классификации, выкопировка данных, анкетирование.

Для анализа рецептуры нами был разработан методический подход, заключающийся в последовательном анализе рецептуры; часто встречающихся прописей; субстанций; стабилизаторов, концентратов, полуфабрикатов; одноименных прописей; рецептуры по условиям изготовления; по типу потребителей лекарственных средств. За 2008–2010 год в г.Новосибирске было изготовлено 30519 лекарственных форм, из которых наибольший удельный вес составляют растворы для наружного применения 51,2%, микстуры для детей 38,4%, порошки 23,04%, мази 21,76%, суспензии 11,52%, капли 7,68%. В результате анализа экстенпоральной рецептуры и сборника унифицированных прописей было выявлено, что из 447 унифицированных прописей 122 прописи имеют промышленные аналоги. Практически все лекарственные формы для инъекций имеют заводские аналоги и в аптеках не изготавливаются. Из лекарственных форм наиболее часто готовится раствор эуфиллина 1%, калия йодида 3%, цинка сульфата 0,5%, раствор колларгола 3%. Из внутриаптечной заготовки наиболее часто готовятся капли протаргола 3% — 30 мл и колларгола 2% — 30 мл. Для медицинских организации часто готовят растворы фурациллина, перекиси водорода, гидрокарбоната натрия.

Таким образом, установлена структура экстенпоральной рецептуры в г. Новосибирске, проведен анализ одноименных прописей аптечного изготовления и промышленного производства, выявлены случаи дублирования ЛП.

М.С. Сушкова*, Е.Ф. Шарахова
КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ АДАПТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

*Кафедра управления и экономики фармации, Алтайский
государственный медицинский университет, г. Барнаул*
Научный руководитель: д.ф.н., профессор Е.Ф. Шарахова

Полная и своевременная адаптация сотрудника на новом месте работы является залогом его успешной работы в будущем. Наличие в аптечной организации (АО) программы адаптации позволяет ускорить и упростить профессиональную и личностно-деловую адаптацию сотрудников. Программа должна предусматривать возможность трансформации времени, объема и

количества проводимых мероприятий под индивидуальные профессиональные, деловые и личностные качества нового сотрудника. Целью настоящего исследования стала разработка критериев формирования индивидуальной программы адаптации фармацевтических специалистов АО.

Для определения наиболее значимых показателей для формирования программы адаптации фармацевтических специалистов было проведено пилотное исследование среди руководителей и сотрудников аптечных организаций г. Барнаула. Пилотное исследование показало, что стандартная программа адаптации персонала отсутствует в 66,67% организаций. На существование потребности в различных программах адаптации для провизоров и фармацевтов указали 44,12% опрошенных руководителей, мотивируя это разницей в уровне образования. Потребность помощи в работе не менее 1 месяца испытывали 54,55% специалистов, в 30,30% случаев помощь требовалась более 6 месяцев. Семинары по улучшению адаптации персонала никогда не посещали 78,79% руководителей.

В ходе исследования проведена диагностика показателей, влияющих на адаптацию сотрудников. В качестве метода сбора информации выбрано анкетирование. В исследовании приняли участие 118 фармацевтических специалистов аптек различной организационно-правовой формы и формы собственности Алтайского и Красноярского края, Новосибирской области.

По результатам анкетирования установлено, что наибольшее влияние на адаптацию специалистов оказывают следующие факторы: уровень образования, опыт работы, возраст, основные рабочие навыки, наличие дополнительной профессиональной подготовки, основные трудности работы на предыдущем месте, а также некоторые личностно-деловые характеристики. Показатели подвергали экспертной оценке. В качестве экспертов выступили руководители аптечных организаций различной организационно-правовой формы и формы собственности с численностью фармацевтического персонала не менее 10 человек Алтайского края (32 эксперта), Новосибирской области (19 экспертов), Красноярского края (14 экспертов). Всего было привлечено 65 эксперта. Для получения репрезентативных данных нами были использованы мнения 60 экспертов, имеющих коэффициент компетенции не менее 0,85. На основании метода экспертных оценок в качестве критериев для формирования индивидуальной программы адаптации выбраны: образование, стаж работы, основные профессиональные навыки, деловые качества (исполнительность, внимательность), личностные качества (обучаемость, уровень аутичности, конфликтность).

При формировании индивидуальной программы адаптации, в соответствии с выбранными критериями, следует использовать комплекс дополнительных мероприятий, направленных на корректировку проблемных показателей специалиста.

Таким образом, разработанные критерии позволяют сформировать индивидуальную программу адаптации.

М.П. Блудова*

МЕРЧАНДАЙЗИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ АПТЕЧНЫХ ПРОДАЖ

*Кафедра управления и экономики фармации,
Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
Научный руководитель: д.фарм.н., профессор Е.Ф. Шарахова*

Актуальность. Высокая конкуренция в розничном звене фармацевтического рынка инициируют поиск наиболее эффективных форм и методов обслуживания, которые дают возможность управлять потребительским поведением и увеличивать доход бизнеса.

Цель исследования. Изучение влияния технологий мерчандайзинга на величину аптечных продаж.

Объектом исследования послужила аптечная сеть ИП «Серебрякова Г.А.» — «Вива».

Методы: изменение выкладки товаров с учетом доли препаратов на рынке и в данной аптеке, групповая выкладка отдельных препаратов, метод — «в погоне за лидером», расположение рядом товаров, взаимодополняющих друг друга — напоминание о необходимости покупки какой-либо ассортиментной позиции.

Результаты исследования. Величину продаж исследуемых товаров просматривали за 2 периода: 01.11.11-01.01.12; 02.01.12-02.03.12, второй период является экспериментальным.

Метод групповой выкладке применен к лидеру продаж среди препаратов для лечения заболеваний печени — Эссенциале Форте Н капс. №30 и №100, представляющий собой «дублирование» лидирующих позиций, т.к. чем больше доля препарата, тем больше места на полке он должен занимать. Товар, соседствующий на полке с известными и престижными марками, воспринимается покупателем как более предпочтительный. Поэтому рядом с товарами — «магнитами» с учетом цены расположили товары — «спутники», т.е. менее востребованные позиции — реализация метода «в погоне за лидером». Прирост продаж расположенного справа от лидера более дорогого препарата Гепамерц гран. для приготовления раствора, составил 163,6%, прирост продаж расположенных слева препаратов Резалют Про капс. и Лив52 табл. составил 87,5% и 37,5% соответственно, Хофитол таб. — 13,5%. Продажи Эссенциале Форте Н не изменились. Объем продаж лекарственных средств исследуемой группы увеличился на 15,34%.

Второй метод реализован на группе продуктов диabetического питания, приборах и тест — полосках для измерения уровня глюкозы крови, для этого была оформлена тематическая витрина «Диабет». К питанию добавили фиточай Стевия 1.0 фильтр-пакет №20, сбор Алфит-10 и цикорий в ассортименте. Рядом с диabetическим и диетическим питанием на отдельной полке выставили глюкометры и тест-полоски для измерения уровня глюкозы кро-

ви. Подобное расположение поспособствовало привлечению внимания к ранее непопулярным позициям, примером стала клетчатка мелкая, и увеличилось долю импульсных покупок посетителей аптеки. Часто покупатели тест-полосок и глюкометров вспоминали о необходимости приобретения диабет — питания. Так же немалый интерес вызывали сахароснижающие травы. Прирост продаж глюкометров «One Touch Select» составил 40,2%, тест-полосок Сателлит — 81,9%, тест-полосок Акку-чек — 14,4%, вафли на фруктозе — 54,9%, цикория — 224,7%, клетчатка мелкая — 140%, Алфит-10 — 48,5%, конфеты — 29,7%, козинаки — 21,5%, фиточай Стевия — 125%.

Вывод: приемы мерчандайзинга способствуют стимулированию желания потребителя приобрести определенную марку, купить продвигаемый товар. Руководствуясь данными инструментами, можно эффективно управлять продажами и увеличивать прибыль аптек. Таким образом, предлагаемые методики являются теоретической основой коммерческого успеха аптечного учреждения.

Ю.В.Белова

ПОСТРОЕНИЕ КОНКУРЕНТНОЙ КАРТЫ ТОРГОВЫХ НАИМЕНОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

*Кафедра управления и экономики фармации, медицинского и
фармацевтического товароведения,*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.фарм.н., доцент И. А. Джупарова

Современный этап развития фармацевтического рынка характеризуется жесткой конкуренцией. Это делает весьма актуальным изучение конкуренции и конкурентной среды для создания оптимальных механизмов управления ассортиментом лекарственных средств.

Поэтому необходимо было разработать методический подход, обеспечивающий целесообразное планирование ассортимента торговых наименований с учетом оптимизации затрат.

Целью исследования являлась разработка методики построения конкурентной карты для лекарственных препаратов, и формирование на её основе модели конкурентной стратегии, позволяющей наиболее целесообразно расходовать средства федерального и регионального бюджета, выделенных для лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан.

Материалы и методы. В основу исследования положены стоимостные показатели, отпущенных лекарственных средств по федеральной и региональной льготе. В процессе исследования применялись методы: контент — анализа, статистический.

Методологической основой анализа конкурентной среды является рыночная доля, которая подразумевает под собой часть ресурсов, обращающихся на рынке.

Нами были рассчитаны рыночные доли лекарственных препаратов в динамике за несколько лет и соответствующие им темпы прироста.

В соответствии с рассчитанными рыночными долями ассортимент лекарственных средств был распределен по четырем группам: торговые наименования (ТН) — лидеры рынка; ТН с сильной конкурентной позицией; ТН со слабой конкурентной позицией; ТН — аутсайдеры.

Для оценки степени изменения конкурентной позиции нами были выделены четыре типовых состояния торговых наименований по величине темпов прироста их рыночной доли: ТН с быстро улучшающейся конкурентной позицией; ТН с улучшающейся конкурентной позицией; ТН с ухудшающейся конкурентной позицией; ТН с быстро ухудшающейся конкурентной позицией.

На основании полученных результатов оценки распределения рыночной доли и степени изменения конкурентной позиции анализируемых лекарственных средств нами построена матрица конкурентной карты рынка торговых наименований.

Выводы. Разработанная методика построения конкурентной карты ассортимента лекарственных препаратов, входящих в отпуск по федеральной и региональной льготе, позволяет проводить оптимизацию затрат с учетом конъюнктуры рынка.

Ю.В.Лигостаева

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕСТЫ

Кафедра фармакогнозии и ботаники,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.фарм.н., проф. М. А.Ханина

В настоящее время в результате окорки березовой древесины на каждом крупном предприятии накапливается до 30 тыс. м³ бересты, которые сжигаются. Однако в березовой коре содержится ряд ценных химических веществ, что стимулирует исследования по разработке эффективных и экономически приемлемых методов их извлечения. Исследования влияния механохимической активации на выход БАВ из бересты не проводились.

Цель исследования — провести исследование влияние механохимической обработки на качественный состав и количественный содержание БАВ бересты.

Материалы и методы. Объектами для исследования служили образцы бересты, собранные в Новосибирской области (2011 г.), измельченные на кофемолке (размер частиц — 3 мм (КИ) и механохимически (размер частиц от 0,1 мм до 0,5 мм (МХИ) и сухие экстракты, полученные из образцов бересты: КИ и МХИ.

Общий фитохимический и товароведческий анализ образцов сырья и сухих экстрактов проведен фармакопейными и общепринятыми методами. Анализ компонентного состава и количественного содержания БАВ проводили методами гравиметрии, хроматографии, спектрофотометрии, хромато-спектрофотометрии, масс-спектроскопии с индуктивно связанной плазмой. Расчеты содержания БАВ проводили в пересчете на абсолютно сухие сырье и экстракты.

Результаты и обсуждение. Определены товароведческие показатели для образцов бересты КИ и МХИ: влажность — для МХИ (2,1%), КИ (2,65%); по содержанию золы общей МХИ значительно превышает ($1,58 \pm 0,08\%$) КИ ($0,25 \pm 0,01\%$); зола нерастворимая в 10% растворе кислоты хлористоводородной для МХИ — $0,25 \pm 0,01\%$ и КИ — $0,17 \pm 0,008\%$.

Установлено, что наилучшим экстрагентом для извлечения БАВ из бересты является 80% спирт этиловый. При этом экстрактивных веществ больше в МХИ — $36,85 \pm 1,84\%$, чем в КИ — $30,96 \pm 1,5\%$.

В исследуемых образцах бересты и их экстрактах установлено наличие тритерпеновых сапонинов, гидроксикорчных и фенолкарбоновых кислот, флавоноидов, аминокислот, полисахаридов, полифенольных соединений, кумаринов.

Установлен качественный состав аминокислот бересты (аланин, триптофан, глутаминовая, аспарагиновая кислоты, лейцин). Установлено, что преобладающим компонентом является аланин, поэтому содержание суммы аминокислот рассчитывали в пересчете на данное вещество: для МХИ бересты — $0,86 \pm 0,04\%$, для КИ бересты — $1,15 \pm 0,06\%$.

В составе полифенольных соединений в образцах бересты МХИ и КИ обнаружены галловая кислота и танин, преобладающим компонентом является последний, поэтому содержание суммы полифенольных соединений рассчитывали в пересчете на танин: МХИ — $7,515 \pm 0,4\%$, КИ — $6,923 \pm 0,35\%$.

Установлено, что по качественному составу макро- и микроэлементов исследуемые образцы бересты и экстрактов не различаются, однако по количественному содержанию элементов они значительно отличаются.

Вывод. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о влиянии механохимической обработки на качественный состав и количественное содержание БАВ бересты, поэтому данный вид обработки сырья представляет интерес для дальнейшего более углубленного изучения.

А.Ю. Клепикова
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
СЫРЬЯ «ПОЛЫНИ ГОРЬКОЙ ТРАВА»**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.фарм.н., доцент Д. Л. Макарова*

Актуальность. Лекарственное растительное сырье (ЛРС), используемое в фармацевтической практике, независимо от места его заготовки должно

обеспечивать соответствующее фармакологическое действие. Это становится возможным только при соответствии ЛРС определенным требованиям и нормам в целях обеспечения качества, эффективности и безопасности лекарственных средств растительного происхождения. В связи с этим изучение ЛРС, поступающего в обращение является актуальным и необходимо для защиты здоровья и жизни населения от небезопасных, неэффективных, некачественных фармацевтических препаратов.

Цель исследования — проведение сравнительного фармакогностического анализа аптечного сырья «Полыни горькой» различных производителей.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования служили 5 образцов сырья «Полыни горькой трава» различных производителей (4 образца — трава измельченная по 50 или 75 г, 1 образец — фильтр пакеты по 1,5 г, 20 шт). Фармакогностический анализ ЛРС проведен в соответствии с требованиями ГФ XI, XII (макро-, микроскопический, товароведческий анализы). Определение количественного содержания эфирного масла в сырье проводили гидродистилляцией по методу Гинзберга, дубильных веществ — перманганатометрически, содержание веществ фенольного комплекса — спектрофотометрически (СФ).

Результаты исследования. У образцов № 2, 4 маркировка не соответствует требованиям НД.

Внешний вид сырья, микроскопия, числовые показатели (части, изменившие цвет, не проходящие сквозь сито диаметром отверстий 7 мм, проходящие сквозь сито с отверстиями 0,310 мм, влажность, зольность) у всех проанализированных образцов соответствуют требованиям фармакопейной статьи. Содержание стеблей, диаметром свыше 3 мм (должно быть не более 3 %), соответствует требованиям НД во всех образцах, кроме образца № 1 (18,67%).

В соответствии с ГФ XI экстрактивных веществ, извлекаемых 70 % спиртом, должно быть не менее 20 %. Образцы № 2–5 соответствуют по содержанию, максимальное количество содержит образец № 5 (28,65 %), в образце № 1 содержание составляет 18,75%.

Общий фитохимический анализ сырья полыни горькой выявил наличие следующих групп биологически активных веществ: эфирное масло, флавоноиды, оксикоричные кислоты, кумарины, дубильные вещества (преимущественно конденсированные), полисахариды.

Методом СФ определено содержание хлорогеновой, т-коричной, кофейной кислот, умбеллиферона, рутина. Максимальное содержание БАВ выявлено в образцах № 3, 5, минимальное — в образцах № 2, 4.

Количественно было получено эфирное масло. Установлено, что наибольшее количество извлекается из образца №1 (0,24 %) и № 5 (0,15 %), минимальное — из образца № 3 (следовые количества).

Установлено, что наибольшее содержание дубильных веществ отмечено в образце № 3 (6,43%), минимальное — №1 (1,65%).

Таким образом, всем параметрам ФС соответствуют образцы № 3, 5. Не соответствуют образцы № 1, 2, 4.

И.А. Данильцев
**ЭКСТРАКТ КОРЫ КОРИЦЫ СУХОЙ – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ
ИСТОЧНИК ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ
АНТИДИАБЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ**

*Кафедра технологии лекарственных форм, кафедра
эндокринологии с курсом клинической фармакологии,
Иркутский государственный медицинский университет
Научные руководители: доц. к. фарм. н. Т.П. Зюбр;
асс., к.м.н. Л.В. Охремчук*

Цель. Разработка ресурсосберегающей технологии получения сухого экстракта корицы и экспериментальная оценка его сахароснижающего действия.

Материалы и методы. Для исследования взято два вида сырья: коричник цейлонский и коричник мадагаскарский. Использовались общепринятые методики оценки качества сырья и технологический показатели. Оптимизация экстракции активных веществ заключалась в подборе оптимальных условий: экстрагент, температура и время экстракции. Для определения действующих веществ в экстрактах использовался химический и хроматографический методы. Проведена очистка извлечений от балластных веществ: отстаиванием на холоду (4–8°C) и спиртоочистка. Полученные экстракты исследовали на беспородных крысах массой тела 100 г., разделенных на две группы по 10 крыс в каждой: в первой группе исследовали раствор сухого экстракта коры коричника цейлонского; во второй — раствор сухого экстракта коры коричника мадагаскарского. В начале у крыс фиксировали уровень глюкозы в норме натощак. Экспериментальный диабет вызывали однократным внутривенным введением 3 мг/кг адреналина гидрохлорида, измеряли уровень глюкозы. Спустя 3 минуты вводили раствор 500 мг/кг сухого экстракта корицы и через 5 минут снова фиксировали уровень сахара в крови исследуемых животных. Уровень глюкозы измеряли с помощью глюкометра Une Touch Ultra. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 6.0. В первой группе уровень глюкозы на фоне адреналиновой нагрузки снижался на 14%, а во второй — на 15,8%.

Результаты. Были получены по оптимальной технологии сухие экстракты коричников. Были проведены фармакологические исследования растворов экстрактов.

Заключение. Экстракты коричников сухие являются перспективным природным источником антидиабетических препаратов.

Н.А. Бурлева
**ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
КОСТЯНИКИ КАМЕНИСТОЙ**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.т.н., ст.преп. Д. С. Круглов*

Актуальность исследования. Лечебные свойства костяники каменистой *Rubus saxatilis* L. мало известны науки, хотя в народной медицине она используется в качестве общеукрепляющего и противовоспалительного средства. К.каменистая широко распространена на территории России и ее ресурсная база достаточно велика. В этой связи изучение этого растения представляет определенный интерес в рамках проводимого на кафедре скрининга лекарственных растений флоры Сибири.

Целью работы является фармакогностическое исследование К. каменистой и выявление возможности применения в медицине.

Объекты и методы исследования. Объектом исследования служит надземная часть растений, собранная в фазу цветения, а также плоды, собранные в фазу плодоношения.

Костяника каменистая была собрана в смешанном лесу в Колыванском районе Новосибирской области,

Фитохимические исследования состава биологически активных соединений проводились известными методами качественного анализа.

Количественное определение антоцианов проводили спектрофотометрическим фармакопейным методом по поглощению УФ-света при длине волны равной 510нм для извлечения, полученного с помощью нагревания с использованием в качестве экстрагента 1% раствор кислоты хлористоводородной.

Качественно проводилась реакция на наличие аскорбиновой кислоты в листьях и плодах.

Количественное определение аскорбиновой кислоты проводилось методом титриметрии, в качестве титранта использовался 2,6- дихлорфенолиндофенолят натрия; методом хроматомасспектрофотометрии с использованием элюатов с хроматографической пластины «Силуфол»

Сумму флаваноидов в пересчете на рутин определяли спектрофотометрически при длине волны равной 410 нм с использованием в качестве экстрагента 70% спирт, при дальнейшем добавлении к раствору(приготовленному) 95% спирта и хлорида алюминия.

С помощью ТСХ были обнаружены в листьях: сумма флаваноидов, хлорофилл; в плодах: антоцианы, сумма флаваноидов.

Качественно определили свободные органические кислоты с помощью специфических реакций. В листьях были обнаружены: лимонная и янтарная кислоты, в плодах обнаружили: лимонную, янтарную кислоты, в меньшей степени винную, следовые количества яблочную кислоты. Свободные органические кислоты количественно определяли методом титриметрии в пересчете на лимонную кислоту, в качестве титранта использовали 0,1N раствор едкого натра.

Спектрофотометрическим методом с использованием гексана в качестве экстрагентов определяли каротиноиды в листьях и плодах

В плодах количественное содержание антоцианов составило 0,26%, содержание свободных кислот составило 3.72%, аскорбиновой кислоты следовые количества менее 0,15%. В листьях содержание аскорбиновой кислоты составило: 3,99%

В результате проведенных исследований было определено содержание ряда БАС в сырье К. каменистой. Установлено наличие янтарной кислоты, которая оказывает антигипоксическое, антиоксидантное, цитопротекторное действие, что позволяет отнести к.каменистую. к перспективным лекарственным растением.

Ю.А. Глуценко
**БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ
В СОСТАВЕ ХОЛОСАСа**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.т.н., ст.преп. Д.С. Круглов*

Холосас — сиропобразная жидкость темно-коричневого цвета, кисло-сладкого вкуса, своеобразного запаха, изготавливаемая из плодов шиповника собачьего (*Rosa canina* L.) Шиповник собачий растение семейства Rosaceae из секции низковитаминных видов, характеризующихся пониженным содержанием аскорбиновой кислоты. Препарат холосас представляющий собой сгущенный водный экстракт плодов ш.собачьего оказывает желчегонное, гепатопротекторное действие. Восстанавливает и поддерживает нормальную функцию гепатоцитов, предупреждает хронизацию процесса, восстанавливает отток желчи, нормализует состояние иммунной системы; обладает противовоспалительным, мочегонным действием, усиливает моторику кишечника.

Целью работы является исследование качественного состава и количественного содержания биологически-активных соединений в составе холосаса.

Объекты и методы исследования: Для исследования аликвота холосаса 5 мл разбавлялась водой очищенной до 100 мл. Качественный состав групп БАС устанавливался с использованием общеизвестных качественных реакций.

Количественное определение органических кислот в пересчете на яблочную кислоту:

К 2 мл исходного раствора холосаса добавляли 50 мл воды дистиллированной и титруем 0,1 Н раствором NaOH с использованием в качестве индикатора смеси метиленового синего и фенолфталеина. Содержание свободных органических кислот составило 393,75 мг при норме не менее 400мг.

Качественная реакция на полисахариды

К 1 г исходного холосаса добавляли 10 мл воды очищенной, а затем 40 мл 95% спирта этилового. Наблюдался осадок полисахаридов в виде коричневых хлопьев.

Количественное определение дубильных веществ:

К 5 мл исходного раствора добавлялось 100 мл воды и 5 мл индиго-сульфокислоты. Титрование проводилось 0,1 Н раствором калия перманганата до золотисто-желтого окрашивания. Дополнительно проводилась качественная реакция с железоаммонийными квасцами и было установлено, что в исследуемом растворе содержатся дубильные вещества конденсированной группы, поэтому дубильные вещества определялись в пересчете на катехин. Количество дубильных веществ составило 1,181 г.

Определение содержания флавоноидов:

Система растворителей этилацетат: муравьиная кислота: уксусная кислота : вода соответственно 34 :3,5 : 3,5 : 9. На хроматографируемой пластинке «Силуфол» наносится линия старта и линия финиша, так что бы пробег составлял не менее 10 см. На линию старта наносится исследуемый раствор с помощью капилляра и после высушивания помещается в хроматографическую камеру. Пластинка вынимается после достижения растворителя линии финиша, подсушивается и просматривается в УФ- свете. Свечения характерного для флаваноидов обнаружено не было, Качественные реакции на флаваноиды с использование пробы Цинода и реакции с хлоридом алюминия также не выявили присутствия флаваноидов.

Выводы. В результате проведенного исследования установлены группы биологически активных веществ в составе исследуемого препарата, при наличии которых можно судить о эффективности холосаса.

В. М. Говор

ПОЛУЧЕНИЕ ЖИДКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ВИТАПАНТА МЕТОДОМ ДВУХФАЗНОЙ ЭКСТРАКЦИИ

*Кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н, доцент С.Ю.Клепикова*

Порошок пантов алтайского марала, используемый в производстве лекарственных препаратов, содержит обширный комплекс биологически активных веществ (БАВ) различной полярности, извлечения которых в полной мере не удастся достигнуть с помощью традиционных методов экстракции. Как показывают исследования, в шроте часто остается большое количество БАВ, которые могут служить основой для производства лекарственных препаратов и биологически активных добавок. В связи с этим, имеется необходимость совершенствования и разработки новых ресурсосберегающих технологий переработки сырья, обеспечивающих максимальное извлечение БАВ. Для решения указанных проблем, возможно, использовать комплексную переработку сырья методом двухфазной экстракции в системе этанол: ПЭГ-400, с одновременным извлечением как гидрофильных, так и липофильных веществ. Применение в качестве экстрагента двухфазной системы растворителей позволяет получить извлечение с большим содержанием БАВ.

Цель: интенсификация процесса экстрагирования сырья животного происхождения методом двухфазной экстракции, а также получение водоэкстрагируемого комплекса из шрота в условиях малоотходной переработки сырья.

Объекты и методы исследования: высушенные, измельченные панты алтайского марала, спирт этиловый концентрации 30-70%, ПЭГ-400. Экстрагирование осуществляли двухфазной экстракцией методом дробной мацерации в системе растворителей спирт этиловый/ПЭГ-400 при варьировании соотношения растворителей и их концентрации. Стандартизацию лекарственной формы проводили в соответствии со статьей «Экстракты» ГФ XI издания.

Установлено, что 30% ПЭГ-400 в ряду исследованных водно-гликолевых экстрагентов обладает наилучшей и сравнимой с 70% спиртом экстракционной способностью в отношении биологически активных веществ пантов алтайского марала.

Так, при использовании системы, состоящей из водного этанола 50 %: ПЭГ-400 30 % величина сухого остатка составила 2,4 %; водный этанол 60 %: ПЭГ-400 40 %-сух. остаток 0,73 %; водный этанол 70 %: ПЭГ-400 50 %-сух. остаток 1,45 %. Показано, что процесс трехступенчатого ремацерационного экстрагирования методом двухфазной экстракции высушенных пантов при комнатной температуре в течение 5 часов приводит к полному истощению сырья. Содержания сухого остатка в водном извлечении шрота составляет лишь 0,1%. Эффективность метода была также подтверждена с

использованием математического метода линейных квадратов, с помощью которого доказано, что основными технологическими параметрами экстракции пантов является природа растворителя и время экстракции. Обоснована целесообразность, и возможность получения с помощью 30% ПЭГ-400 экстракта пантов марала для последующего введения в состав мягких лекарственных форм на гидрофильных полимерных основах. Показано, что в этом случае ПЭГ — экстракт выгодно отличается от спиртовых тем, что лучше сочетается с основой, не требует при введении в мягкие лекарственные формы предварительного удаления экстрагента и особых условий производства.

О. В. Губа

РАЗРАБОТКА СОСТАВА КАПЕЛЬ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ КАПЕЛЬ ВЕТЕРИНАРНОГО НАЗНАЧЕНИЯ С УРОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

*Кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н, доцент С.Ю.Клепикова*

У домашних животных в связи с малоподвижным образом жизни, неправильным питанием, избыточным весом возникает предрасположенность к нарушению водно-солевого обмена, что в следствии приводит к развитию мочекаменной болезни (уролитиаз)- системному, хроническому заболеванию, характеризующемуся образованием песка и камней в мочевыводящих путях, в частности в мочевом пузыре, и проявляющегося различными патологиями. Среди различных лекарственных форм все большее внимание привлекают жидкие лекарственные формы, в виде которых назначают лекарственные вещества разных фармакотерапевтических групп, в том числе и обладающих противовоспалительным, уrolитическим и мочегонным действием; они являются современными, широко используются в ветеринарной практике и составляют около 35% всех применяемых ветеринарных лекарственных форм. Эффективность их использования обусловлена их высокой биодоступностью и быстротой наступление терапевтического эффекта, простотой и удобством применения, разнообразным способом назначения, возможностью маскировки вкуса, а также компактностью и портативностью. Поэтому создание ветеринарных капель, обладающих уrolитической активностью, является своевременным и перспективным.

Целью работы явилась разработка состава, технологии и стандартизации капель ветеринарного назначения с уrolитической активностью.

Объект и методы исследования: стандартизированное лекарственное растительное сырье: толокнянки обыкновенной листья, череды трехраздельной трава, хвоща полевого трава, березы повислой почки, спирт этиловый различных концентраций, перколятор лабораторный. Экстрагирование

сбора осуществляли методом пероляции. Оценку качества лекарственной формы осуществляли в соответствии со статьей «Настойки» ГФ XI.

На основании анализа литературных данных для составления уrolитического сбора нами было отобрано 4 вида перспективного лекарственного растительного сырья: толокнянки обыкновенной листья, череды трехраздельной трава, хвоща полевого трава, березы повислой почки и предложена пропись сбора, предназначенного для внутреннего применения. При определении соотношения компонентов в сборе исходили из того, что каждый из компонентов влияет на водно-солевой обмен, обеспечивая в разной степени противовоспалительную, антисептическую, противомикробную, спазмолитическую, диуретическую и гидролитическую активность сбора. При этом основная цель сбора (уролитическая активность) достигается включением толокнянки обыкновенной листья и череды трехраздельной трава, составляющих около 60% сбора. На основании комплекса проведенных технологических исследований обоснован состав и разработана технология капель с уrolитической активностью. Разработана технологическая схема производства капель. Показано, что по нормам качества готовый продукт соответствует требованиям, предъявляемым к данной лекарственной форме.

В.С. Давыдова
**РАЗРАБОТКА СОСТАВА, ТЕХНОЛОГИИ И
СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ,
АППРЕТИРОВАННОЙ НА ТКАНОМ МАТЕРИАЛЕ**

*Кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н, доцент С. Ю. Клепикова*

Фармакотерапевтический спектр действия выпускаемых в настоящее время салфеток достаточно широк, начиная от санитарно-гигиенических средств антисептического действия до местных радиосенсибилизирующих средств, применяемых при рентгенотерапии злокачественных опухолей. Для пропитки наиболее часто применяют антимикробные средства, противогрибковые компоненты, в том числе экстракционные препараты такой же направленности действия. Выпускают салфетки с хлоргексидином, прополисом. Однако на фармацевтическом рынке практически отсутствуют салфетки, обладающие фармакологической активностью в отношении псориаза, дерматита, нейродермита, различных форм зуда и экземы. Клинические исследования по применению пантовых ванн в комплексном лечении вышеуказанных патологии показали их высокую эффективность. Поэтому поиск новых, научно-обоснованных способов получения лечебных материалов с заранее заданными свойствами, технологичных, доступных с экономической точки зрения, а также привлечение новых базовых материалов и раз-

личных оригинальных средств для пропитки — чрезвычайно современен, важен и нуждается в дальнейшем развитии.

Цель работы. Создание и обоснование состава, технологии, стандартизации наружной лекарственной формы, аппретированной на тканом материале, пропитанном отваром из пантов алтайского марала.

Объекты и методы исследования: марля медицинская ГОСТ 9412-93, х/б тканый материал ГОСТ 29298-92, высушенные, измельченные панты алтайского марала, медигель — С стерильный. Водные извлечения пантов получали с использованием инфундирных аппаратов АИ-3. Оценку качества салфеток осуществляли в соответствии с требованиями, предъявляемыми к данной лекарственной форме. Динамику высвобождения действующих веществ определяли методом диализа через полупроницаемую мембрану.

Биофармацевтическая оценка лекарственной формы показала, что наиболее полное высвобождение действующих веществ из геля методом диализа наблюдается при использовании в качестве тканой основы 100% х/б материала (бязь отбеленная) и составляет порядка 90% в течении 50 мин. Динамика высвобождения действующих веществ из геля при использовании в качестве подложки марли медицинской существенно не отличается от указанной выше и составляет порядка 85% в течении изученного времени, однако структурно-механические свойства данных салфеток не соответствуют требованиям, предъявляемым к данной лекарственной форме.

Таким образом, разработан состав, технология и проведена стандартизация наружной лекарственной формы — медицинские салфетки, представляющей собой двухслойную систему, состоящую из верхнего тканого х/б слоя, обеспечивающего салфетке воздухопроницаемость, дренажные свойства, легкость, хорошее прилегание к ране, а также являющегося носителем второго слоя полимера носителя — геля медицинский стерильный, содержащего биологически активные вещества отвара пантов, и представляющего из себя «депо», обеспечивающее дозированный и пролонгированный выход биологически активных веществ из салфетки в рану.

М.Ю.Иванова
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ
ЦЕЗИЯ ХЛОРИДА IN VIVO И ЕГО ЦИТОТОКСИЧНОСТИ
НА ПЕРВИЧНЫХ И ПЕРЕВИВАЕМЫХ КЛЕТОЧНЫХ
КУЛЬТУРАХ**

*Кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.б.н. Л.Н.Шишкина*

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно в мире умирает от рака более 7 млн. человек. Сотрудниками Государственного

научного центра вирусологии и биотехнологии «Вектор» был разработан вирусный противораковый препарат Канцеролизин, который является суспензионным препаратом для инъекций, содержащим живой мутантный аденовирус 5-го серотипа, очищенный ультрацентрифугированием в градиенте плотности хлористого цезия. При этом согласно ранее предложенному проекту Фармстатьи предприятия (ФСП), разработанному для препарата с минимальной концентрацией онколитического вируса, содержание цезия хлорида не должно превышать 100 нг/мл в пересчете на одну дозу для человека. Однако при приготовлении препарата с более высокой концентрацией вируса соответственно повышается содержание цезия хлорида, что требует внесения в ФСП обоснованного повышения его допустимого содержания в одной дозе препарата.

В связи с этим целью нашего исследования явилась оценка острой и хронической токсичности цезия хлорида с использованием суспензии первичных культур клеток, клеточный состав которой более близок к составу органа.

Для токсикологических исследований применялись здоровые половозрелые нелинейные белые мыши, перевиваемая культура клеток почки зеленой мартышки (Vero) и первичная культура клеток легких нелинейных белых мышей.

При определении острой токсичности препарат цезия хлорида в виде растворов с различной концентрацией вводили животным внутривенно. На основании полученных данных по методу Беренса была рассчитана 50 %-я летальная доза (LD_{50}), которая оказалась равной 1550 мкг/г массы мыши.

В эксперименте по определению хронической токсичности цезия хлорида выявлено, что его введение мышам в различных концентрациях внутривенно не влияло на общее состояние животных. Симптомы хронического отравления отсутствовали. В течение 17 сут эксперимента гибели животных не отмечено. За это время масса тела мышей (самки и самцы) увеличилась так же, как в контрольной группе.

В экспериментах *in vitro* была оценена цитотоксичность цезия хлорида по поглощению витального красителя — нейтрального красного жизнеспособными клетками Vero. Для учета результатов был использован планшетный спектрофотометр Emax (Molecular Devices, США) и программа SoftMax 4.0 (Molecular Devices, США), автоматически рассчитывающая 50 %-ю токсическую концентрацию (TC_{50}) препарата, которая оказалась равной 5,3 мг/мл.

Также *in vitro* по проникновению трипанового синего в нежизнеспособные клетки установлено, что через 24 часа цезий хлорид при концентрации в среде культивирования, равной 0,5 мг/мл (TC_{50}), вызывает разрушение 50 % клеток легких в первичной культуре.

Таким образом, при проведении исследований нами были получены данные, которые свидетельствуют о слабой токсичности цезия хлорида *in vitro* и *in vivo*, что дает основания для возможности увеличения его допустимого содержания в одной дозе препарата Канцеролизин до уровня, значительно превышающего 100 нг/мл.

А.В. Караваева
**КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ
АКТИВНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ
ОНОСМЫ ПРОСТЕЙШЕЙ**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.т.н., ст. преп. Д. С. Круглов*

На кафедре фармакогнозии и ботаники Новосибирского государственного медицинского университета проводится скрининг растений флоры Сибири, которые могут использоваться в качестве сырья для приготовления фитопрепаратов. Одним из таких растений является оносма простейшая (*Onosma simplicissima* L.) семейства *Boraginaceae*. Оносма простейшая — многолетнее травянистое растение, произрастающее на остепненных склонах холмов и гор. Растение применяется в народной медицине в качестве антипиретического, седативного, гипотензивного и мочегонного средства а также при черепно-мозговых травмах. Ранее нами был изучен качественный состав биологически активных соединений растения и установлено, что в траве о.простейшей присутствуют дубильные вещества (конденсированные), кумарины, флавоноиды, полисахариды и вместе с тем не было выявлено наличие алкалоидов. Целью моей работы является количественное определение ранее обнаруженных групп веществ.

Объектом исследования служит надземная часть растения, собранная в фазу цветения на склонах Буготакских сопок в окрестностях пос. Горный Тогучинского района Новосибирской области.

Для определения дубильных веществ использовали титриметрический и спектрофотометрический методы. Титриметрическое определение производили фармакопейным методом с использованием в качестве титранта раствора калия перманганата и индикатора индигосульфокислоты. Содержание дубильных веществ определялось в пересчете на катехин.

Дополнительно водное извлечение исследовали спектрофотометрически. Был выявлен характерный для катехина максимум поглощения при длине волны 276 нм. Измерение вели относительно воды на спектрофотометре СФ-56. Расчет содержания дубильных веществ вели по формуле Бугера-

Ламберта-Бера с использованием табличного значения коэффициента молярной экстинкции катехина

Количественное содержание флавоноидов определялось также спектрофотометрически на извлечениях из сырья полученных с использованием в качестве экстрагента 70% спирта этилового. Полученное извлечение делили на две части А и Б. В раствор А добавляли необходимый объем 2% раствора алюминия хлорида в 95% спирте этиловом для образования хромогенного комплекса. Оптическую плотность определяли при длине волны 410 нм на спектрофотометре СФ-56, в качестве раствора сравнения использовали раствор Б. Расчет суммарного содержания флавоноидов производили в пересчете на рутин, чье присутствие в суммарных извлечениях было установлено ранее с использованием тонкослойной хроматографии.

Количественное определение полисахаридов проводили методом гравиметрии. Аналитическую пробу экстрагировали водой очищенной с последующим осаждением водорастворимых полисахаридов тройным объемом 95% спирта этилового. Остаток сырья экстрагировали подкисленной водой с последующим осаждением пектиновых веществ

В результате исследований было установлено содержание дубильных веществ 16,14% (титрование) и — 1,46% (спектрофотометрия). Такая большая разница в значениях объясняется тем, что при первом методе оттитровывается сумма веществ сходной природы. Флавоноиды в пересчете на рутин — 1,76%. Водорастворимые полисахариды — 18,2%, пектиновые вещества — 4,6%

Е.О. Кокорева

ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ЛАБАЗНИКА ШЕСТИЛЕПЕСТНОГО

Кафедра фармакогнозии и ботаники,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.т.н., ст.преп. Д.С. Круглов

Лабазник шестилепестный (*Filipendula hexapetala* Gilib.) семейства *Rosaceae* широко распространен на территории Новосибирской области и обладает значительными ресурсами. В результате фармакогностического исследования надземной части л. шестилепестного были общеизвестными методами обнаружены некоторые группы биологически-активных соединений (БАВ). Содержание ряда веществ было определено количественно. Интерес вызвал фенольный комплекс, поскольку установлена его многообразная биологическая активность, среди которой наиболее важной является антиоксидантная и противоопухолевая.

Цель работы: исследование БАС фенольной природы из надземной части лабазника шестилепестного.

Объекты и методы исследования: надземная часть л. шестилепестного собранная в фазе цветения на остепененных лугах на территории Искитимского района Новосибирской области.

Сырье измельчали до размера частиц .проходящих сквозь сито с диаметром отверстий 2 мм. Навеску измельченного сырья помещали в колбу вместимостью 250 мл. прибавляли по 50 мл 70 % спирта этилового, присоединяли к обратному холодильнику и нагревали на кипящей водяной бане в течение 1 часа с момента закипания спиртоводной смеси в колбе. После охлаждения смесь фильтровали через бумажный фильтр в мерную колбу объемом 100 мл и доводили спиртом этиловым 70 % до метки. Аликвоту полученного извлечения подвергли анализу с помощью ВЭЖХ. В качестве подвижной фазы использовали смесь метанол:вода:фосфорная кислота в соотношении 40:60:0,5. Идентификацию разделенных веществ проводили путем сопоставления времен удерживания пиков, полученных на хроматограмме пробы с временем удерживания стандартных растворов.

Определение флавоноидов с помощью спектрофотометрии. Получали спиртовое извлечение и проводили реакцию с алюминием хлоридом в 95%-ым спирте, измеряли оптическую плотность растворов на спектрофотометре при длине волны 400 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм. В качестве раствора сравнения было использовано само спиртовое извлечение, подкисленное и разбавленное спиртом 95%-ым.

Для исследования кумаринов спиртовое извлечение из сырья сгущали и помещали в хроматографическую колонку с силикагелем и проводили разделение кумаринов. Контроль разделения фракций веществ осуществляли путем УФ детектирования. Каждую отдельную фракцию анализировали с помощью спектрофотометрического метода. Анализ УФ-спектров показал, что одним из выделенных кумаринов является 3,4-дигидрокумарин

Результаты исследования: изучен состав фенольных соединений в надземных органах л. шестилепестного. Обнаружено 12 веществ фенольной природы, дубильные вещества - галловая кислота и катехин; оксикоричные кислоты: хлоргеновая, неохлоргеновая и цикориевая, флавоноиды: гиперозид и изорамнетин, а также метоксикумарин.

Выводы:

— в результате проведенного исследования было установлено наличие фенолкарбоновых кислот, флавоноидов, дубильных веществ и кумаринов и установлено их количество.

— наличие кумаринов в составе л.шестилепестного позволяет рассматривать его как перспективное растение для применения в комплексной противоопухолевой терапии

Я. И. Солдатенко
**ВЫДЕЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ
СВОЙСТВ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ СОЕДИНЕНИЙ
ШТАММОВ ГРИБОВ-БАЗИДИОМИЦЕТОВ**

*Кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.б.н., проф. Г. П. Трошкова*

Онкологические заболевания являются одной из главных причин смертности взрослого населения России. Существенным ограничением в достижении максимальной эффективности противоопухолевой химиотерапии является высокая токсичность цитостатиков, недостаточная избирательность, наличие множества побочных эффектов. Перспективной основой для разработки высокоэффективных и малотоксичных противораковых препаратов, обладающих значительным потенциалом коммерческого использования, могут стать базидиальные грибы, обладающие широким спектром различных биологически активных соединений. Выделение биологически активных веществ с противоопухолевой активностью из грибов базидиомицетов и создание новых лекарственных средств, подавляющих жизнеспособность и пролиферацию опухолевых клеток, но при этом не вызывающих гибели и не снижающих жизнеспособности немалигнизированных «нормальных» клеток весьма актуальная задача.

Цель настоящей работы — первичный скрининг экстрактов грибов базидиомицетов на культурах опухолевых клеток человека *in vitro* с целью определения их потенциальной противоопухолевой активности.

Работа выполнена в ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор». Оценку цитостатической активности экстрактов плодовых тел и культивируемого мицелия грибов базидиомицетов проводили на культуре клеток человеческой эпидермальной карциномы гортани Нер-2 и клетках аденокарциномы молочной железы человека MCF-7. Исследуемые экстракты тестировали в трех параллельных измерениях при нескольких концентрациях, а затем по кривой зависимости роста культуры клеток от концентрации определяли концентрацию экстракта (в пересчете на сухой остаток) вызывающую гибель 50% клеток ($ИК_{50}$).

В результате проведенной работы были получены данные о сравнительной цитотоксической активности водных экстрактов 14 видов грибов базидиомицетов. Показано, что из всех исследованных экстрактов наибольшую цитостатическую активность проявлял водный экстракт из гриба *Lycoperdon perlatum*, ($ИК_{50}$ = 30 мкг/мл). Экстракты грибов *Fomitopsis officinalis*, *Arthrobotrys oligospora*, *Trametes gibbosa*, *Cyathrus olla* оказывали цитостатический эффект на культуру клеток в гораздо более высокой концентрации в среде культивирования ($ИК_{50}$ = 100 мкг/мл, $ИК_{50}$ = 80 мкг/мл и $ИК_{50}$ = 150 мкг/мл, $ИК_{50}$ = 150 мкг/мл, соответственно). Значения $ИК_{50}$ других исследованных экстрактов грибов превышали 200 мкг/мл.

Таким образом, проведенный скрининг позволил выявить наиболее эффективные штаммы грибов, водные экстракты которых обладают цитотоксической активностью в отношении опухолевых клеток. Следующий шаг в разработке новых препаратов с противоопухолевой активностью - оптимизация условий культивирования данных грибов с целью наработки биомассы, выделение из культивируемого мицелия биологически активных соединений.

Н.М. Харавинкина
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ПЛОДАХ
ШИПОВНИКА РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ**

*Кафедра фармакогнозии и ботаники,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.т.н., ст.преп. Д. С. Круглов*

Шиповник — кустарниковое растение семейства розоцветных — Rosaceae. Плоды шиповника за счет богатого химического состава и разнообразной биологической активности широко применяются в медицинской практике. Используются для профилактики и лечения гипо- и авитаминозов витамина С, острых и хронических инфекций, а также в качестве желчегонного и регенерирующего средства. Разрешены к применению свыше 10-ти различных видов растения, которые разделены на две секции высоковитаминные содержащие более 1% аскорбиновой кислоты и используемые как ее источник и низковитаминные виды, используемые для приготовления препарата «Холосас». В этой связи для стандартизации лекарственного сырья шиповника плоды очень важно количественное определение аскорбиновой кислоты. Используемый в фармакопее метод титрования 2,6-дихлорфенолиндофенолятом натрия основанный на окислительно-восстановительных свойствах аскорбиновой кислоты достаточно неточен т.к. на самом деле титруется сумма веществ, обладающих подобными свойствами (дубильные вещества, флаваноиды и т.п.)

Целью работы является разработка методики определения аскорбиновой кислоты в плодах шиповника находящихся в аптечном обороте.

Методы исследования. Для определения аскорбиновой кислоты использовали титриметрический и спектрофотометрический методы исследования. Титриметрический метод: из навески измельченного сырья получали водное извлечение, которое в дальнейшем фильтровали. Затем отмерили 1 мл полученного фильтрата, к нему добавили 1 мл 2% хлористоводородной кислоты, 13 мл воды и титровали раствором 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия до появления розовой окраски. Параллельно проводили количественное определение кислоты аскорбиновой в порошке для приготовления

раствора для приема внутрь. Навеску аскорбиновой кислоты растворяли в 100 мл воды. После чего из полученного раствора отмеряли аликвоту 1 мл, добавляли 1 мл хлористоводородной кислоты и титровали 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия до появления розовой окраски. Дополнительно проводили титрование исходного раствора 0,1Н раствором калия перманганата также до появления розовой окраски. Далее проводили определение оптической плотности растворов относительно воды на спектрофотометре СФ-56 при длине волны 245 нм.

Для сравнения методик приготавливали раствор стандарта аскорбиновой кислоты и проводили определение ее содержания в приготовленных растворах вышеописанными методами. Было установлено, что содержание аскорбиновой кислоты в плодах шиповника в пересчете на абсолютно сухое сырье при титровании 2,6-дихлорфенолиндофенолятом натрия составило 0,7 %, при титровании перманганатом калия — 0,85%, а определенное спектрофотометрически 0,4%

Содержание аскорбиновой кислоты в 0,2% растворе стандарта составило 0,24%, 0,22% и 0,2% при титровании 2,6-дихлорфенолиндофенолятом натрия, калия перманганатом и методом спектрофотометрии соответственно.

В результате проведенных исследований для определения аскорбиновой кислоты в плодах шиповника может быть рекомендован метод спектрофотометрии.

М. А. Шилова

АКОНИТ ДЖУНГАРСКИЙ – ПЕРСПЕКТИВНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ

Кафедра фармакогнозии и ботаники,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.ф.н., проф. М. А. Ханина

Актуальность исследования. В настоящее время онкологические заболевания стоят на втором месте по смертности среди других заболеваний. При этом в последнее время отмечается тенденция к росту заболеваемости, в том числе у лиц молодого и среднего возраста. Фармакотерапия опухолевой патологии, наряду с лучевой терапией и хирургией, является наиболее важной составляющей в лечении онкологических заболеваний. В настоящее время противоопухолевые средства растительного происхождения представлены следующими группами: алкалоиды барвинка розового, тисового дерева, безвременника великолепного, подофиллотоксины. К сожалению, используемые противоопухолевые препараты несовершенны. Существенным недостатком препаратов является малая избирательность в отношении противоопухолевых клеток, серьезные побочные и токсические эффекты.

Актуальной проблемой современной фармакологии и онкологии является поиск более эффективных и безопасных лекарственных препаратов. Перспективным растением представляется аконит джунгарский, настойка которого применяется в народной медицине в качестве противоопухолевого средства при злокачественных новообразованиях.

Цель исследования. Проведение товароведческого и фитохимического анализа корнеклубней аконита джунгарского.

Объекты исследования. Образцы корнеклубней аконита джунгарского, собранные в августе в Казахстане, Заилийский Алатау, ущелье Кимасар в 2011 году.

Методы исследования. Общий фитохимический анализ и обнаружение отдельных классов природных соединений осуществляли с помощью общепринятых приемов и методик. Товароведческий анализ проведен по фармакопейным методикам по показателям: влажность, зола общая. Экстракт для исследования получен методом ускоренной дробной мацерации 70% спиртом этиловым при нагревании на водяной бане при кипении экстрагента. Качественный состав основных групп биологически активных веществ исследовали методами хроматографии, количественное содержание определяли методами титриметрии, гравиметрии, спектрофотометрии.

Результаты. Исследование химического состава корнеклубней аконита показало наличие алкалоидов, полифенольных соединений (дубильные вещества), кумаринов, полисахаридов (водорастворимых полисахаридов, пектинов, гемицеллюлоз А и В), аминокислот, флаваноидов, гидроксикоричных кислот. Качественными реакциями установлено преобладание в сумме полифенольных соединений конденсированных дубильных веществ. При исследовании качественного состава аминокислот обнаружили не менее 4 веществ, из которых идентифицировали триптофан, аланин, треонин и аспарагиновую кислоту. Влажность сырья составила 5,22%, зола общая — 10,86%.

Выводы: 1. Выявлены основные группы БАВ аконита джунгарского. 2. Установлены отдельные товароведческие показатели растительного сырья. 3. Аконит джунгарский представляет интерес для дальнейшего исследования.

А.Н. Голомидова*

РОЛЬ КОМПЛЕКСА ТЕТРАГИДРОКОРТИЗОЛ- АПОЛИПОПРОТЕИН А-I В РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ КРЫСЫ

*Лаборатория молекулярной биологии НИИ биохимии СО РАМН;
кафедра медицинской химии,*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.б.н., доцент О.И. Гимаутдинова*

Актуальность. Известно, что метилирование ДНК — эпигенетический механизм для подавления экспрессии многих генов (Jones P.A. and Takai D., 2001). Ранее в Институте биохимии СО РАМН было показано, что стероидные гормоны, имеющие в А-кольце кето-группу в 3-ем положении восстанавливаются в резидентных макрофагах с образованием тетрагидросоединений (например, тетрагидрокортизол — метаболит кортизола). Последние образуют биологически активные комплексы с аполипопротеином А-I (апоАI — основной белок липопротеинов высокой плотности), способные взаимодействовать с GC-богатыми участками ДНК соматических клеток (например, гепатоциты), что приводит к дозозависимой активации и транскрипции, и/или копирования ДНК (Панин Л.Е. и др., 1999; Gimautdinova O.I. et al., 2003). Показано, что метилированию подвергаются азотистые основания в CpG-«островках» ДНК (Jones P.A. and Takai D., 2001). Можно предположить, что метилирование отразится на проявлении регуляторных свойств комплекса тетрагидрокортизол-апоАI (ТГК-апоАI), что в свою очередь позволит направленно влиять на экспрессию генов и/или репликацию ДНК и в конечном итоге на регенерацию тканей и органов.

Цель работы — исследование влияния гепатэктомии крысы на статус метилирования ДНК и ее взаимодействие с комплексом тетрагидрокортизол-аполипопротеин АI.

Методы исследования. Белок апоА-I выделяли из липопротеинов высокой плотности из крови крыс Вистар. ДНК изолировали из регенерирующей печени крыс через 1,5 и 3 суток после частичной резекции. Взаимодействие комплекса ТГК-апоАI с ДНК изучали по данным гидролиза нуклеазой S1 и рестриктазой Fsp4NI. Результаты сравнивали с аналогичными данными, полученными для ДНК, метилированной с помощью ДНК-метилтрансферазы M.Fsp4NI. Гидролизаты ДНК разделяли электрофорезом в агарозе, гели окрашивали и сканировали в УФ-свете.

Результаты. Обнаружили, что ДНК-метилтрансфераза из бактерий однократно эффективно метилирует и фаговую ДНК λ , и эукариотическую ДНК крысы. Было показано, что от профиля метилирования, по-видимому, зависит вторичная структура ДНК, т.к. дополнительно метилированная ДНК крысы подвергается гидролизу нуклеазой S1 в большей степени, чем нативная. На вторичную структуру дополнительно метилированной ДНК комплекс ТГК-апоАI воздействует более существенно, чем на нативную ДНК. Через 1,5 суток после частичной гепатэктомии крысы происходит деметилирование оснований ДНК по сравнению с исходной (0 суток) в 2,5 раза больше. Через 3 суток регенерации печени степень деметилирования почти не изменяется, но изменяется профиль метилирования, т.к. рестриктазой Fsp4NI гидролизуются разные участки ДНК в разной степени.

Выводы. В процессе регенерации печени крысы существенно меняется статус и профиль метилирования ДНК. Большая часть сайтов ДНК деметилируется уже через 1,5 суток после частичной резекции печени, что указывает на усиление экспрессии генов и пролиферации гепатоцитов. Влияние комплекса ТГК-апоАI на структуру ДНК увеличивается при дополнительном метилировании, в связи с чем может возрастать регуляторная роль метаболита гормона в ассоциате с белком в клетках регенерирующей печени в зависимости от временного интервала.

Т.О.Мурашко*, А.А.Иванов*, П.С. Постников*, А.О.Немцев*,
А.А.Никитенко*, А.А.Бондарев.

РОЛЬ ГЛИКОНА И АГЛИКОНА ФЕНОЛГЛИКОЗИДА В РЕАЛИЗАЦИИ ЕГО ДИУРЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Кафедра фармакогнозии и ботаники,

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В.Смирнов.

В настоящее время особо интересной группой лекарственных средств являются диуретики. Применяют мочегонные средства при большинстве заболеваний, таких как артериальная гипертензия, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, печени и почек, сопровождающихся отёками. Меха-

низмы действия этих препаратов подразумевает потерю организмом большого количества ионов натрия, калия и кальция, что может неблагоприятно сказываться на течении основного заболевания. Поэтому разработка новых более безопасных и эффективных мочегонных средств и поиск закономерностей их специфической активности является актуальной задачей современной медицины и фармации. Известно, что арбутин обладает выраженной мочегонной активностью и в свою очередь не имеет существенных побочных эффектов. Он представляет собой гликозид фенольного типа. Нами был синтезирован ряд соединений, похожих по строению на арбутин и было выдвинуто предположение, что они обладают диуретической активностью.

Целью данной работы явилось сравнение диуретической и салуретической активности синтетических фенолгликозидов - п-нитро-фенил-о-D-глюкопиранозида и п-нитро-фенил-о-D-галактопиранозида и их агликона - п-нитрофенола. Исследование проводилось на 3 группах белых крыс по 12 в каждой. Животные ежедневно получали п-нитро-фенил-о-D-галактопиранозид, п-нитро-фенил-о-D-глюкопиранозид и п-нитрофенол в дозах 18 мкМ/кг и 54 мкМ/кг в 2 мл дистиллированной воды внутрижелудочно. В качестве контроля животным вводили 2 мл дистиллированной воды. Величину диуреза и экскрецию ионов натрия и калия определяли через сутки после введения исследуемых веществ. Концентрацию ионов калия и натрия определялась методом пламенной фотометрии на аппарате ФПА-2-01 (Россия).

Результаты исследований показали, что п-нитро-фенил-о-D-галактопиранозид в обеих дозах значительного влияния на функцию почек не оказал. Максимальный суточный диурез был выше контрольного в 1,2 раза. При этом экскреция ионов натрия и калия уменьшалась на протяжении всего эксперимента. В свою очередь п-нитро-фенил-о-D-глюкопиранозид при первом введении дозы 54 мкМ/кг на следующий день увеличивал суточный диурез в 2,4 раза по сравнению с контрольным введением. Максимум диуретический эффект достигал через 2 дня после начала введения и в течение всего эксперимента установился на уровне, превышающий исходный в 2,7 раза. Экскреция ионов натрия под влиянием вещества в разные дни не изменялась, а ионов калия увеличилась в 1,4 раза. П-нитрофенол в дозе 18 мкМ/кг существенно не влияет на функцию почек, но имеется тенденция к росту диуреза. Максимум диуретический эффект был достигнут только на 5 день введения, и превысил контрольный в 1,7 раза. Экскреция натрия и калия была ниже в 2-2,5 раза в течение всего эксперимента.

Сравнительный анализ показал, что большей мочегонной активностью обладает гликозид п-нитро-фенил-о-D-глюкопиранозид, чем п-нитро-фенил-о-D-галактопиранозид и п-нитрофенол. П-нитрофенол обладает своим диуретическим эффектом, отличающимся от эффектов обоих гликозидов. Отсюда следует вывод, что гликон и агликон играют важную роль в реализации диуретической активности фенолгликозида. У двух гликозидов

различия в химическом строении имеются только в гликоновом сегменте молекулы, очевидно то, что мочегонная активность в ряду подобных соединений на ряду с агликоном в определяющей мере зависит и от сахарного фрагмента, входящего в структуру соединения.

Н.Н. Козлов*

**ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО АССОРТИМЕНТА
АНАБОЛИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ
НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ**

*Кафедра фармакологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.б.н., проф. С.В. Позднякова*

Анаболические андрогенные стероиды — синтетические аналоги гормона тестостерона. Первый препарат, метандростеналон, был разработал в 1946 г. Джоном Зиглером.

В современной медицине анаболические стероиды применяют при дефиците эндогенного тестостерона, задержке полового созревания, опухоли молочной железы, истощении организма, вызванном СПИДом или другими заболеваниями, в качестве противозачаточных обратимого действия для мужчин.

Спортсмены, несмотря на официальный запрет, используют анаболические стероиды для увеличения мышечной массы и силы, продолжительности и интенсивности тренировок, сокращения восстановительного периода после нагрузок. Анаболические стероиды входят в список запрещенных препаратов ВАДА, обнаружение данных препаратов в моче спортсмена, либо веществ, ускоряющих их выведение ведет к дисквалификации спортсмена.

В связи с большим интересом и малой информированностью населения о данной группе рецептурных препаратов **целью** настоящего исследования представлялось провести фармакотерапевтический анализ фармацевтического ассортимента анаболических стероидов, представленных на российском рынке.

Анализ показал, что наиболее выраженный анаболический эффект, используемый спортсменами для наращивания мышечной массы, характерен для тренболон, метандростенолона, нандролон, тестостерон, болденон, дростанолон и оксиметолон; умеренный (для удержания мышечной массы и поддержания «рельефа») — для станозолола, метенолона, этилэстренола, туринабола, оксандролона.

При этом при использовании спортсменами высоких дозировок стероидов в течение продолжительных периодов возникает большое количество побочных эффектов, таких как:

- андрогенный (акне, облысение);
- подавление оси «гипоталамус-гипофиз-семенники» с нарушением продукции эндогенного тестостерона (часто требующее приема гонадотропина);
- феномен «отката»;
- гиперплазия предстательной железы;
- эстрогенный (вследствие ароматизации препарата или его метаболитов). требующий применения антиэстрогенов (кломифена или тамоксифена), либо ингибиторов ароматазы (аминоглутетимида или анастрозола);
- прогестинный;
- задержка жидкости, повышение давления крови;
- кардиальная гипертрофия, атерогенное влияние с повышением риска инфаркта миокарда;
- токсичность в отношении печени характерна для стероидов, алкилированных в положении 17-альфа (метилтестостерон, оксиметлон, метандростенолон, оксандролон, станозолол);
- угнетение активности иммунной системы (прием иммуномодуляторов).

Таким образом, проведенный фармакотерапевтический анализ фармацевтического ассортимента анаболических стероидов показал высокий процент возникновения нежелательных эффектов при их использовании с целью наращивания мышечной массы и необходимостью большей информированности об опасности из применения не с медицинскими целями.

Д.А. Кургачёв*

КИНЕТИКА ГАЗОВЫДЕЛЕНИЯ И КАТАЛИЗ РЕАКЦИИ МЕЖДУ ГИДРОКСИЛАММОНИЕМ И НИТРИТОМ В ВОДЕ, ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕ И ДИОКСАНЕ

*Кафедра физической, коллоидной,
аналитической, органической химии*

Кемеровская государственная медицинская академия

Научный руководитель: доцент к.физ.-мат.н. А.С. Башмаков

Реакция между гидроксиламином и азотистой кислотой оказалась исключительно информативна и удобна для исследования фундаментальных закономерностей химических реакций в растворах. Это обусловлено простым составом продуктов реакции, возможностью их количественного анализа, оптимальной для экспериментального изучения скоростью реакции при комнатной температуре, явной зависимостью скорости реакции от ряда контролируемых в эксперименте факторов. С другой стороны, эта реакция может представлять практический интерес как один из удобных способов

получения чистой «заиси азота» N_2O , используемой для наркоза, как присадка к моторному топливу и в некоторых других областях. К настоящему времени академический и практический потенциал этой реакции использован явно не полностью.

Основным промежуточным продуктом реакции является азотноватистая кислота $H_2N_2O_2$, которая медленно разлагается до N_2O .

В качестве исходных реагентов использовали соли $(NH_3OH)Cl$, $(NH_3OH)_2SO_4$ и $NaNO_2$. Реакцию изучали при комнатной температуре в воде, этиленгликоле, смесях вода + диоксан, этиленгликоль + диоксан. Диоксан был предварительно очищен кипячением с восстановителями и перегонкой. В реакционную смесь вводили растворы $K_3[Fe(CN)_6]$, $NiSO_4$, $CoCl_2$, $Al_2(SO_4)_3$, HgO для изучения их каталитической активности. Стехиометрические соотношения между реагентами (гидроксиламмоний:нитрит) варьировали от 1:1 до 1:5. Диапазон исследованных концентраций растворов от 0,01 до 0,1 М. Дополнительно регулировали pH раствора добавлением безводных кислот (борная, серная) или щелочи. Гравиметрическое определение газа проводили по убыли измеренной на аналитических весах массы закрытого марлей пластикового стакана с реакционной смесью. Газообразные продукты реакции растворяли в воде, диоксане, бутаноле и регистрировали ИК-спектры в диапазоне 400...4000 cm^{-1} на ИК-Фурье спектрометре Tensor 27.

Основные результаты работы:

- Единственным газообразным продуктом реакции между гидроксиламмонием и нитритом, во всех исследованных растворителях и их смесях, является N_2O . Это подтверждается наличием в ИК-спектре полосы в области 2224 cm^{-1} , характерной для N_2O и отсутствием полос для других возможных газообразных продуктов реакции.

- В безводных этиленгликоле и смеси этиленгликоль + диоксан реакция не протекает или протекает очень медленно. Добавление к этим растворам воды, раствора безводной борной кислоты в этиленгликоле и безводных $CuCl_2$ и $CuSO_4$ инициирует эту реакцию.

- При добавлении водных и этиленгликолевых растворов $CuCl$, $CuCl_2$ и $CuSO_4$ к реакционной смеси в воде и других исследованных растворителях, увеличивается скорость газовой выделения.

- Зависимость скорости степени конверсии от времени реакции характеризуется кривой с индукционным периодом, продолжительность которого зависит от природы растворителя. В этиленгликоле индукционный период больше, чем в воде. После индукционного периода следует участок почти линейной зависимости степени конверсии от времени, в дальнейшем скорость газовой выделения уменьшается.

- Добавление ионов Ni^{2+} , Co^{2+} , Al^{3+} , Hg^{2+} , Ca^{2+} не влияет на скорость газовой выделения.

- Обсуждаются возможные механизмы реакции и её катализа.

К.Виноградова, Ю. М. Пильник.
**ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ КИСЛОРОДНЕЗАВИСИМОЙ
БИОЦИДНОСТИ ПОЛИМОРФНОЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ
У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ
МИОКАРДА**

*Кафедра биологической химии, Новосибирский государственный
медицинский университет*

Научный руководитель: к.м.н. Л. Д. Хидирова

Актуальность исследования. Особую роль в развитии повреждения миокарда при различных гормональных нарушениях играют полиморфноядерные лейкоциты и их лизосомы. Нейтрофилы, благодаря своей высокой чувствительности и лабильности, способны быстро и точно отражать не только разнообразные нарушения в организме, но также и процессы восстановления. Именно поэтому важными, на наш взгляд, являются проблемы изучения функциональных резервов нейтрофилов в условиях эндокрино-метаболических нарушений организме крыс.

Цель исследования. Изучить гормональную регуляцию воспалительных механизмов при экспериментальном некоронарогенном инфаркте миокарда

Задачи исследования. Оценить характер изменения кислород независимого компонента биоцидности нейтрофилов

Материалы и методы. Некоронарогенный инфаркт миокарда воспроизвели у 60 животных, подкожным введением однократно или в течение недели ежедневно раствора адреналина (0.2 мл 0.1% раствора) и эмульсии гидрокортизона в дозе ($0,1 \text{ мл} \times 10^{-6} \text{ М}$). Определение содержания катионных белков в нейтрофилах периферической крови проводили с помощью лизосомально-катионного теста (ЛКТ-тест).

Результаты исследования. Низкое содержание катионных белков и нейтрофилов свидетельствовало о неполноценности нейтрофилов. Дегрануляционная способность нейтрофилов, обеспечивающая их кислороднезависимую биоцидность, восстанавливалась только к концу наблюдения — к 14 суткам. Как известно. Подобная дегрануляция очень тесно коррелирует с повышением активности лизосомальных ферментов в сыворотке крови, что дает полное основание рассматривать оба этих фактора как звенья единого кислороднезависимого механизма биоцидности нейтрофилов. Развитие повреждения сердечной мышцы в гормональной модели инфаркта миокарда так же уже в первые сутки сопровождалось повышением в 1,3–1,6 раз активности лизосомальных ферментов в сыворотке крови параллельно с увеличением срока наблюдения и доз вводимого адреналина и глюкокортикоидов. К 14-м суткам активность была в 2–2,5 раза выше, чем у интактных крыс. Источником лизосомальных ферментов был как поврежденный миокард, так и, судя по дегрануляции, активированные лейкоциты.

Вывод. Активация лизосом была опосредована через потенцирование альтерации эндотелия сосудов и кардиомиоцитов медиаторами воспаления, сопровождающими повреждение миокарда любого генеза.

Н. Гуртцкая
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА И
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ**

*Кафедра биологической химии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. Л. Д. Хидирова*

Актуальность. В настоящее время одним из важнейших факторов риска развития атеросклероза считается гиперхолестеринемия. Связь тревожно-депрессивных состояний и гиперхолестеринемии практически не изучалась. Патогенетический механизм взаимосвязи тревожно-депрессивных состояний и факторов риска атеросклероза связан с активацией симпатической нервной системы.

Цель исследования. Изучение распространенности и взаимосвязи факторов риска атеросклероза и тревожно-депрессивных состояний.

Задачи исследования:

1. Изучить сравнительную распространенность факторов риска атеросклероза и тревожно-депрессивных состояний у мужского населения в возрасте 35–64 лет .

2. Исследовать взаимосвязь тревожно-депрессивных состояний с гиперхолестеринемией.

Программа и методы обследования. С целью изучения распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний было обследовано 300 человек случайной выборки мужского населения в возрасте 35–64 лет.

— двукратное измерение артериального давления. Определялись систолическое артериальное давление и диастолическое артериальное давление. В анализ исследования включали средний результат двух измерений;

— антропометрическое обследование предусматривало измерение роста с точностью до 0,5 см и измерение веса тела с точностью до 0,1 кг;

— забор крови забор крови осуществлялся из локтевой вены в утренние часы натощак спустя 10–12 часов после приема пищи для определения уровней общего холестерина крови, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности.

— психологическое обследование с целью определения психологического статуса проводилось с помощью психодиагностических тестов и шкал.

Результаты исследования. Распространенность факторов риска составила: артериальная гипертензия — 63,8%, гиперхолестеринемия — 71%, ги-

пертриглицеридемия — 17,6%, индекс массы тела — 63,3%, Частота выявления факторов риска в зависимости от наличия тревожно-депрессивными: артериальная гипертония выявляется достоверно чаще, чем у обследованных без тревожно-депрессивного синдрома: соответственно 68,3% и 54,4% ($p < 0,05$). Аналогично, индекс массы тела чаще выявлялась у мужчин с тревожно-депрессивным синдромом: 68,3% и 51,5% ($p < 0,05$). Нарушения липидного обмена — гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия также чаще отмечались у лиц с тревожно-депрессивным синдромом. Обнаружены прямые достоверные корреляционные связи признаков тревожно-депрессивных состояний с уровнем систолического артериального давления ($r = 0,17$; $p < 0,05$) и триглицеридов ($r = 0,26$; $p < 0,003$), а также обратная корреляционная связь с уровнем липопротеидов высокой плотности ($r = -0,21$; $p < 0,01$).

Вывод. Среди мужчин с признаками тревожно-депрессивных состояний по сравнению с обследованными без тревожно-депрессивными состояниями достоверно чаще выявляются факторы риска атеросклероза, масса тела.

А. Д. Джикия ЭНЕРГИЯ В «ДОЛГ»

Кафедра медицинской химии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., преподаватель Л. Д. Хидирова

Актуальность. Заявление, что энергетический напиток обеспечивает организм энергией, является голословным. Содержимое заветной банки только открывает путь к внутренним резервам организма, т. е. выполняет функцию «ключа», вернее, «отмычки». Другими словами, сам напиток никакой энергии не содержит, а только использует нашу собственную.

Цель исследования. Оценить негативное влияние энергетических напитков на физиологические процессы организма человека.

Задачи:

1. Изучить различные источники информации о происхождении и составе энергетических напитков.
2. Провести анкетирования с целью изучения отношения подростков к энергетическим напиткам.

Материалы и методы. Для исследования были взяты 5 разновидностей энергетических напитков, которые продаются в магазинах города, «Red Bull sugafree», «Red Bull cola», «Bulit», «Burn», «Jaguar». Также была взята вода, как нейтральная среда, для контроля проведения опытов. С целью изучения отношения современных подростков к энергетикам были опрошены студенты нашего университета – анкетирование.

Результаты. Результаты анкетирования показали, что 67% употребляют энергетические напитки. Больше половины студентов употребляют напитки 1–2 раза в неделю.

Наиболее популярными энергетиками являются: Flash-50,3%, Burn-21,9%, Red Bull-9,5%

Вывод. Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные результаты были доведены до сведения подростков. Планируется разместить материалы на студенческом сайте. Это позволит каждому сформировать активную, осознанную точку зрения на представленное в исследовании модное молодежное явление — употребление энергетических напитков.

Д.Г. Шубин*

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В СИРОПАХ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Кафедра фармацевтической технологии

Кемеровская государственная медицинская академия

Научный руководитель: к.фарм.н., доц. И. Г. Танцерева

Вспомогательные вещества, добавляемые в лекарственные препараты, предназначенные для детей, должны быть безвредными и физиологически совместимыми с растущим организмом. Количество вспомогательных веществ должно оптимально обеспечивать необходимый лечебный эффект и стабильность лекарственного препарата, не снижая его терапевтическую активность.

Целью нашего исследования явилось изучение состава вспомогательных веществ жидких лекарственных форм, предназначенных для детей грудного дошкольного и школьного возраста. К корригентам органолептических показателей сиропов относятся: корригенты вкуса — ароматизаторы и подсластители, а также корригенты запаха. Установлено, что ароматизаторы или их композиции входят в состав 57 сиропов. Из них детям первого года жизни предназначены 5 сиропов (Бактрим, Бронхобос, Кленбутерол, Пантогам и Перитол).

Так как, большинство лекарственных веществ имеют горький, кислый, соленый и другие малоприятные вкусы, в сиропах используются различные подсластители. В сиропы вводят следующие заменителями сахарозы: глюкозу, фруктозу, мальтозу, патоку, сорбит, ксилит, маннит, а также натуральные заменители (мед) и искусственные подсластители. На основе сахарного сиропа приготовлено 55 лекарственных сиропов (45% от общего числа сиропов, зарегистрированных в Государственном реестре).

Установлено, что искусственные подсластители (сахарин или его натриевая соль, аспартам, натрия цикломат и калия ацесульфам) входят в состав

19 сиропов (16%). Введение искусственных подсластителей противоречит основным требованиям (безвредность и натуральность), предъявляемым к вспомогательным веществам, входящим в состав педиатрических лекарственных форм.

Как показали результаты исследования, несмотря на то, что содержание спирта этилового в лекарственных препаратах для детей допускается только в исключительных случаях, 17% сиропов содержат спирт этиловый в различной концентрации, причем 7% предназначены для детей первого года жизни (Амтерсол, Бромгексин, Бронхикум, Бронхипрет, Кетотифен, Мальтофер, Пертуссин, Перитол, Феррум Лек, Флегамин).

Красители могут вызвать у детей младшего возраста неблагоприятные аллергические и другие побочные реакции. Проведенный нами анализ показал, что 13 различных красителей входят в состав 15 сиропов. Установлено, что один из них (Перитол) предназначен детям в возрасте до 1 года.

Консерванты как биологически активные вещества, обладающие широким спектром действия, могут не только подавлять жизнедеятельность микроорганизмов, но и оказывать негативное влияние на организм ребенка. Консерванты входят в состав 58 сиропов.

Наиболее пригодной в качестве консерванта лекарственных препаратов для детей, особенно младшего возраста, считается кислота сорбиновая. Она не оказывает заметного угнетающего действия на большинство ферментов детского организма. Однако, кислота сорбиновая входит в состав только двух сиропов (Аскорил экспекторант и Перитол). Проведенный анализ ассортимента лекарственных препаратов и вспомогательных веществ доказывает необходимость и актуальность дальнейших исследований по определению ведущих факторов, определяющих выбор лекарственных форм для детей.

Е.Г. Юрина, Ю.А. Чумаченко, Н.А. Радченко, А.О. Терещенков

ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСРАКТА ЛАБАЗНИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ ПАРАЦЕТАМОЛОМ

*Кафедры медицинской химии, фармакологии,
фармакогнозии и ботаники, ЦНИЛ*

Новосибирский государственный медицинский университет

*Научные руководители: д.м.н., профессор В.И.Шарапов,
д.м.н., профессор О.Н. Потеряева, д.м.н., профессор О.Р. Грек,
д.фарм.н., профессор М.А. Ханина*

Актуальность исследования. В последние годы исследователей привлекают природные соединения, полученные экстрактивным путем из различного растительного сырья. Основными продуктами экстракции являются

фенолкарбоновые кислоты, кумарины, флавоноиды, сапонины, обладающие фармакологической активностью. В этой связи изучение гепатопротекторного действия сухого экстракта лабазника является актуальным для современной науки.

Цель исследования. Изучить гепатопротекторное действие экстракта лабазника при токсическом повреждении печени, вызванном парацетамолом.

Материалы и методы исследования. Эксперименты выполнены на 25 крысах Вистар. Повреждение печени вызывали внутрижелудочным 2-х кратным введением парацетамола в дозе 2г/кг в 1% растворе крахмальной слизи. Сухой экстракт лабазника (100 мг/кг) вводили внутрижелудочно в 1% растворе крахмальной слизи 3-хкратно предварительно до введения парацетамола. Препаратом сравнения служил карсил (100 мг\кг), вводимый в режиме, аналогичном введению экстракта лабазника. Сыворотку крови получали центрифугированием и определяли активность матричных металлопротеиназ (ММП) по методу Nagase et al. (1994). Белковые фракции — методом электрофореза на ацетат-целлюлозных пленках и общий белок — биуретовым методом. Билирубин, мочевины, АлТ определяли с использованием наборов реактивов фирмы PLIVA-Lachema Diagnosticum s.r.o.(CZ) (Ольвекс диагностикум). Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием критерия-t Стьюдента.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было установлено, что при введении парацетамола снижалось содержание общего белка в сыворотке крови, снижалась фракция альбуминов на 14,4% ($P<0,001$), возрастала доля альфа-1, альфа-2 глобулинов (соответственно на 46,4% и 36,3%, $P<0,001$). Кроме того, введение парацетамола вызывало повышение активности ММП на 36,4% ($P<0,001$), АлТ — в 4,2 раза, увеличивалась концентрация мочевины — на 22,3%, содержание прямого билирубина — на 63% по сравнению с контрольной группой $P<0,05$).

На фоне предварительного 3-хкратного введения экстракта лабазника активность АлТ оставалась на высоком уровне по сравнению с контролем ($1,87\pm0,29$ и $0,55\pm0,05$ ммоль/ч/л), но ниже по сравнению с группой животных, получавших парацетамол ($1,87\pm0,29$ и $2,31\pm0,29$ ммоль/ч/л, соответственно). Концентрация общего билирубина была ниже на 33,8% по сравнению с контролем, а содержание прямого билирубина увеличивалось на 69%, мочевины — на 20% по сравнению с контрольной группой и не отличалось от аналогичных показателей в группе животных, получавших парацетамол. Полученные данные сравнивали с гепатозащитным эффектом карсила. На фоне предварительного введения карсила активность АлТ оставалась повышенной и не отличалась от группы животных, получавших экстракт лабазника, содержание прямого билирубина было ниже в 1,6 раза, общего билирубина — в 1,7 раза по сравнению с группой животных, получавших экстракт лабазника. Концентрация мочевины не отличалась от контроля.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что экстракт лабазника по изученным показателям обладает гепатопротекторным действием при повреждении печени парацетамолом, однако его эффект не превышает действие карсила.

П. Маложен

ГОД СПУСТЯ, ИЛИ ПАТОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ РАДИАЦИИ

Кафедра медицинской химии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., преподаватель Л.Д. Хидирова

Актуальность. Целый год прошел с момента страшного землетрясения и цунами в Японии и последовавшей аварии на АЭС «Фукусима». Само слово «Фукусима» стало синонимом Чернобыля, символом ядерной угрозы — это главный психологический момент, с которым нам еще предстоит иметь дело какое-то время. В случае с аварией на японской АЭС человеческая психология стала, на мой взгляд, ключевым фактором, определившим, по сути, развитие событий за прошедший год.

Взрыв на АЭС в Фукусиме, по мнению специалистов, по степени тяжести почти приблизился к Чернобыльской катастрофе. Со времен трагедии Хиросимы и Нагасаки рак щитовидной железы стал практически национальной болезнью Японии. Впрочем, в этом плане с жителями страны Восходящего Солнца у нас много общего. Эхо Чернобыля по-прежнему дает о себе знать неуклонным ростом заболеваемости, патологиями щитовидной железы.

Цель: изучить и уточнить текущие научные оценки медицинских и экологических последствий аварии на АЭС в Фукусиме.

Для достижения цели необходимо выполнить задачи:

1) изучить медицинские последствия, свойственные радиационному облучению

в результате аварии

2) изучить экологические последствия, вызванные выбросами радиоактивного материала в результате аварии.

Угроза распространения радиации.

В первую очередь всех волнует «А дойдет ли радиация до нашего региона?». Российский Дальний Восток находится в непосредственной близости от места аварии, потому уже через несколько часов после произошедшего специалисты «Росмтома», «Росгидромета», НПО «Тайфун» и МЧС замеряли уровень радиации каждые 4 часа. Никаких существенных изменений не произошло. Измерения показали: ситуация штатная, радиационный фон 12-14 микрорентген в час, даже в Москве эти показатели выше.

Причем замеры делались на всех континентах: в городах от Пекина до Монреаля. После чего пришли к выводу: значительного переноса загрязнений в сопредельные с Японией страны не было и не будет.

Угроза здоровью.

Население, находившееся в непосредственной близости от места катастрофы, могло получить малую дозу радиации. Если пока угроза для здоровья мало ощутима, то лет через 5 влияние на щитовидную железу радиоактивного йода может сказаться уже в виде обычных заболеваний, в том числе и рака.

Многие наши соотечественники, живущие на Камчатке и Курильских островах, начали массово скупать йод и йодированную соль. Логика проста: организм, наполняясь «правильным» йодом, не подвержен воздействию йода радиоактивного.

Вывод: «йодотерапия» эффективна лишь при продолжительном курсе, то есть заранее. К тому же у каждого человека своя норма и потребности, и эти дозы должны строго оговариваться с врачом. Иначе, обуреваемый страхом невидимой болезни и оттого пьющий йод банками, может получить сильные ожоги внутренних органов и отравление.

К.И. Поляков

ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОПАТИИ. ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ МОНОПРЕПАРАТ ПРОТИВ ОЖИРЕНИЯ

Кафедра медицинской химии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., преподаватель Л.Д. Хидирова

Введение. Споры о механизме гомеопатического действия, основанном на принципе «лечим подобное — подобным» очень актуальны в наши дни. В любой аптеке можно найти гомеопатические препараты, их назначают некоторые врачи, их можно купить без рецепта. Курдлипид. (гомеопатический монопрепарат против ожирения, основным действующим веществом которого является бараний жир). Он улучшает липидный обмен и способствует снижению уровня холестерина в крови.

Цель. Дать объективную оценку всех сторон гомеопатии на примере препарата Курдлипид.

Задачи:

1. Оценить принцип подобия.
2. Оценить принцип потенцирования (принцип малых доз)
3. Оценить принцип испытания лекарственных средств на здоровых людях.

Курдлипид. (гомеопатический монопрепарат против ожирения, основным действующим веществом которого является бараний жир), который положительно влияет на липидный обмен и способствует снижению уровня холестерина в крови.

Результаты. Принцип малых доз исходит из разведений D-в десятки раз, C- в сотни раз и так далее. Если применить расчёты на примере: $\text{NaCl} \text{M} =$

58.44, то есть в 58, 44 граммах соли (одном моле) содержится, округленно, $6,022 \cdot 10^{23}$ молекул NaCl. Тогда разведение C1 содержит $6,022 \cdot 10^{21}$ молекул NaCl, а в C12 можно найти 0,6 молекулы. И так далее до C200, но в нём шансов, найти хотя бы одну молекулу NaCl, практически нет (Курдлипид выпускается в драже с действующим веществом в разведении C200).

Структурированная вода — ещё один аргумент гомеопатов в пользу гомеопатии, говорит о том, что неважно какое количество вещества в растворе, так как молекулы воды примут форму этого вещества. Это действительно так, но форма не гарантирует передачу свойств вещества, а даже если бы и гарантировала, то во время попадания в ЖКТ, а затем в кровь, вода смешивается с другими растворимыми в ней веществами (а бараний жир нерастворим, напомним, он главное действующее вещество рассматриваемого препарата).

Вывод.

Клинические исследования, которые проводят гомеопаты в нашей стране, на самом деле не необходимы. Так как любой гомеопатический препарат можно продавать без них, если написать «гомеопатия». Именно поэтому передозировка этих веществ в таких разведениях невозможна.

Гомеопатия применяет «негомеопатические» приёмы: корректировка диеты в связи с препаратом, изменение режима дня, использование аллопатической медицины, выбирают только «излечимых» пациентов. А кроме того обладают большим временем и информацией чем врач скорой помощи.

Таким образом, гомеопатическое лечение сводится к эффекту действия *платцебо* и не может быть подтверждено научно.

А.В. Пьяных, А.О. Терещенков, Н.А. Радченко,
Ю.А. Чумаченко, Е.Г. Юрина, В.В. Иванова*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ КАРСИЛА И СУХОГО ЭКСТРАКТА КОРЫ БЕРЕЗЫ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ

*Кафедра медицинской химии, кафедра фармакологии,
кафедра фармакогнозии и ботаники, ЦНИЛ*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., профессор В.И.Шарапов, д.м.н.,
профессор О.Н. Потеряева, д.м.н., профессор О.Р. Грек,
д.фарм.н., профессор М. А. Ханина*

Актуальность исследования. Создание фитопрепаратов на основе растительного сырья с широким спектром фармакологической активности является актуальной задачей современной науки.

Цель исследования. Изучить и сравнить гепатопротекторное действие карсила и экстракта березы при повреждении печени, вызванном парацетамолом.

Материалы и методы исследования. Эксперименты выполнены на 25 крысах Вистар. Повреждение печени вызывали внутрижелудочным 2-х кратным введением парацетамола в дозе 1г/кг в 1% растворе крахмальной слизи. Экстракт коры березы (100 мг/кг) и карсил (100 мг/кг) вводили внутривенно в 1% растворе крахмальной слизи 3-хкратно до введения парацетамола. Сыворотку крови получали центрифугированием. Определяли активность ММП по методу Nagase et al. (1994), белковые фракции — методом электрофореза на ацетат-целлюлозных пленках, общий белок — биуретовым методом. Билирубин, мочевины, АлТ измеряли с использованием наборов реактивов фирмы PLIVA-Lachema Diagnosticum (Чехия).

Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием критерия-t Стьюдента.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования были получены следующие данные: при введении парацетамола снижалось содержание общего белка в сыворотке крови, снижалась фракция альбуминов на 14,4% ($P < 0,001$), возрастала доля альфа-1, альфа-2 глобулинов (соответственно на 46,4% и 36,3%, $P < 0,001$). Введение парацетамола вызывало повышение активности ММП на 36,4% ($P < 0,001$), АлТ — в 4,2 раза, увеличивалась концентрация мочевины — на 22,3%, прямого билирубина — на 63% по сравнению с контрольной группой $P < 0,05$).

На фоне предварительного введения карсила содержание общего белка и фракция альбуминов не снижались, оставаясь на уровне контроля. При этом фракции альфа-1 и альфа-2 глобулинов оставались повышенными. Активность ММП на фоне введения карсила снижалась до контрольного уровня. Активность АлТ снижалась в 2 раза, содержание прямого билирубина оставалось повышенным, концентрация мочевины снижалась в 1,4 раза.

После предварительного 3-хкратного введения экстракта коры березы наблюдалась тенденция к повышению общего белка за счет фракции альбуминов, кроме того снижалась фракция альфа-1 и альфа-2 глобулинов. При этом активность ММП достоверно снижалась и не отличалась от контрольного уровня. Активность АлТ снижалась в 2 раза, содержание прямого билирубина уменьшалось в 3,4 раза, концентрация мочевины снижалась в 1,6 раза.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что экстракт березы по изученным показателям обладает гепатопротекторным действием при повреждении печени, вызванном парацетамолом, однако его эффект не превышает действие препарата сравнения.

А.О. Терещенков, Н.А. Радченко, Ю.А. Чумаченко,
В.В. Иванова*, Е.Г. Юрина

ИЗУЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ЭКСРАКТА РЕПЕШКА ПРИ ТОКСИЧЕКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ ПАРАЦЕТАМОЛОМ

*Кафедры медицинской химии, кафедра фармакологии,
кафедра фармакогнозии и ботаники, ЦНИЛ
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., профессор В.И.Шарапов,
д.м.н., профессор О.Н. Потеряева, д.м.н., профессор О. Р. Грек,
д.фарм.н., профессор М.А. Ханина*

Актуальность исследования. Изучение гепатопротекторных свойств и созданием фармакологических препаратов, полученных из растительного сырья является актуальной задачей современной науки.

Цель исследования. Изучить гепатопротекторное действие экстракта репешка при токсическом повреждении печени парацетамолом.

Материалы и методы исследования. Эксперименты выполнены на 25 крысах Вистар. Повреждение печени вызывали внутрижелудочным 2-х кратным введением парацетамола в дозе 2г/кг в 1% растворе крахмальной слизи. Экстракт репешка (100 мг/кг) вводили внутрижелудочно в 1% растворе крахмальной слизи 3-хкратно предварительно до введения парацетамола. Препаратом сравнения служил карсил (100 мг\кг), вводимый в режиме, аналогичном введению экстракта репешка. Сыворотку крови получали центрифугированием и определяли активность ММП по методу Nagase et al. (1994), белковые фракции — методом электрофореза на ацетат-целлюлозных пленках, общий белок — биуретовым методом. Билирубин, мочевины, АлТ измеряли с использованием наборов реактивов фирмы PLIVA-Lachema Diagnosticum (Чехия). Полученные данные подвергались статистической обработки с использованием критерия-t Стьюдента.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования были получены следующие данные: при введении парацетамола снижалось содержание общего белка в сыворотке крови, снижалась фракция альбуминов на 14,4% ($P<0,001$), возрастала доля альфа-1, альфа-2 глобулинов (соответственно на 46,4% и 36,3%, $P<0,001$). Введение парацетамола вызывало повышение активности ММП на 36,4% ($P<0,001$), АлТ — в 4,2 раза, увеличивалась концентрация мочевины — на 22,3%, прямого билирубина — на 63% по сравнению с контрольной группой $P<0,05$).

При предварительном 3-х кратном введении экстракта репешка активность АлТ оставалась на высоком уровне по сравнению с контролем ($2,08\pm0,19$ и $0,55\pm0,05$ ммоль/ч/л), но ниже по сравнению с группой живот-

ных, получавших парацетамол ($2,31 \pm 0,29$ ммоль/ч/л). Концентрация общего билирубина не изменялась, а прямого билирубина и мочевины возрастала в 1,8 и 1,9 раза по сравнению с группой животных, получавших парацетамол. Содержание альбуминов не изменялось, но снижалась фракция альфа-1 и возрастала фракция альфа-2 глобулинов. При этом активность ММП снижалась в 1,4 раза по сравнению с опытной группой и не отличалась от контрольного уровня.

На фоне предварительного введения карсила содержание общего белка восстанавливается до контрольного уровня за счет увеличения фракции альбуминов. При этом фракции альфа-1 и альфа-2 глобулинов остаются повышенными. Активность ММП на фоне введения карсила снижалась до контрольного уровня. Активность АлТ снижалась в 2 раза, содержание прямого билирубина оставалось повышенным, концентрация мочевины снижалась в 1,4 раза.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что экстракт репешка по изученным показателям обладает гепатопротекторным действием при повреждении печени парацетамолом, однако его эффект не превышает действие препарата сравнения — карсила.

Н.В. Ткачева, О.Н. Огнева,
Ю.В. Лигостаева*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЭКСТРАКТОВ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННОМ ПАРАЦЕТАМОЛОМ

*Кафедра медицинской химии, кафедра фармакологии,
кафедра фармакогнозии, ЦНИЛ
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., проф. О.Н. Потеряева,
д.м.н., проф. О.Р. Грек, д.м.н., проф. В.И.Шарапов,
д.фарм.н., профессор М. А. Ханина*

Введение. Экспрессия матричных металлопротеиназ (ММП) сходна с экспрессией белков острой фазы и регулируется провоспалительными цитокинами (TNF- α и IL-1) и теми же веществами, что запускают их продукцию (например, липополисахарид). В настоящее время значительное внимание уделяется матричным металлопротеиназам (ММП), как сывороточным маркерам фиброза. Ранее нами было показано, что развитие хронического гепатита, трансформирующегося в цирроз, сопровождается повышением активности ММП в сыворотке крови больных.

Цель. Оценить активность ММП в сыворотке крови крыс при повреждении печени, вызванном парацетамолом. Изучить гепатопротекторное действие сухих растительных экстрактов, исследуя активность ММП. Сравнить их действие с известным гепатопротекторным препаратом растительного происхождения — Карсилом.

Материалы и методы. Эксперименты выполнялись на крысах Wistar ($n=45$) в соответствии с “Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных”. В качестве маркера повреждения печени использовали активность ферментов межклеточного матрикса в сыворотке крови по методу Nagase et al.[1994]. Парацетамол (“Верофарм”) вводили по общепринятой схеме. Сухие экстракты в крахмальной слизи вводили животным внутрижелудочно в дозах 100 мг/кг в течение 3-х дней. В качестве препарата сравнения использовали Карсил (“Sopharma”). В работе применялись сухие экстракты из воздушно сухого сырья, полученные из надземной части репешка волосистого, листьев и корней лопуха войлочного и бересты березы повислой и любезно предоставленные заведующей кафедрой фармакогнозии профессором Ханиной М.Г.

Результаты. В состав Карсила входит силимарин — смесь флавоноидов — силибина, силидианина и силикристина, которые получают из плодов расторопши пятнистой. Основными продуктами экстракции изучаемых растительных экстрактов являются фенолкарбоновые кислоты, кумарины, флавоноиды, сапонины, обладающие фармакологической активностью.

В контрольной группе активность ферментов составила $190,4 \pm 11,35$ мкмоль МСА/л/ час. Введение Парацетамола вызывало у крыс развитие токсического гепатита, которое сопровождалось повышением активности ММП до $259,7 \pm 14,46$; $P < 0,001$. Введение Карсила на фоне Парацетамола снижало активность ММП до контрольного уровня $180,9 \pm 7,22$; $P < 0,001$. Введение сухих экстрактов также приводило к достоверному снижению активности ММП береза — $171,0 \pm 2,77$; репешок — $189,0 \pm 3,23$; лопух-листья — $181,7 \pm 2,10$; лопух-корень — $184,5 \pm 2,73$. Активность ферментов под действием экстракта березы по сравнению с другими растительными вытяжками была достоверно ниже.

Выводы. При токсическом повреждении печени, вызванном парацетамолом, у крыс в сыворотке крови увеличивалась активность ММП. Карсил снижал активность ферментов. Подобным действием обладали изучаемые нами экстракты. Наиболее выраженный эффект был отмечен у сухого экстракта березы. Предположительно гепатопротекторным, мембраностабилизирующим действием обладают флавоноиды, входящие в состав растительного сырья.

Н.А. Швец, О.О. Растрепяева, Ю.К. Воронина, Н.А. Юдина
**ОЦЕНКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ
РАСТИТЕЛЬНЫХ ЭКСТРАКТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ
БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРЫС**

*Кафедры медицинской химии, фармакологии,
фармакогнозии, ЦНИЛ*

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: д.м.н., проф. О.Н. Потеряева,

д.м.н., проф. О.Р. Грек, д.м.н., проф. В.И.Шарапов,

д.фарм.н., профессор М.А.Ханина

Введение. Электрофорез белков является одним из наиболее информативных лабораторных тестов, используемых в настоящее время в лабораторной практике для оценки функциональной активности печени.

Цель исследования. Изучить гепатопротекторное действие растительных экстрактов при экспериментальном повреждении печени, вызванном парацетамолом. Оценить функцию печени методом электрофореза белков сыворотки крови на ацетат целлюлозных пленках. Сравнить их действие с известным гепатопротекторным препаратом растительного происхождения — карсилом.

Материалы и методы. Эксперименты выполнялись на крысах Wistar ($n=45$) в соответствии с “Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных”. Парацетамол (“Верофарм”) вводили по общепринятой схеме. Сухие экстракты в крахмальной слизи вводили животным внутривентрикулярно в дозах 100 мг/кг в течение 3-х дней. В качестве препарата сравнения использовали карсил (“Sopharma”). В работе применялись сухие экстракты из воздушно сухого сырья, полученные из наземной части репешка волосистого, листьев и корней лопуха войлочного и березы повислой.

Результаты. Исследование белковых фракций показало, что при введении парацетамола (группа 2) снижается процентное содержание альбуминов, возрастает доля $\alpha_1, \alpha_2, \beta_2$ — глобулинов и снижается доля γ -глобулинов по сравнению с контрольной группой животных (группа 1).

Предварительное введение карсила (группа 3) сохраняло содержание альбуминов в норме по сравнению с группой 2. При этом глобулины $\alpha_1, \alpha_2, \beta_1$ оставались повышенными. Предварительное введение экстракта березы достоверно не изменяло картину действия парацетамола, но отмечалась тенденция к повышению альбуминов и снижению α_1, α_2 -глобулинов по сравнению с группой 2. Предварительное введение экстракта из репешка волосистого изменяло картину действия парацетамола: процентное содержание альбуминов и β_2 — глобулинов соответствовало норме. Однако, α_1, α_2 — глобулины также оставались повышенными по отношению к интактным животным. Предварительное введение экстракта лопух-листья и лопух-

корни сохраняло процентное содержание альбуминов в пределах нормы. Нами было отмечено, что ни карсил, ни один из растительных экстрактов не снимал действия парацетамола на γ -глобулины, они оставались сниженными по отношению к интактным животным.

Выводы. При токсическом повреждении печени, вызванном парацетамолом, у крыс в сыворотке крови крыс наблюдались выраженная гипоальбуминемия и увеличение белка острой фазы, α_1 -глобулинов. Карсил и растительные экстракты, кроме березы, сохраняли процентное содержание альбуминов в норме. Снижение α_1 -глобулинов до нормы наблюдали только после введения экстракта лопух-листья. Повышение α_2 -глобулинов и гипогаммаглобулинемия, вызванная парацетамолом, сохранялась как при введении карсила, так и других растительных экстрактов.

М. Н. Мартынова
**ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА
С ПОМОЩЬЮ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ С ИЗМЕНЕНИЕМ
ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.б.н., проф. Н. Б. Пиковская*

Актуальность. Основным регулятором функциональной активности внутренних органов является вегетативная нервная система. Так как нарушение вегетативной регуляции лежит в основе многих патологических состояний, то возможность оценки вегетативного статуса у здоровых людей простыми и доступными для широкого использования методами актуально для оценки уровня здоровья и возможной предрасположенности к определенному виду патологии.

Цель. Выяснить, каким образом и почему с помощью проб с изменением положения тела можно оценить активность и реактивность вегетативной регуляции.

Материал и методы. В теоретическом исследовании использованы литературные данные.

Примеры методов оценки вегетативной регуляции.

Один из простых и доступных методов — ортостаз и клиностаз с измерением АД и ЧСС. Ортостатическая проба является надежным и хорошо проверенным методом оценки как реактивности вегетативной регуляции, так и активности симпатического и парасимпатического отделов.

Ортостатические пробы — функционально-диагностические тесты, основанные на исследовании динамики различных показателей деятельности системы кровообращения под влиянием ортостатической нагрузки.

В пробе с активной ортостатической нагрузкой обследуемый самостоятельно переходит из положения лежа в положение стоя. Установлено, что в регуляции параметров гемодинамики у лиц с высоким коэффициентом реагирования в большей степени выражено влияние барорецептивного рефлекса. А в группе с низким коэффициентом реагирования вклад вегетативной нервной системы — как ее симпатического, так и парасимпатического отделов, значительно менее выражен. Смена горизонтального положения тела на вертикальное приводит к разнонаправленным изменениям гидростатического давления в сосудистой системе относительно некоторой гидростатически индифферентной точки. Действие силы тяжести затрудняет возврат крови к сердцу из расположенных ниже этой точки вен. Ангиорецепторы важнейших рефлексогенных зон (аортальной, синокаротидной, сосудов легочного круга кровообращения) передают сигнал в ЦНС, где на различных уровнях (спинальном, бульбарном, гипоталамическом, корковом) осуществляется регуляция АД и, как следствие, ЧСС. Эфферентное звено регуляции представлено нервными и эндокринными механизмами. Функциональная активность ВНС является отражением изменения функции центров регуляции. Нарушения вегетативной регуляции деятельности органов и систем, которые лежат в основе развития большого числа заболеваний, обусловлены как влиянием факторов внешней среды, так и генетически детерминированными особенностями функционирования вегетативной нервной системы.

Д.Г. Посашкова¹, О.С. Скотникова¹, М.С. Вантеев²,
Н. В. Тушайкин².

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ С АДАПТАЦИЕЙ И ОТНОШЕНИЕМ К ЖИЗНИ

Кафедра нормальной физиологии

¹Новосибирский государственный медицинский университет,

кафедра естественнонаучных дисциплин,

кафедра практической психологии

Новосибирский гуманитарный институт

Научные руководители: к.м.н., зав. кафедрой Л.К. Антропова,

к.психол.н., профессор О. О. Андронникова, д.м.н.,

профессор В. Ю. Куликов

Последние годы все большее внимание уделяется влиянию особенностей межполушарной организации мозга на протекание различных психических процессов и личностные характеристики людей. Доказано, что в зависимости от типа функциональной межполушарной асимметрии, человек

по-разному воспринимает явление окружающей среды, а значит, по-разному будет выстраивать представления о мире и своем месте в нем.

Представляло интерес выявить специфику восприятия собственной жизни, своего будущего и прошлого, в зависимости от функциональной межполушарной асимметрии (ФМА), степени адаптированности и склонности к жертвенному поведению.

Цель исследования — выявить и определить особенности взаимосвязи между функциональной межполушарной асимметрией ФМА, адаптацией, отношением к жизни и жертвенного поведения личности.

Объект и методы исследования. В исследовании приняли участие 96 человек, в возрасте 18–35 лет (45 мужчин, 51 женщина).

У всех испытуемых определялся профиль сенсомоторной асимметрии (М. Аннет), тип функциональной межполушарной асимметрии («Типология 2» Е.С. Жариков, А.Б. Золотов), социально-психологическая адаптация (методика К. Роджерса и Р. Даймонда), изучалось самосознание (методика незаконченных предложений на основе методики Дж. Ньюттена) и тест ролевой позиции. Исследование проводилось с информированного согласия студентов. Тема НИР кафедры утверждена этическим комитетом.

В статистической обработке использовался пакет прикладных программ “Statistica 7.0”. Различия между независимыми группами были найдены с использованием t-критерия, между зависимыми группами — с использованием непараметрического метода (критерий Пирсона). Достоверными считались данные при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По сенсомоторным предпочтениям все испытуемые распределились следующим образом: праворукие — 56%, леворукие — 31%, амбидекстры — 13%. Однако по психическим процессам преобладала группа амбидекстров 58%, правополушарных лиц было 34% и левополушарных — 8 %.

Выявлены достоверные взаимосвязи между типом функциональной асимметрии и показателями адаптивности, жертвенности и отношения к жизни ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ обнаружил различия в значимых взаимосвязях между ФМА, особенностями адаптации и отношения к жизни ($p < 0,05$), выделены типы проявления адаптивности и отношения к жизни у лиц с правополушарной и амбидекстральной специализацией мозга ($p < 0,05$). По показателям левополушарных респондентов достоверных взаимосвязей с различными шкалами адаптации, отношения к жизни и жертвенного поведения — не выявили.

Полученные результаты являются основой для организации профилактической работы среди подростков и молодежи в центрах психолого-педагогической помощи.

И.И. Вяльцев², Т.В. Гончарова², К.А. Астапенко¹,
Ю.О. Власенко¹

ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МЕЖПОЛУШАРНАЯ АСИММЕТРИЯ У СТУДЕНТОВ НОВОСИБИРСКИХ ВУЗОВ

Кафедра нормальной физиологии

*¹Новосибирский государственный медицинский университет,
Кафедра естественнонаучных дисциплин,
кафедра практической психологии*

²Новосибирский гуманитарный институт

*Научные руководители: к.м.н., профессор Л.К. Антропова,
к.психол.н. профессор О.О. Андронникова,
д.м.н., профессор В.Ю. Куликов*

Влияние Интернета на поведение и психику индивида, на наш взгляд не однозначно и до конца не исследовано. Формирование зависимости от Интернета обусловлено различными факторами, среди которых функциональная межполушарная асимметрия (ФМА) опосредует психологические и социальные детерминанты личности и является одним из факторов, определяющим процесс адаптации к изменениям окружающей среды. Можно предположить, что латеральная специализация будет оказывать непосредственное влияние на выбор способа адаптации и чувствительность к аддиктивной реализации личности в условиях информационного пресса.

Цель исследования — выявить особенности поведенческих и эмоциональных реакций у Интернет-зависимых и в группе риска у студентов Сибирского региона с разным латеральным профилем.

Объект и методы исследования. Обследовано 283 студента гуманитарных и технических вузов г. Новосибирска 18-30 лет, в т.ч. 99 мужчин и 184 женщины. Исследование проведено в осенне-зимний период с информированного согласия студентов. Функциональная межполушарная асимметрия оценивалась с помощью методик М. Аннет и «Типология 2» (Е.С. Жариков, А.Б. Золотов). Определялись склонность к отклоняющемуся поведению («СОП», А.Н. Орел), уровни эмоционального интеллекта (Н. Холл) и субъективного ощущения одиночества (Д. Рассел, М. Фергюсон). Интернет зависимость диагностировалась с помощью методики Кулакова С.А.. Тема НИР кафедры утверждена этическим комитетом.

Результаты исследования. Показано, что 23 человека (8%) имеют серьезные проявления интернет зависимости, 88 испытуемых (27%) составляют группу риска, 172 человека (65%) не имеют зависимости. По сенсорным предпочтениям во всей выборке левополушарных 56%, амбидекстров 24%, правополушарных 20%. Однако по психическим процессам преобладали амбидекстры 67% (189 человек). Правополушарных испытуемых

было 19% (54 человека), левополушарных — 14% (40 человек). Проявления Интернет зависимости при этом встречались чаще у лиц амбидекстрального типа ФМА и реже — у леволатерального, как в группе риска, так и у аддиктов ($p < 0,05$). Выявлены различия формирования интернет аддикции в зависимости от типа ФМА испытуемых ($p < 0,05$). Выделены особенности формирования поведенческих и эмоциональных реакций в зависимости от типа ФМА. Испытуемые с праволатеральным типом, прежде всего, используют Интернет с целью снижения ощущения одиночества, с левосторонним типом ФМА посредством Интернета подавляют нежелательные с их точки зрения переживания и компенсируют собственную эмоциональную некомпетентность. Для амбидекстров использование Интернета преследует цели: а) защита от поведения, связанного с нарушением правовых норм, в) подавление собственных эмоций, б) снижение чувства одиночества, г) реализация агрессивных тенденций поведения.

Коррекционное воздействие на Интернет-зависимых должно носить дифференцированный характер и осуществляться в соответствии с выделенными тенденциями.

А. О. Вигриянова, Б.Ж. Касенова, Е.А. Лунева,
Я. Б. Санду

СРАВНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, НЕ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.б.н. профессор Н.Б. Пиковская*

Актуальность. Вопрос о «внутренней неоднородности» здоровой популяции, влиянии физических нагрузок на организм здоровых молодых людей и предрасположенности к успехам в спорте, обусловленных с биологическим уровнем развития, интересен, но мало изучен.

Цель. Сравнить особенностей регуляции сердечно сосудистой деятельности у спортсменов и здоровых юношей и девушек в возрасте от 17 до 20 лет.

Методы. Обследованы 36 здоровых юношей и девушек в возрасте от 17 до 20 лет, 17 из которых спортсмены высокой квалификации и разной спортивной специализации (легкая атлетика, футбол, волейбол, плавание, греко-римская борьба). Группа спортсменов является контрольной. С целью оценки вегетативного обеспечения деятельности сердечно-сосудистой системы использовали ортоклиностатическую пробу. Также были рассчитаны: реакция в процентах САД и ДАД по отношению к исходному уровню, реак-

ция ЧСС по отношению к исходному уровню, Индекс Кердо - $Ик=100*(1-ДАД/пульс)$, пульсовое давление, ИМТ, тип саморегуляции кровообращения – $ТСК = ДАД/ЧСС*100$

Результаты. Всех обследованных мы разделили на 3 группы по реакции САД в % по отношению к исходному уровню. Группы 1а и 2 (группа спортсменов) с положительной реакцией и группа 1б – с отрицательной. Также отметим, что у групп 2 и 1а, в отличие от 1б, больший ИМТ и сердечно-сосудистый ТСК; у группы 1б ТСК - сердечный. В исходном состоянии у группы 2 ЧСС 86 уд.мин./САД 118 мм рт. ст./ДАД 79 мм рт.ст./ИК 4,3. У группы 1а ЧСС 86 уд.мин./САД 116 мм рт. ст./ДАД 82 мм рт.ст./ИК 3,6. У группы 1б ЧСС 89 уд.мин./САД 112 мм рт. ст./ДАД 78 мм рт.ст./ИК 11,7 Положительное значение ИК во всех трех группах говорит о преобладании симпатических влияний. В группе 1б ИК в 3 раза больше, можем предположить снижение реактивности парасимпатической системы.

1. Клиностаз. В группе 2 наблюдалось снижение ЧСС, снижение ДАД, неизменность САД на 1-ой мин. и плавное уменьшение к 10-ой. ИК сразу и на 10-й мин.-положительный, через 5 мин.-отрицательный. В группе 1а стабильное снижение всех показателей, ИК отрицательный. В группе 1б с 1-ой по 5-ую мин. снизились ЧСС и ДАД, но к 10-ой мин. увеличились. ИК отрицательный. Таким образом, в группе 1а мы можем говорить о высокой реактивности парасимпатических центров; у группы 1б подтвердилось уменьшение парасимпатических влияний и преобладание рефлексов с рецепторов растяжения сердца. В группе 2 эти механизмы выступали поочередно, сначала на местном уровне, потом с участием парасимпатической НС.

2. Ортостаз. Принципиальных различий в основных параметрах не выявлено. У всех групп реакция сопровождалась увеличением ЧСС, САД и ДАД соответственно норме.

Вывод. Выявив определенную связь между уровнем физического развития генотипически или фенотипически обусловленном, и уровнем осуществления приспособительных реакции в регуляции сердечно-сосудистой системы среди разных групп здоровой популяции, можно сделать вывод об успешности занятия спортом определенной категории молодых людей. Практически значимым будет измерение и последующие рекомендации тренерам лиц, с соответствующими показателями «будущих рекордсменов».

А. Ким, Г.Г. Егорян
**КРОВЬ – МАГНИТОЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ
СИСТЕМА ОРГАНИЗМА**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е. А. Козяева.*

Актуальность исследования. Экологические факторы, приводящие к искажению естественного геомагнитного фона, могут способствовать изменениям в системе гемостаза. Существующий статистический материал по коррекции изменений количества, состава и функциональной активности клеток крови позволяет выделить кровь как наиболее магниточувствительную структуру организма, способную реагировать на различные воздействия геомагнитного поля.

Цель исследования. Выявить изменение активности плазменных факторов свертывания крови в условиях *in vitro* под влиянием усиленного магнитного поля.

Материал и методы. Исследована плазма условно здоровых мужчин в возрасте 18–20 лет, после их информированного согласия. Активность плазменных факторов свертывания крови оценивалась в условиях контроля и опыта. Сразу после забора, кровь центрифугировалась со скоростью 3000 об/мин (1200-1400g) в течение 20 минут для получения бедной тромбоцитами плазмы (БТП). После чего плазма в количестве 0,1 мл помещалась в пробирки, из которых часть находилась в условиях контроля, а другая часть в условиях опыта. Контрольные образцы находились в условиях деревянной камеры, не обладающей экранирующими свойствами, опытные образцы помещались в условие гипермагнитного воздействия. Усиленное магнитное поле создавалось «супермагнитом», силой 5 тысяч Эр. Время экспозиции в контрольной и опытной группах составляло 15 минут. После чего определялось время коагуляции с использованием АПТВ-теста на гемокоагулометре SOLAR 2110 стандартными АПТВ-реагентами в контрольной и опытных группах. Полученные данные подвергались статистической обработке в программе «Statistica 7.0.» Оценка значимости различий между показателями вычислялась с использованием непараметрических методов анализа.

Результаты исследования. Исследования показали, что в условиях усиленного магнитного поля наблюдается уменьшение времени коагуляции относительно времени коагуляции в контрольной группе. Средние значения в контроле и опыте составили $43,1 \pm 0,7$ сек. и $40 \pm 0,6$ сек. соответственно, при $p < 0,02$. Уменьшение времени коагуляции отражает процесс гиперкоагуляции

Выводы. Таким образом, выявленная достоверная разница между скоростью свертывания плазмы крови в контроле и при воздействии усиленного магнитного поля, по данным АПТВ-теста, свидетельствует о высокой

чувствительности системы гемостаза, даже в условиях *in vitro*, к воздействию магнитных флуктуаций. Гиперкоагуляция при воздействии усиленного магнитного поля на плазменные факторы свертывания крови, возможно, с одной стороны, объясняется тем, что под влиянием магнитных полей происходит изменение магнитной восприимчивости ферментов, а с другой стороны, тем, что в крови постоянно работают физиологические гомеостатические гуморальные регуляторные механизмы, к которым можно отнести биологически активные вещества, присутствующие в плазме крови, а именно – серотонин, ГАМК, гистамин, норадреналин, адреналин, дофамин, йодтиронины, половые гормоны и гормоны коры надпочечников. Следовательно, можно сделать предположение, что при воздействии «супермагнита», изменяется активность этих веществ, что приводит к увеличению скорости свертывания крови.

К.Ю. Утюпина, Я.А. Краснер
**ОСОБЕННОСТИ FE- И PH-ЗАВИСИМОГО
ОКИСЛЕНИЕ АДРЕНАЛИНА**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. В.Ю. Куликов*

Актуальность темы. На сегодняшний день установлена способность адреналина под действием различных окислителей (например, кислорода, соединений меди и железа) переходить в ряд производных соединений, таких как адреналинхинон, лейкоадренохром и адренохром. Кроме того, не исключена возможность воздействия магнитного поля на характер протекания данной реакции. Последнее из перечисленных веществ - адренохром - интересно своей способностью провоцировать возникновение продуктивного психоза при внутривенном введении. Изучение влияния присутствия железа на окисление адреналина интересно тем, что позволяет выяснить природу связи между патологическими состояниями, сопровождающимися повышением уровня сывороточного железа и других окислителей и возникновением продуктивных психозов (например, развитие галлюцинаций при порфирии).

Цель исследования. Изучить особенности трансформации адреналина в условиях щелочного pH и влияния ионов железа

Результаты исследования. В данной работе показана зависимость окисления адреналина до адренохрома от концентрации железа в растворе при уровне pH=9.8. Для этого использовались контрольные и опытные растворы, в состав которых входил аптечный адреналин (концентрация = 0,1%), и различные концентрации сульфата железа. Концентрация образовавшегося адренохрома оценивалась с помощью прибора Spectrol на длине волны 510 нм (пик поглощения адренохрома). Также проводилось изучение

действия сыворотки и масляного раствора токоферола на скорость окисления адреналина. Анализ полученных результатов показал наличие прямой взаимосвязи между концентрацией железа или токоферола в растворе и скоростью образования адrenoхрома из адреналина. Также была показана способность сыворотки активировать данный процесс.

Анализ данных проводился с использованием программ «Microsoft Excel» и «Statsoft STATISTICA 7».

Заключение. Таким образом, была установлена способность железа и сыворотки крови потенцировать окисление адреналина за счет его трансформации в адrenoхром, что представляет существенный интерес в плане влияния этого процесса на психофизиологические свойства организма человека в норме и патологии.

М. С. Санников, К. К. Калюжная
**АНАЛИЗ РЕГУЛЯЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
ПАРАМЕТРОВ И ДЕОКСИГЕНАЦИИ ОКСИГЕМОГЛОБИНА
В МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОМ РУСЛЕ У ПРАКТИЧЕСКИ
ЗДОРОВЫХ ЮНОШЕЙ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент А. В. Абрамцова*

Актуальность темы. Параметры микрогемодинамики служат «окном» в мир фундаментальных тканевых физиологических процессов. Кровоток в микроциркуляторном русле (МЦР) кожи подвержен колебаниям, которые отражают текущее функциональное состояние систем его регуляции. Микроциркуляция первой вовлекается в патологические процессы, причиной которых являются периодические нарушения кровотока, их исход во многом будет обусловлен механизмами адаптации тканей к периодическим нагрузкам типа - ишемия/реперфузия. Восстановительные процессы при таких состояниях связаны с активностью внутрисосудистых межклеточных взаимодействий.

Цель работы. Выявить общие механизмы регуляции гемодинамики и деоксигенации оксигемоглобина в тканях, при многократных кратковременных окклюзионных нагрузках нарастающего характера у практически здоровых лиц молодого возраста.

Объекты и методы исследования. После подписания информированного согласия обследовано 19 юношей, методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Проводилась запись ЛДФ-граммы с последующими окклюзионными пробами (продолжительность первой окклюзии -1 мин, второй — 2 мин., третьей — 3мин., после 1 и 2 окклюзий период восстановления длился 1 мин., после третьей окклюзии время наблюдения составило

6 минут). По ЛДФ грамме оценивали амплитудно-частотный спектр для показателей микроциркуляции (ПМ) и сатурации SO_2 крови. Рассчитывался резерв капиллярного кровотока (РКК) по формуле: $РКК = M \max * 100 / ПМ$ (%). После второй и третьей окклюзий в первые 15 секунд реактивной гиперемии одновременно регистрировали значения ПМ, SO_2 . Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы Statistika 6.0.

Результаты исследования. Показатели амплитудно-частотного спектра микроциркуляции до нагрузки и после, а так же РКК после второй и третьей окклюзий достоверно не отличались. Однако SO_2 в начале реактивной гиперемии имеют достоверные различия (при $p \leq 0,05$) с 7 по 12 секунду, когда этот показатель достигал максимальных значений. Выявлено, что значения ПМ в реактивную гиперемию после 3-й окклюзии коррелируют с амплитудами миогенной активности миоцитов ($r=0,5$, при $p \leq 0,05$ и $r=0,7$, при $p < 0,01$) в период восстановления. Такая связь указывает на снижение мышечного тонуса и перераспределение кровотока с увеличением его движения через тканевые капилляры. В этих условиях устанавливается положительная корреляция ($r=0,6$, при $p \leq 0,01$) между ПМ в первые 10 сек. и наибольшими значениями амплитуды колебаний SO_2 в миогенном диапазоне и эндотелиальными осцилляциями кровотока в микрососудах. Обратная статистически значимая связь установлена между показателями сатурации SO_2 крови в первые 15 сек. реактивной гиперемии и максимальными значениями амплитуд колебаний SO_2 в диапазоне эндотелиальной ($r = -0,8$, при $p < 0,0001$), нейрогенной с 7 по 15 сек. ($r = -0,5$, при $p \leq 0,05$) и сердечной ($r = -0,6-0,7$, при $p \leq 0,002$) активности.

Таким образом, высокие показатели скорости микроциркуляции в реактивную гиперемию влияют на снижение миогенной активности, определяющей осцилляцию кровотока. Высокие значения SO_2 обуславливают снижение активности амплитуды в нейрогенном и эндотелиальном диапазонах, оказывающих влияние на показатели содержания оксигемоглобина в микроциркуляторном русле.

А.С. Бегенина
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕДУЩЕЙ РЕПРЕЗЕНТАТИВНО
СЕНСОРНОЙ СИСТЕМЫ И УСПЕВАЕМОСТИ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент И.Ф. Крылова*

Актуальность исследования. Пути, по которым мы получаем, храним и кодируем информацию в своем мозге, — картинки, звуки, ощущения, за-

пахи и вкусы — известны как репрезентативно-сенсорные системы. Каждый человек имеет свою предпочитаемую систему получения и хранения информации: визуальную, аудиальную или кинестетическую. Дополнительно выделяют людей с логическим складом ума, таких людей называют дигиталами. Студент и школьник не сможет усваивать материал, при не соответствии его ведущей системы методу преподавания. Однако, при объяснении материала различными средствами воздействия на системы, группа, не усвоившая материал, все же выявляется.

Цель исследования: провести тестовый опрос для выявления ведущей репрезентативно-сенсорной системы среди студентов НГМУ лечебного факультета и учеников 6–11 классов. Сравнить полученные результаты с общей успеваемостью.

Материалы и методы исследования: тестовый опрос студентов НГМУ лечебного факультета и учеников с 6 по 11 классы. В тестировании приняли участие 60 школьников средней возрастной группы, 45 старшей возрастной группы и 110 студентов лечебного факультета НГМУ.

Результаты исследования. У школьников средней возрастной группы (6–8 класс) логики составляют 70%, кинестеты — 17%, аудио-визуалы — 13%. У учащихся старших классов (9–11) логики составляют 67,5%, кинестеты — 25%, аудио-визуалы — 7, 5%. У студентов логический склад у 79%, кинестеты составляют 17%, аудио-визуалы — 4%. Таким образом, видно, что почти всех возрастных группах преобладает логическое мышление. Успеваемость показала, что у школьников логиков средней возрастной группы средний балл 4,1, у учащихся старших классов 4, у студентов 3,8. У кинестетов средней возрастной группы средний балл 4, у учащихся старших классов 4,2, у студентов 3,5. У аудио-визуалов средней возрастной группы средний балл 3,8, у учащихся старших классов 3, у студентов 4. Существенной разницы в результатах между различными типами восприятия разных возрастных групп не наблюдается. Динамика успеваемости у логиков и кинестетов схожи: в условиях школы выше, но в условиях высшего образования она снижается. У группы визуалов и аудитов наоборот. Что бы более детально проследить за динамикой успеваемости, определила количество учащихся, обучающихся на 4 и 5. В средней возрастной группе у логиков их доля составила 69%, у кинестетов 63,6%, аудио-визуалов 44%. В группе учащихся старших классов доля логиков составила 74%, кинестетов 50%, у аудио-визуалов 0. В группе студентов среди логиков 60% обучаются на 4 и 5, кинестеты 56%, а аудио-визуалы 75%. Таким образом, в условиях высшего образования значение работы зрительного и слухового анализатора возрастает.

Выводы. Существенной разницы в результатах между различными типами восприятия разных возрастных групп не наблюдается. Динамика успеваемости у логиков и кинестетов схожи: в условиях школы выше, но в

условиях высшего образования она снижается. У группы визуалов и аудиторов наоборот. В условиях высшего образования значение работы зрительного и слухового анализатора возрастает.

К. И. Поляков
**ВИТАЛЬНЫЕ ПОТЕНЦИИ ЭЛЕМЕНТОВ
ПЕРИОДИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент И. Ф. Крылова*

Актуальность исследования: всё живое состоит из клеток, клетки из молекул, молекулы из атомов, но не из любых, а строго определённых атомов в различных соотношениях. Химический состав клетки определён, но почему именно определённые ионы участвуют в биохимических процессах, проводят нервный импульс и как возникло их соотношение.

Цель исследования: изучить теоретический материал по изучаемому вопросу.

Материалы и методы исследования: статьи и публикации.

Результаты исследования. Углерод(C) играет главную роль в структуре органических молекул. Его соединения устойчивы, могут образовывать длинные гибкие цепи с двойными связями, которые могут растворяться в полярных растворителях в условиях исторически сложившейся температуры. Его «соперник» — кремний. Но, соединения кремния труднорастворимы и в присутствии кислорода нестабильны. Элементы Водород(H) и Кислород(O) трудно переоценить, так как именно они явились родоначальниками молекулы воды, жидкости с наиболее подходящими свойствами для развития жизни. Так же H и O вместе с C образовали первые органические вещества формальдегид, этанол и др. O не только самый распространённый элемент на земле, но и способен образовывать связи со всеми элементами кроме инертных газов. Азот(N)самый распространённый элемент воздуха, является структурным компонентом белков и нуклеиновых кислот, веществ жизнь без которых невозможна. Фосфор(P) Благодаря его химическим особенностям он может образовывать макроэргические связи с N, O, S. Эти связи являются универсальным хранилищем энергии для осуществления ферментативных реакций и транспортировки веществ. Ионы натрия (Na) и калия (K) обеспечивают клетке запас энергии из за своей термодинамической неравновесности в цитозоле и внешней среде. Это явление обеспечивается работой ионных насосов. И в итоге даёт клетке некие преимущества: 1) Котранспорт осмотически активных веществ из внешней среды; 2) Трансмембранную разность потенциалов; 3) Информацию о повреждении мембраны по току ионов.

Все представленные выше элементы имеют наименьшие в своей группе атомные массы и радиусы, а так же высокую активность.

Выводы. Таким образом, эволюционно были избраны данные элементы благодаря таким свойствам как 1) Наименьшая атомная масса и атомный радиус; 2) Высокая активность; 3) Образование устойчивых связей(особенно в белках); 4) Растворимость в воде.

Кроме того, протоцитки с сформировавшимися механизмами способными поддерживать термодинамическое неравновесие при осмотическом равновесии имели несравненное преимущество перед теми у кого таких механизмов не было.

В.Д. Бут, М.С. Даниличев
**ВЛИЯНИЕ НИЗКОЧАСТОТНЫХ МАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ
НА АКТИВНОСТЬ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ
СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е. А. Козяева.*

Актуальность исследования. Накопленный научный материал свидетельствует о том, что в основе действия магнитных полей лежит их способность управлять движением заряженных частиц и действовать на намагниченные тела независимо от состояния их движения, что приводит усилению внутриклеточного и межклеточного обмена, и играет роль «биологического стимулятора». Однако вопросы влияния магнитных полей на биологические объекты изучены не полностью.

Цель исследования. Выявить изменение активности плазменных факторов свертывания крови в условиях *in vitro* под влиянием бегущего импульсного магнитного поля (БИМП).

Материал и методы. Исследована плазма условно здоровых мужчин в возрасте 18–20 лет, после их информированного согласия. Активность плазменных факторов свертывания крови оценивалась в условиях опыта I и II. Опыт I - сразу после забора, кровь центрифугировалась для получения бедной тромбоцитами плазмы (БТП). После чего плазма в количестве 1,0 мл помещалась в пробирки, из которых часть находилась в условиях контроля, а другая часть в условиях опыта. Контрольные образцы находились в условиях деревянной камеры, не обладающей экранирующими свойствами, опытные образцы в условиях БИМП — значение магнитной индукции, которого составляет 20 ± 6 мТл. Опыт II — воздействию БИМП подвергалась цельная кровь, после чего центрифугировалась для получения БТП, и определялось время коагуляции. Время экспозиции в контрольных и

опытных группах составляло 15 минут. Время коагуляции в секундах регистрировалось в контрольных и в опытных группах с использованием АПТВ-теста, стандартными АПТВ-реактивами на гемокоагулометре SOLAR 2110. БИМП создавалось аппаратом «Алмаг-01» с частотой импульсов от 4 до 16 Гц. Оценка значимости различий между показателями вычислялась с использованием непараметрических методов анализа. За достоверный принимался 95% уровень статистической значимости при $P < 0,05$. Полученные данные представлены в виде средней M и ошибки средней m ($M \pm m$).

Результаты исследования. Исследования показали, что в условиях (опыт I) действия БИМП на плазму, по данным АПТВ-теста, наблюдается достоверное снижение времени свертываемости относительно контроля. Средние значения в контроле и опыте составили $47,8 \pm 0,7$ сек. и $43,7 \pm 1,9$ сек. соответственно, при $p < 0,04$, что свидетельствует о гиперкоагуляции, в то время как в условиях (опыт II) действия БИМП на кровь достоверных отличий во времени свертываемости в контрольной и опытной группах не наблюдается.

Выводы. Таким образом, выявленная гиперкоагуляция при воздействии БИМП исключительно на плазменные факторы свертывания крови, возможно, объясняется тем, что под влиянием магнитных полей происходит изменение магнитной восприимчивости макромолекул (ферментов) и поэтому магнитные поля вызывают их ориентационные и концентрационные изменения, что отражается на кинетике биохимических реакций. Цельную кровь доноров, можно представить как единую биологическую систему, в которой представлены и работают физиологические гомеостатические регуляторные механизмы.

А.А. Черданцева, К.К. Калюжная
**РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА В
РЕГУЛЯЦИИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ЕГО ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: ассистент А. В. Абрамцова*

Психологические особенности индивидуума интересны не только как его реализация в социальной среде, но и в способности управлять некоторыми параметрами сердечно-сосудистой системы (ССС). В связи с тем, что СССР обладает чувствительностью к воздействиям социальной среды, становится актуальной проблема возможности самоуправления вегетативными функциями человека.

Цель: Изучить взаимосвязь между индивидуально-психическими факторами личности и параметрами микрогемодинамики и у практически здоровых юношей.

Метод и материалы исследования: Обследовано 15 юношей, с применением метода лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Всем проведена трехкратная окклюзионная проба с нарастающей окклюзионной нагрузкой (длительностью 1, 2 и 3 минуты). По данным исходной и посленагрузочной ЛДФ-граммы (в течение 10 мин) оценивали показатели микроциркуляции (ПМ), насыщение гемоглобина кислородом (SO_2), кровенаполнение (Vr) и их регуляцию. Оценивали резерв капиллярного кровотока (РКК), значения ПМ и SO_2 каждую секунду в течение 14 сек. в гиперемии после 2-х и 3-х мин окклюзии и определяли динамику. Из теста Кэттелля взяли две группы факторов эмоциональных и регуляторных свойств, выраженные в цифровых значениях. Группе эмоциональных свойств представлена факторами Н (робость-смелость), F (озабоченность-беспечность), а регуляторных свойств факторами Q4 (спокойный-раздражительный) и G (корыстный-совестливый).

Результаты. По вегетативному индексу Кердо обследуемые были разделены на две группы: парасимпатотоники ($n=9$) и симпатотоники ($n=6$). В группе парасимпатотоников выявлены статистически значимые ($p=0,03$) связи: прямая установлена с факторами Н и F и исходным кровенаполнением, а также со скоростью увеличения степени оксигенации гемоглобина в реактивную гиперемии, после двух и трех минутной окклюзии. Чем более смелый и беспечный человек, тем выше у него кровенаполнение и оксигенация тканей. Однако, обнаруженная обратная связь у них между фактором Q4 и градиентом нарастания SO_2 позволяет предположить, что у лиц с увеличением значения по фактору Q4 (полнос раздражительности) повышается скорость обменных процессов. При этом установлены обратные связи ($p=0,005$) между частотным спектром сердечных осцилляций, обеспечивающих кровенаполнение и факторами Н и F.

Для симпатотоников характерны: обратная связь между фактором G и амплитудой миогенной осцилляции. Чем больше самоконтроль, тем ниже амплитуда миогенных колебаний, а следовательно и мышечный тонус. Этот же фактор имеет прямую связь ($p=0,04$) с нарастанием показателя SO_2 после 2-х и 3-х мин. окклюзии. Чем более человек «здравомыслящий», тем выше процессы оксигенации; найдена прямая связь ($p=0,02$) между фактором Н и РКК, т.е. у более смелых людей выше РКК. Фактор F имеет прямую связь ($p=0,04$) с ПМ при восстановлении кровотока после 3-х мин. окклюзии. Выявленные статистически значимые связи между психологическими проявлениями у юношей и параметрами гемодинамики, а особенно с изменением насыщения гемоглобина кислородом в микроциркуляторном русле в реактивный период предполагают различные варианты восстановления в тканях кислородного долга в постокклюзионный период, в зависимости от характерных психологических черт человека.

Е.В. Стрюкова, И.А. Дубровин
**ВЛИЯНИЕ МАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ РАЗЛИЧНОЙ
ИНТЕНСИВНОСТИ НА АКТИВНОСТЬ ПЛАЗМЕННЫХ
ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е. А. Козяева*

Актуальность исследования. В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что электромагнитное поле (ЭМП) естественного происхождения (естественный электромагнитный фон Земли) следует рассматривать как один из важнейших экологических факторов. Наличие естественных ЭМП в окружающей среде является совершенно необходимым для существования нормальной жизнедеятельности, а их отсутствие или избыточность — приводит к серьезным негативным, порой даже необратимым последствиям для живого организма.

Цель исследования. Выявить изменение активности плазменных факторов свертывания крови в условиях *in vitro* под влиянием усиленного и ослабленного магнитного поля.

Материал и методы. Исследована плазма 10 условно здоровых мужчин в возрасте 18–23 лет, после их информированного согласия. Активность плазменных факторов свертывания крови оценивалась сразу после забора крови. Кровь центрифугировалась для получения бедной тромбоцитами плазмы (БТП). После чего плазма в количестве 0,1 мл помещалась в пробирки, из которых часть находилась в условиях контроля, а другая часть в условиях опыта. Контрольные образцы находились в условиях деревянной камеры — магнитное поле 0,5 Эр, опытные образцы — в условиях гипермагнитного воздействия (опыт I) — магнитное поле 5 тысяч Эр, опытные образцы (опыт II) подвергались воздействию ослабленного магнитного поля. Ослабленное магнитное поле создавалось гипомангнитной камерой с коэффициентом экранирования 10^{-3} . Время коагуляции в секундах регистрировалось в контрольной и в опытных группах с использованием АПТВ-теста, стандартными АПТВ-реактивами на гемокоагулометре SOLAR 2110, через 15 минут экспозиции. Полученные данные подвергались статистической обработке в программе «Statistica 7.0.»

Результаты исследования. В условиях усиленного магнитного поля наблюдается уменьшение времени коагуляции относительно времени коагуляции в контрольной группе. Средние значения в контроле и опыте составили $43,1 \pm 0,7$ сек. и $40 \pm 0,6$ сек. соответственно, при $p < 0,02$. Уменьшение времени коагуляции отражает процесс гиперкоагуляции. В условиях ослабленного магнитного поля достоверных значений в различии времени свертывания в контрольной и опытной группах не выявлено. Однако наблюдается увеличение времени коагуляции плазмы после нахождения ее в условиях экранированного магнитного пространства.

Выводы. Таким образом, была оценена ферментативная активность системы гемостаза при воздействии на бедную тромбоцитами плазму усиленного и ослабленного магнитных полей. Разнонаправленные реакции: гиперкоагуляция в условиях «гипермагнита» и гипокоагуляция в условиях «магнитного вакуума» возможно, объясняется изменением активности соответствующих белков-ферментов за счет влияния магнитных полей на конформацию макромолекул и гидрофобно-гидрофильные взаимодействия.

Е.М. Шумбасова
**РЕАКЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ
ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ ДЫХАНИЯ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский институт
Научный руководитель: ассистент А.В. Абрамцова*

Актуальность темы. Существует множество дыхательных методик (метод Бутейко, дыхание на аппарате Фролова и восточные дыхательные гимнастики и т.д.), в результате которых создаются управляемые гиперкапния и гипоксия. Они используются в восстановительной медицине, так как предполагается, что они направлены на общую адаптацию кардиореспираторной системы. Однако остаются не достаточно изученными механизмы их влияния на периферический кровоток. Известно, что недостаток кислорода и повышение CO_2 вызывают повышение тонуса сосудодвигательного центра, в связи с этим возникает необходимость изучения влияния индивидуальной задержки дыхания (на вдохе и выдохе) на регуляцию микрогемодинамики и кислородтранспортную функцию крови в микроциркуляторном русле кожи.

Цель исследования. Выявить влияние времени индивидуальной задержки на показатели микрогемодинамики.

Материалы и объекты исследования. В исследовании принимали участие 13 практически здоровых лиц мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 21 года. Пять испытуемых задерживали дыхание на вдохе, восемь испытуемых на выдохе. Анализ показателей микрогемодинамики, степени оксигенации кислорода в смешенном кровотоке микроциркуляторного русла кожи и кровенаполнение оценивали методом лазерной доплеровской флуометрии в исходном состоянии и во время проведения пробы и после в течение 7 минут.

Результаты исследования. У всех испытуемых в исходном состоянии выявлена прямая связь между временем задержки и частотой нейрогенной активности (Чн) ($p=0,0009$), что говорит о роли исходного уровня нейро-

генной регуляции сосудистого тонуса и возможной длительности задержки дыхания. В группе испытуемых с задержкой дыхания на выдохе в исходном состоянии обнаружена прямая связь между временем задержки и амплитудой дыхательных движений (Ад) ($p=0,02$) и обратная связь с частотой дыхательных движений (Чд) ($p=0,01$), определяющих кровенаполнение. Длительность задержки соответственно больше у лиц, кровенаполнение у которых регулируется большей амплитудой дыхательных движений, но с меньшей их частотой. В ответ на нагрузку влияние (Ад) не обнаружено, однако Чд ($p=0,03$) продолжает играть роль в регуляции кровенаполнения. Кроме того, выявлено, что исходное кровенаполнение, определяемое амплитудой сердечных осцилляций (Ас) ($p=0,04$), в исходном состоянии обеспечивает более длительную задержку. Длительность задержки положительно статистически связана ($p=0,04$) с максимальной амплитудой дыхательных движений (Ад), определяющей высокие показатели SO_2 в смешанной крови микроциркуляторного русла кожи. В ответ на задержку дыхания регуляция скорости микрогемодинамики кровотока проявляется в прямой статистически достоверной ($p=0,02$) связи между длительностью задержки дыхания на входе и частотой эндотелиальной активности (Чэ), что, по-видимому, связано с увеличением давления крови в микроциркуляторном русле, вызванное созданием давления в грудной клетке, влияющим на возврат крови к сердцу.

Заключение. Обнаружено опосредованное участие центральных механизмов в регуляции периферического кровенаполнения, а также выявлена роль частоты импульсов посылаемых нервными волокнами к микрососудам, влияющих на длительность задержки дыхания. Однако задержка дыхания на выдохе создает напряжение для процессов микроциркуляции, которое можно наблюдать при активации частоты эндотелиальной активности.

К. К. Калюжная, М. С. Санников
**РЕГУЛЯЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ НА ТРЕХКРАТНУЮ
ОККЛЮЗИОННУЮ НАГРУЗКУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ
ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ассистент А. В. Абрамцова*

Актуальность. Влияние вегетативной системы на центральные параметры гемодинамики широко известны, однако её роль в регуляции микрогемодинамики и оксигенации тканей недостаточно изучена, кроме того,

вегетативный профиль важен в прогнозе восстановления кровотока после неоднократных окклюзионных состояниях.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между показателями гемодинамики и вегетативным статусом человека в условиях повторяющихся кратковременных окклюзионных нагрузок у лиц молодого возраста

Объекты и методы исследования. Обследовано 19 юношей методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Оценивали амплитудно-частотный спектр (АЧС) осцилляций кровотока, показатель микроциркуляции (ПМ) и сатурации кислорода гемоглобином (SO_2). Проводилась запись ЛДФ-граммы с последующими окклюзионными пробами (продолжительностью окклюзии -1, 2 и 3 мин.). С использованием индекса Кердо юноши разделены на 2 группы: симпатотоники и парасимпатотоники. Далее проводилась статистическая обработка данных с помощью программы Statistika 7.0

Результаты исследования: у всех обследованных обнаружена связь между показателями значений вегетативного индекса Кердо (ВИК) и (ПМ) в исходном состоянии ($p=0,003$) и после окклюзии ($p=0,002$). Выявлены статистически значимые связи между значениями ВИК и исходными показателями АЧС, определяющих осцилляцию микроциркуляции амплитудой эндотелиальной активности ($p=0,04$); и частотой спектра сердечных сокращений ($p=0,007$); и частотой нейрогенной активности определяющей показатели SO_2 ($p=0,008$). При дифференцированном подходе в анализе проявления регуляции микроциркуляции у симпатотоников выявлены связи, как и в общей группе между значениями ВИК и ПМ ($p=0,02$). Так же между значениями ВИК и амплитудой миогенной активности (осцилляции кровотока) в исходном состоянии ($p=0,02$) и в постнагрузочном ($p=0,04$); и после нагрузки положительная связи между ВИК и миогенной активностью обуславливающей SO_2 ($p=0,04$). В реактивную гиперемию после 2-х минут окклюзии установлена связь между ВИК и ПМ в первые 10 секунд ($p=0,02$). У парасимпатотоников как и в общей группе выявлена связь ВИК с ПМ ($p=0,04$); с частотой сердечных сокращений в исходном состоянии ($p=0,001$) и после окклюзии ($p=0,008$). Показана обратная связь между значениями ВИК и амплитудой эндотелиальной активности ($p=0,02$) для показателя SO_2 . Значение ВИК положительно связано с ПМ в первые секунды гиперемии после 3-х мин. окклюзии ($p=0,03$).

Таким образом, кроме наличия связей ВИК с амплитудно-частотным спектром регуляторных факторов микрогемодинамики различия выявлены между выраженностью симпатотонии, при которой определяются высокие ПМ уже после 2-х минутной окклюзии, тогда, как при парасимпатотонии, чем ниже показатель ВИК, тем меньше ПМ в гиперемию после 3-х мин. окклюзии.

А. Л. Варнаков, Е. А. Мушкачев
**КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЧЕСКИЕ
И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
У СТУДЕНТОВ ПРИ КАРДИОБИОУПРАВЛЕНИИ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент О. В. Сорокин*

Актуальность. Биоуправление — единственная медицинская технология, где пациент из пассивного объекта врачебных манипуляций превращается в активного субъекта лечебно-реабилитационного процесса. М. Штарк (Россия), М. Шварц (США)

Большинство исследователей, занимающихся данным феноменом (биоуправления) в своих работах не задавались вопросом о природе этого явления. Его приняли как удивительную способность человека к управлению своими висцеральными функциями и физиологическими параметрами. При этом в современной литературе отсутствуют сведения об исследованиях, в которых убедительно показали, что биоуправление не есть лишь простое расслабление или эффект плацебо, а активный когнитивный процесс. Без рассмотрения данного вопроса становится затруднительным успешное развитие биоуправления как отдельной области нейрофизиологии.

Цель. изучение изменения спектральных характеристик биопотенциалов мозга во фронтальных и темпоральных отведениях при проведении сеансов биоуправления по длительности сердечных циклов.

Задачами данной работы являются.

- 1) Изучение изменения вариабельности ритма сердца в состоянии физиологического покоя и при биоуправлении
- 2) Изучение изменения показателей ЭЭГ в состоянии физиологического покоя и при биоуправлении
- 3) Провести сравнительный анализ между ЭЭГ данными и данными ВРС

Методика. Для выполнения поставленных задач были обследованы студенты от 18 до 22 лет мужского пола. Была проведена фоновая запись ЭКГ и ЭЭГ в состоянии покоя. Потом была проведена запись ЭКГ и ЭЭГ при кардиобиоуправлении в течении двух сессий (первая — обучающая, вторая — контрольная). Экспозиция каждой отдельно взятой пробы составляет пять минут. Уровень значимости при $p < 0,05$.

Результаты и выводы.

В первой группе (успешной) достоверно ($p < 0,041$): средний уровень RR интервала увеличился (с 742,900 до 752,250) мс; ИН снизился (с 136 до 91); мощность VLF возросла (с 402,9 до 1119,9); ИВР снизился (с 203,9 до 123,2); ВПР снизился (с 7,1 до 5,7).

Во второй группе (неуспешной): RR интервал уменьшился (с 759,2 до 749,9); Амо увеличилась (с 35,5 до 43,7); ИН увеличился (с 91,6 до 144,2); ТР уменьшилось (с 2837,5 до 1908,4); мощность в диапазоне LF уменьши-

лись (с 1042 до 477,100), HF уменьшились (с 595,8 до 395,5); ИВР увеличился (с 150,7 до 223,5); ПАПР увеличился (с 43,6 до 56,3); ВПР увеличился (с 5,6 до 6,6); ВР уменьшился (с 232 до 199) мс.

В группе 2 в F4-отведении наблюдается более высокая мощность спектра в бета-низкочастотном диапазоне, в сравнении с первой, что отражает более высокую степень когнитивного вовлечения в процесс биоуправления. Однако, эффективность этого проявилась в повышении симпатического тонуса и не возможности произвольно снизить частоту сердечных сокращений. Кроме того, в первой группе достоверно выше мощность в дельта диапазоне в F3-отведениях, отражающее состояние медленноволновой синхронизации, связанной с релаксацией.

А.В.Титенко, В.Г. Ефименко
**ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT И TQ У СТУДЕНТОВ ПРИ
ПРОВЕДЕНИИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент О. В. Сорокин*

Актуальность. Сердечный цикл является полифазовым диапазоном. Это объясняется координированием интервалов QT и TQ систоле и диастоле соответственно. Интервал QT — расстояние от начала комплекса QRS до завершения зубца Т. С точки зрения электрофизиологии отражает сумму процессов деполяризации и последующей реполяризации миокарда желудочков. Сегмент TQ совпадает с общей паузой и включает в себя период возбуждения правого и левого предсердий. Исходя из этого, сеансы биоуправления целесообразнее проводить, основываясь на данных о средней длительности диапазонов QT и TQ (вместо средней длительности интервала RR), т.к. при патологии необходимость коррекции будет более определена. В то время как изменение длительности интервала RR характеризует сердечный цикл в целом без учета причинности субдиапазонов.

Цель работы: изучение особенностей вариабельности длительности сердечного цикла, связанных с изменением интервалов QT и TQ диапазонов в условиях ортостаза.

Исходя из поставленной цели, нами были сформулированы следующие **задачи:**

1. Изучить особенности вариабельности ритма сердца в условиях физиологического покоя и при проведении активной ортостатической пробы
2. Сопоставить динамику изменения длительности RR интервалов и динамикой при изменении QT и TQ диапазонов в условиях покоя и при проведении активной ортостатической пробы.

Материалы и методы. Объектами исследования были юноши 18-21 лет, разделенные по вегетативной регуляции на 3 группы: ваготоники, эутоники, симпатотоники. Снятие ЭКГ проводили в режиме фона 5 минут, сразу после этого 5 минут в режиме активной ортостатической пробы. Анализ результатов проводился с использованием Statistica 7.0. непараметрическими методами Ме(25%-75%) . Данная работа является разделом кафедральной темы, регламентированной этическим комитетом НГМУ.

Результаты. В ходе исследования нами получены следующие результаты. Средняя продолжительность сердечного цикла 867,3 (725,9-979,0) мс, индекс стресса 66,7 (33,7-151,2). Амплитуда моды 32,2 (27,0-46,2). Общая мощность спектра 3045,9 (1422,8-6123,7). Процентное соотношение спектра VLF/LF/HF = 30,8/29,9/29,2. После проведения активной ортостатической пробы обнаружены достоверные изменения показателей: укорочение длительности сердечного цикла 867,3 — 663,3 мсек ($p < 0,00048$); увеличение влияния симпатического отдела нервной системы (LFn.u.) 46,1 — 80,1, уменьшение парасимпатического (HF n.u.) 53,9 — 19,9 ($p < 0,002$).

По анализу QT интервала получены следующие данные: среднее значение 334,2 мс, минимальное значение 312 мс, максимальное — 349 мс, вариационный размах 32,5 (20,5-35) мс. TQ: среднее значение 520,8 мс, минимальное значение 388,5 мс, максимальное — 646 мс, вариационный размах 244,5 мс. После проведения ортостатической пробы укоротилась средняя длительность QT с 334,2 мс до 298,9 мс ($p < 0,000013$) и TQ с 520,8 мс до 378,1 мс; вариационный размах QT с 32,5 мс до 51,3 мс.

Выводы. Представляется интересным факт одновременного уменьшения длительности QT и TQ субдиапазонов сердечного цикла при проведении ортостаза в данной возрастной группе, отражающее характерные особенности вегетативной регуляции сердечного ритма.

В.И. Напрюшкина
**ОСОБЕННОСТЬ ВАРИАбельНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ
СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА 12-15 ЛЕТ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент О. В. Сорокин*

Актуальность темы. Онтогенез становления механизмов висцеральной регуляции даёт представление о развитии системных взаимодействий и их роли в процессах адаптации. Исследованию вариабельности ритма сердца у подростков посвящено много отечественных и зарубежных работ, в которых, как правило, не учитываются региональные особенности популяционной выборки. Кроме того, в имеющихся работах не приведены данные о

субфазовом анализе сердечного цикла.

Сейчас в нашем регионе не существует общих нормативных данных о длительности сердечного цикла и его дисперсии в условиях ортостазиса у подростков. К тому же, субфазовый анализ длительности сердечного цикла позволяет глубже оценить механизмы реактивности механизмов регуляции при проведении функциональных проб.

Целью работы явилось выделение нормативных диапазонов ВРС у подростков среднего школьного возраста в возрасте 12-15 лет.

Задачи. Изучить характерные изменения длительности сердечного цикла в условиях физиологического покоя и активной ортостатической пробы. Предложить ориентировочные нормативные диапазоны кардиоинтервалографических параметров в данной возрастной группе.

Методы и материалы. Критерии включения в исследование: возраст 12-15 лет, отсутствие хронических соматических и психических заболеваний, вредных привычек.

Данная работа является разделом кафедральной темы, регламентированной этическим комитетом НГМУ.

Проводилась запись электрокардиограммы (с помощью прибора «Веда-Пuls», компания Биоквант, Новосибирск) и измерение артериального давления.

Результаты. Установлено, что средняя длительность сердечного цикла составляет 679,1 (547,9 – 779,4) мс. Индекс напряжения регуляторных систем соответствует состоянию эутонии и равен 83,8 (57,1-126,3). Средние значения общей мощности спектра соответствуют 3306,7 (2310,6-5298,7). Процентное соотношение диапазонов: VLF(%)=27,25(14,3-35,9), LF(%)=30,2(21,5-46,9), HF(%)=35,4(24,6-42,7).

При проведении активной ортостатической пробы модальная длительность сердечного цикла уменьшилась с 0,70 (0,63-0,78) до 0,55 (0,53-0,58), что отражает положительный хронотропный эффект симпатического отдела ВНС.

Выводы. Нами показаны предварительные нормативные диапазоны кардио-интервалографических параметров в данной возрастной группе.

Н.А. Радченко, Ю. К. Воронина **ВИРТУАЛЬНАЯ 3D РУКА – КАК СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ДВИЖЕНИЯ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент, к.м.н. О. В.Сорокин*

Актуальность. В настоящее время инвалидизация вследствие неврологических патологий занимает первое место среди всех причин первичной

инвалидности, при этом треть больных, перенесших инсульт, составляют лица трудоспособного возраста, однако, к труду возвращается только каждый пятый больной. Тяжелые последствия инсульта в виде двигательных, речевых и иных нарушений, значительно снижают качество жизни, как самих больных, так и их ближайших родственников.

К тому же широкая распространенность черепно-мозговых и спинальных травм, а также высокая инвалидизация больных и при многих других неврологических заболеваниях обосновывают необходимость особого внимания к проблеме реабилитации в неврологии. Применение реабилитационных мероприятий позволяет не только уменьшить степень инвалидизации больных, восстановить навыки самообслуживания и самостоятельного передвижения, но и во многих случаях вернуть трудоспособность в ограниченном или полном объеме.

Цель исследования. На основании алгоритмирования реципрокной активности мышц и биопотенциалов мозга разрабатывается виртуальная модель руки, которая является промежуточной целью для создания виртуального тела и виртуальной реальности.

Осуществляя навигацию в мире зрительных образов, сгенерированных компьютером, человек одновременно получает возможность направлять работу компьютерной техники. Новые возможности оборудования как бы позволили человеку шагнуть внутрь компьютера, привнося с собой чисто человеческие способности ориентироваться внутри визуальных образов, эмоций, чувства, интуицию, то есть все то, что недоступно неодушевленному компьютеру.

Помимо выполнения работы в сети, также возможен выход через робототехнику для взаимодействия с окружающим пространством, восстановить навыки самообслуживания и самостоятельного передвижения.

Результаты исследования. При разработке алгоритмов для создания программного обеспечения в качестве исходного материала использованы параметры, рассчитанные при регистрации биопотенциалы мышц сгибателей и разгибателей 1-го и 5-го пальцев руки.

Электроды накладывались на проекции мышц 1-го пальца: сгибатель — *m. abductor pollicis brevis*, разгибатель — *m. extensor pollicis longus*. 5-го пальца: сгибатель — *m. flexor digiti minimi*; разгибатель — *m. extensor digiti minimi*. Зарегистрированы усреднённые биопотенциалы с мышц показывающие достоверные различия при оппозитных движениях в суставе.

Нами разработан алгоритм, основанный на вычислении амплитудно-частотных характеристик биопотенциалов мышц, позволяющий создать математическую модель для проведения миографического биоуправления, который ляжет в основу модели виртуальной 3D руки.

О.В. Кисленок, С. А. Ледовских
**ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И РЕГУЛЯЦИИ
СЕРДЕЧНОГО РИТМА У СТУДЕНТОВ ПРИ
БИОУПРАВЛЕНИИ**

*Кафедра нормальной физиологии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент О.В. Сорокин*

Актуальность темы. В настоящее время нет сомнений, что в основе многих заболеваний лежат нарушения микроциркуляции. Непосредственное влияние на её состояние оказывает деятельность сердца — сердечные ритмы. Висцеральное биоуправление по ЧСС, активизируя механизмы саморегуляции, способствует поддержанию нормального функционирования нутритивного русла. Регистрируя длительность кардиоинтервалов, возможно проводить анализ вариабельности сердечного ритма. Сегодня одним из основных методов изучения микроциркуляции в клинической практике является лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ).

Цель: выявление особенностей в механизмах регуляции сердечным ритмом и тонусом сосудов при проведении сеансов биоуправления

Задачи:

1. Изучить особенности вегетативной регуляции сердечного ритма у студентов
2. Изучить особенности регуляции микроциркуляции у студентов
3. Выявить различия, связанные с изменением сердечного ритма

Материалы и методы. Обследованы 16 студентов в возрасте 18–20 лет мужского пола. Оценка состояния микроциркуляторного русла проводилась с использованием неинвазивного метода ЛДФ в спокойном состоянии и при биоуправлении. Каждый сеанс записи длился 5 минут. В результате исследования произошло деление испытуемых на две группы: 1 группа — с эффективным биоуправлением, 2 — с неэффективным. Данная работа является разделом кафедральной темы, регламентированной этическим комитетом НГМУ. Анализ результатов проводился с использованием Statistica 7.0. непараметрическими методами. Представлены значения медианы и интентивного размаха параметров.

Результаты. В ходе исследования нами выведены предварительные диапазоны в данной возрастной группе. Средняя длительность сердечного цикла 743,8 (699,0–800,6); индекс стресса 118,9 (83,0–148,6), что указывает на состояние незначительной симпатикотонии; общая мощность спектра 2276,9 (1579,9–3150,5); процентное соотношение VLF/LF/HF = 37,35/37,7/19,2. Среднее значение перфузии 9,3 (7,5–10,3); пиковая частота в диапазоне нейрогенной регуляции сосудистого тонуса со стороны — 0,043 (0,036–0,043); пиковая частота связанная с вазомоциями — 0,137; частота связанная с дыхательной модуляцией сосудистого тонуса 0,432

(0,431–0,433); частота связанная с кардиогенной модуляцией сосудистого тонуса 1,22 (1,218–1,222).

Выводы. После сеансов биоуправления в первой группе (с эффективным биоуправлением), в сравнении со второй (неэффективное биоуправление), повысилась частота миогенных вазомоций (с 0,137 до 0,139), что связано со снижением сосудистого тонуса; в то время как во второй группе произошло снижение частоты вазомоций (с 0,137 до 0,1355), что указывает на склонность к вазоконстрикции. Данный феномен может указывать на возможность когнитивной регуляции в условиях биологически обратной связи сосудистого тонуса. Указанное обстоятельство является важным основанием к возможности применения биоуправления у людей с патологией сосудистого тонуса.

М.Г. Карпова, А.С. Сокол
**ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ
ДЛИТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА ДЕТЕЙ
СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. доцент О.В.Сорокин*

Актуальность темы. Онтогенез становления механизмов висцеральной регуляции даёт представление о развитии системных взаимодействий и их роли в процессах адаптации. Исследованию вариабельности ритма сердца у подростков посвящено много отечественных и зарубежных работ, в которых, как правило, не учитываются региональные особенности популяционной выборки. Кроме того, в имеющихся работах не проведены данные о субфазовом анализе сердечного цикла.

Сейчас в нашем регионе не существует общих нормативных данных о длительности сердечного цикла и его дисперсии в условиях ортостаза у подростков. К тому же, субфазовый анализ длительности сердечного цикла позволяет глубже оценить механизмы реактивности механизмов регуляции при проведении функциональных проб.

Целью нашей работы явилось выделение нормативных диапазонов ВРС у подростков старшего школьного возраста.

Задачи:

1. Изучить характерные изменения длительности сердечного цикла в условиях физиологического покоя и активной ортостатической пробы.
2. Предложить ориентировочные нормативные диапазоны кардиоинтервалографических параметров в данной возрастной группе.

Методы и материалы. Критерии включения в исследование: возраст 16–17 лет, отсутствие хронических соматических и психических заболеваний, вредных привычек.

Перед участием в исследовании школьники подписывали информированное согласие. Данная работа является разделом кафедральной темы, регламентированной этическим комитетом НГМУ.

Проводилась запись электрокардиограммы (с помощью прибора «Веда-Пульс», компания Биоквант, Новосибирск) и измерение артериального давления.

Анализ результатов проводился с использованием Statistica 7.0. непараметрическими методами. Представлены значения медианы и интерквартильного размаха параметров.

Результаты данных. Установлено, что средняя длительность сердечного цикла составляет 786,8 (688,7–886,1) мс, что при ЧСС=75 соответствует 10,5 циклам. Индекс стресса соответствует состоянию эутонии и равен 66,8 (29,1–136,3). Амплитуда моды, отображающая цену адаптации, соответствует значению 33,5 (21,4–42,1). Средние значения по уровню общей мощности спектра (TP) соответствуют 3155,8 (1494,4–8609,1). Процентное соотношение диапазонов: VLF(%)=37,7 (4,2–72), LF(%)=26,6 (5,9–45,1), HF(%)31,6 (10,2–74,4)

Нами обнаружено, что при проведении активной ортостатической пробы происходило уменьшение длительности сердечного цикла с 786,8 мс до 668,2 мс. При этом особенностью данной возрастной группы является то, что происходит достоверное уменьшение доли парасимпатических влияний, что отражается в показателях HF(%) с 31,6 до 15,6; происходит увеличение доли симпатических влияний LF(%) с 26,6 до 58,4.

Таким образом нами предложены данные о нормативных диапазонах для кардиоинтервалографических параметров в условиях физиологического покоя и ортостаза.

Е.В. Полежаева М. А. Колесникова
**ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ
ДЛИТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА У ДЕТЕЙ
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент О. В. Сорокин*

Актуальность. В Сибирском регионе не существует нормативных данных о дисперсии субфаз сердечного цикла в условиях физиологического покоя, которые могли бы учитывать эколого-географические и фенотипические особенности. Не изучены механизмы реактивности по данным субфазного анализа сердечного цикла интервала QT и TQ, в связи с чем представляется актуальным вывод примерных нормативных показателей их вариабельности у детей младшей школы в возрасте 7–9 лет в условиях покоя и ортостатической пробы.

Цель работы: изучение особенностей вегетативной регуляции сердечного ритма у детей младшей школы в возрасте 7–9 лет

Методы и материалы. Критерии включения в исследование: возраст 7–9 лет, отсутствие хронических соматических и психических заболеваний, вредных привычек. Перед участием в исследовании школьники подписывали информированное согласие. Данная работа является разделом кафедральной темы, регламентированной этическим комитетом НГМУ. Проводилась запись электрокардиограммы (с помощью прибора «ВедаПульс», компания Биоквант, Новосибирск) и измерение артериального давления. Анализ результатов проводился с использованием Statistica 7.0. непараметрическими методами Ме(25%–75%) .

Задачи: 1.Изучить характерные изменения длительности сердечного цикла в условиях физиологического покоя и активной ортостатической пробы.2.Предложить ориентировочные нормативные диапазоны кардиоинтервалографических параметров в данной возрастной группе.3.Изучить дисперсию интервалов QT и TP у подростков

Результаты. Нами предложены предварительные нормативные диапазоны кардиоинтервалографических параметров для школьников возрастной группы 7-9 лет :

— RRNN — средняя длительность сердечного цикла 617.8 (594.0-682.4)

— IN — индекс стресса = 148,8(226,4–107,9), что отражает фоновую симпатикотонию.

— Среднее групповое значение общей мощности спектра для данной возрастной группы составляет 1789,6(1279,9–2594,4), при этом доля VLF (%) =38,2, LF(%) = 28,9, HF(%) = 34.1

— интервал QT = 293,6(282,2–312,2), интервал TQ =324,1(298,8–407,8)

При проведении ортостатической пробы в данной возрастной группе наблюдается закономерные изменения:

— средняя длительность сердечного цикла уменьшается с 617,8 до 535,9 (мс)

— индекс напряжения увеличивается с 148,8 до 178,5

— общая мощность спектра снижается (с 1789,6 до 835,9 мс2)

— происходит снижение мощности спектра в LF (с 420,2 до 230,5) и HF(с 525,5 до 246,1) диапазонах.

— происходит уменьшение интервала TQ (с 324,1 до 256,4 мс), лежащее в основе уменьшения длительности сердечного цикла, а интервал QT остается неизменным, что указывает на особенность реактивности на ортостаз в данной возрастной группе.

Выводы. Мы изучили характерные изменения длительности сердечного цикла в условиях физиологического покоя и активной ортостатической пробы. Предложили ориентировочные нормативные диапазоны кардиоинтервалографических параметров в данной возрастной группе. Изучили особенности дисперсии интервалов QT и TP.

Д. О. Тайшин¹, В. Ю. Дружинин^{2*}
**ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ
ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ
БИОУПРАВЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ СЕРДЕЧНЫХ
СОКРАЩЕНИЙ**

¹Новосибирский государственный университет

²Кафедра нормальной физиологии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: к.м.н., доцент М. А. Суботялов,

к.м.н., доцент О. В. Сорокин

Проблеме модификации вариабельности сердечного ритма с использованием принципа биологической обратной связи (БОС), несмотря на ее актуальность, посвящены лишь единичные работы. Кроме того, представляется актуальным определение связи между различиями в эффективности биоуправления и особенностями личности, психофизиологическим статусом и особенностями вегетативной нервной системы. Это свидетельствует об актуальности исследований, направленных на оценку эффективности адаптивного биоуправления длительностью сердечных сокращений, и установление зависимости его результативности от индивидуально-типологических характеристик человека. К настоящему времени известны работы, в которых описаны психологические особенности личности, а также ряд работ, посвященных изучению тех или иных психофизиологических характеристик и особенностей вегетативной нервной системы, которые влияют на успешность БОС-тренинга. Имеющихся данных недостаточно для создания полноценного «индивидуально-типологического портрета» личности, способствующего эффективному биоуправлению.

Цель исследования: изучить психофизиологические, психологические и морфофункциональные особенности личности, реализующиеся в процессе адаптивного биоуправления длительностью сердечного цикла.

Исследование проводилось на базе кафедры нормальной физиологии Новосибирского государственного медицинского университета. В обследовании приняло участие 27 юношей в возрасте от 18 до 21 года. Сеанс биоуправления проводился с помощью аппаратно-программного обеспечения «КардиоБОС» и состоял из записи фоновой кардиоинтервалограммы и 3-х сессий биоуправления длительностью сердечных сокращений.

Из антропометрических показателей измерялись длина и масса тела, окружность грудной клетки, высчитывался индекс Пинье. Психофизиологические параметры определялись с помощью компьютерной программы «НС-ПсихоТест». Применялись следующие методики: память на числа, память на образы, простая зрительно-моторная реакция, реакция на движущийся объект, оценка внимания, распределение и переключаемость внимания (черно-красная таблица Шульте-Горбова), теппинг-тест. При изучении психологических особенностей использованы опросник А. Басса и А. Дарки, Ч. Д. Спилбергера-Ю. Л. Ханина, К. Томаса, тест Кеттелла.

На основании полученных данных сформирован «индивидуально-типологический портрет» личности, способствующий эффективному биоправлению длительностью сердечных сокращений. Обнаружен ряд достоверных отличий. Например, у таких личностей из антропометрических показателей выше рост. Из психофизиологических характеристик концентрации внимания ниже. При оценке психологических особенностей они отличаются оптимизмом, жизнерадостностью, эмоциональностью, общительностью, они не склонны выполнять общественные стандарты и нормы, могут пренебрегать ими в своих собственных интересах, склонны к непостоянству. Среднее время между сердечными сокращениями по итогу последней сессии БОС-тренинга оказалось достоверно больше, мода также оказалась выше, что свидетельствует о меньшей активации симпатического звена регуляции.

Полученные данные об особенностях организма и личности позволяют прогнозировать успешность БОС-тренинга и целесообразность его практического применения.

Р.А. Гагин, В.В. Курилин*

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БЕЛКА ВИРУСА НАТУРАЛЬНОЙ
ОСПЫ (VARV-CRMB) НА TNF-ОПОСРЕДОВАННОЕ
СОЗРЕВАНИЕ ДЕНДРИТНЫХ КЛЕТОК
УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ДОНОРОВ**

*Кафедра клинической иммунологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: академик РАМН,
д.м.н., профессор В. А. Козлов*

Актуальность проблемы. Фактор некроза опухолей (TNF) является важным регулятором функционирования иммунной системы. Гиперпродукция TNF приводит к развитию патологических состояний человека и животных, сопровождающихся хроническими воспалительными и/или аутоиммунными реакциями. Вирусы рода *Orthopoxvirus* семейства *Poxviridae* детерминируют синтез секретируемых белков вироцепторов, которые функционируют как связывающие цитокины белки и одним из таких вироцепторов у VARV, CPXV и MPXV является продукт гена CrmB – TNF связывающий белок.

Цель исследования. Выяснить влияние белка вируса натуральной оспы (VARV-CrmB) на TNF-опосредованное созревание дендритных клеток условно здоровых доноров.

Материал и методы. В работе использовалась периферическая кровь условно здоровых доноров, (n=8) из крови которых выделяли мононуклеарные клетки (МНК) стандартным методом на градиенте фиколла-

урографина. После этого из общего пула МНК в процессе инкубации выделяли клетки с повышенной адгезивной способностью. Прилипшую фракцию клеток культивировали и затем добавляли 50 нг/мл рчГМ-КСФ, 100 нг/мл рчИЛ-4 на срок 48 ч для получения незрелых дендритных клеток. В работе использовали рекомбинантный TNF (r-TNF), выделенный из бактериального штамма-продуцента, белок VARV-CrmB.

Для исследования нейтрализующего влияния вирусного белка VARV-CrmB на эффекты TNF на созревание дендритных клеток была выбрана концентрация белка исходя из соотношения – 200 нг/мл белка на 2 нг/мл TNF. После инкубации образцы растворов добавляли в культуру незрелых дендритных клеток.

Результаты. После добавления TNF, прединкубированного с VARV-CrmB, к незрелым дендритным клеткам показана отмена эффекта TNF на созревание дендритных клеток, выявлено достоверное изменение экспрессии ($p < 0,05$) CD14, CD83 и CD83/86 на культивируемых клетках.

Добавление белка VARV-CrmB в культуру незрелых дендритных клеток, без использования TNF, не вызывало достоверных изменений по сравнению с исходным состоянием.

Выводы. Полученные результаты показали, что ортопоксвирусный белок VARV-CrmB обладает TNF-нейтрализующим действием, отменяя эффекты TNF на созревание дендритных клеток. Самостоятельно вирусный белок не оказывает блокирующего действия на созревание дендритных клеток.

В.А. Вечканов
**ЭФФЕКТ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО
ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ТЕРАГЕРЦОВОГО
ДИАПАЗОНА НА ОСМОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ
КРЫСЫ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент О. В. Папафилова*

В настоящее время в медицине, системах безопасности, научных исследованиях, системах связи и т.д. используется электромагнитное излучение терагерцового диапазона. Оно включает в себя миллиметровую, субмиллиметровую, а также длинноволновую часть инфракрасного спектра волн, биологические эффекты которых пока еще недостаточно выяснены.

Цель нашего исследования — изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения терагерцового диапазона на осморезистентность эритроцитов крысы с помощью методики, которая еще не применялась в работе с

данным типом излучения. Исследуемым материалом служили клетки крови крысы. Пробы по 5 мкл цельной гепаринизированной крови помещали в полиэтиленовые капилляры (внутренний радиус 1,5мм), один конец которых герметично закрывала плёнка из парафилма (parafilm-M), со степенью поглощения излучения 18–22%. Итоговая концентрация эритроцитов в капилляре была $5,2 \times 10^{12}/л$, а их общее число — $26...29 \times 10^6$ единиц. Толщина слоя эритроцитов составила около 321мкм, а расчётное число клеток моно слоя, непосредственно контактирующих с плёнкой из парафилма, составляло $0,182 \times 10^6$ единиц. Для облучения опытный образец размещали в фиксированном зажиме закрытым концом по направлению к излучению на расстоянии 5 см от центра фокусирующего зеркала на 1 час, что обеспечивало непосредственное попадание радиации на объект. После завершения экспозиции, капилляры с пробами вставляли открытым концом вниз в конусовидные пластиковые пробирки с предварительно налитым в них физиологическим раствором (объём 10мкл), для предотвращения механических повреждений эритроцитов при их извлечении из капилляров путём центрифугирования (5 мин при 3000 об/мин). Затем в них добавляли по 85 мкл физиологического раствора. Итоговый объём каждой пробы составил 100мкл. В заранее приготовленные изоосмотический и гипоосмотические растворы объемом 180мкл, вносили по 20 мкл эритроцезвеси. Через 5 минут к пробе добавляли 100 мкл 0,2% раствора трипанового синего окрашивающего нежизнеспособные клетки. Далее производили подсчёт живых эритроцитов в камере Горяева. Для определения среднего количества эритроцитов в малом квадрате емкостью 0.00025 мкл их просчитывали не менее 160. Для исключения влияния фактора спонтанного гемолиза и технических погрешностей, степень гемолиза определяли в процентных долях относительно пробы, помещённой в физиологический раствор. В результате исследования было установлено, что при концентрациях гипоосмотического раствора хлорида натрия, равной 0.52%, 0.50% и 0.48% уменьшается степень устойчивости облучённых эритроцитов по сравнению с контрольными образцами на 0.6%, 5% и 14.5% соответственно. Следовательно, несмотря на очень низкую мощность излучения (10–99 нВт), используемого нами лазера, мембраны облученных эритроцитов крысы отреагировали снижением устойчивости к гипоосмотическому действию растворов. Подобные результаты были получены менее чувствительными методами других исследователей (Pogodin A.S. et al 2004) при использовании более мощных лазеров с интенсивностью излучения до 20 мВт. Проведенные исследования подтверждают возможность применения полученных результатов о влиянии лазерного излучения терагерцового диапазона для создания диагностических методик в биологических исследованиях, а также для разработки санитарно-гигиенических нормативов.

ФИЛОСОФИЯ

Е.О. Хмелевская, В.О. Свечникова,
Е.А. Филоненко

ИМЕЕТ ЛИ ПРАВО ВРАЧ БЫТЬ ОБЫВАТЕЛЕМ?

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Н.Г. Уланова*

В настоящее время только и слышно, что престиж нашей будущей профессии врача падает. Кто в этом виноват? Сами врачи или люди, наговаривающие на них? По данным одного соцопроса отрицательные человеческие качества медицинских работников являются причиной падения престижа врача у 48% опрошенных людей. Какими же качествами должен обладать врач, чтобы с гордостью нести свою профессию и чувствовать уважение со стороны общества? Имеет ли он право быть средним гражданином своей страны, заботящемся лишь о своих интересах? В своей работе мы осветили эти и некоторые другие вопросы, касающиеся нашей будущей профессии.

М.О. Буркацкая
ФИЛОСОФИЯ ЛЮБВИ Э. ФРОММА

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филос.н., доцент Н. В. Цепелева*

Вопрос о том, что такое любовь, что значит «любить» и «быть любимым», будет актуальным и важным для всех людей и во все времена. Философы с давних пор пытались осмыслить феномен любви и предлагали свои

трактовки этого чувства. В работе «Искусство любить» Э. Фромм (Фромм Э. Искусство любить. СПб.: Азбука-Классика, 2007. 224 с.) показывает, что любовь — не сентиментальное чувство, испытать которое может испытать всякий человек. Фромм возвращается к традиционному пониманию любви, в отличие от Фрейда, как духовной способности. Мыслитель пишет, что любовь — это единство с кем-то или чем-то при условии сохранения Я.

Фромм хочет показать, что все попытки любви обречены на неудачу, если человек не стремится более активно развивать свою личность в целом, чтобы достичь продуктивной ориентации; что удовлетворение в индивидуальной любви не может быть достигнуто без способности любить ближнего, без истинной человечности, отваги, веры и дисциплины. В современной культуре, где эти качества редки, обретение способности любить обречено оставаться редким достижением. Фромм ценит в любви активность и ее дающее начало. Любовь не ограничивается одним человеком. Она включает заботу, ответственность, уважение и знание. Знание предполагает видение человека вне своих иллюзий и постижение «тайны человека».

Фромм рассказывает о различных типах любви. Вместе с характеристикой различных видов любви мыслитель особо останавливается на проблемах, связанных с современным пониманием любви молодыми людьми, отмечая у большинства людей желание «иметь» в любви, а не «быть». Главная проблема современной любви, отмечает Фромм, состоит в том, что люди стремятся быть любимыми, но не любить. Значит, сущность проблемы для них в том, чтобы их любили, чтобы они возбуждали чувство любви к себе. К достижению этой цели они идут несколькими путями. Первый путь, используемый мужчинами, заключается в том, чтобы стать удачливым, сильным и богатым. Другой путь, используемый обычно женщинами, состоит в том, чтобы быть привлекательной, иметь так называемый «товарный вид». Иные пути обретения собственной привлекательности, используемые и мужчинами, и женщинами, состоят в том, чтобы выработать хорошие манеры, умение вести интересную беседу, сострадательность, скромность, непритязательность, милосердие.

Однако существует и иное понимание духовности, а отсюда и иное понимание любви, которое дает христианская традиция. В статье В. Ш. Сабирова, посвященной данной проблеме, говорится о том, что любовь — это не что иное, как желание вечной жизни с любимым, возможной только в Боге (Сабиров В.Ш. Любовь как откровение личности — божественной и человеческой // Человек. 2003. № 5,6,7). Любовь — это живое единство любящих в общении, опосредованное Богом. Здесь отмечается, что любовь требовательна, ревнива и деятельна. Она представляет собой тернистый путь, по которому может пройти человек, прежде всего любящий Бога и образ Божий в любимом. Кроме того, любовь в христианстве сопряжена с волей и разумом. Это заповедь, предписание, а не эмоция или чувство.

Таким образом, разное понимание духовности современной светской и религиозной (христианской) культурой ведет к различной трактовке феномена любви. Фромм правильно констатирует проблемы, возникающие в современной ему культуре, связанные с утратой человеком способности любить, однако он, как и многие ему подобные мыслители, уповает только на разум и волю человека в развитии чувства любви. Философ не видит в вере основу любви.

О.С. Чернова, Ю.В. Пузь
**ЛЮБОВЬ: МЕТАФИЗИЧЕСКИЕ
И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЮБВИ**

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: доцент А.В. Хлебалин*

Актуальность. Чувство любви всегда волновало сердца людей во все времена. Такое известное и в то же время совсем непонятное чувство. Его трудно объяснить, понять и ещё сложнее выразить. Любовь – чувство, которое невозможно объяснить, взаимопонимание, восхищение, чувство привязанности и зависимости от другого человека, которое рождается в душе человека. Или же это физиологический процесс, при котором ряд биологически активных веществ действует на центральную нервную систему и мы испытываем ряд ощущений.

Цель. Выяснить является ли любовь физиологическим процессом, в основе которого лежит действие биологически активных веществ на организм человека, или это исключительно духовный аспект, соизмеримый с человеком, и с Богом, и с природой, и с обществом.

Задачи:

1. Исследование метафизического и физиологических аспектов любви, в их гармонической взаимосвязи.
2. Рассмотреть основные категории любви.
3. Оценить отношение различных знаменитых философов к данной проблеме.
4. Выяснить отношение студентов к любви на основе анкетирования.

Методы исследования:

1. Метод сравнительного анализа;
2. Анализ и синтез литературных данных;
3. Метод статистического анализа.

Основные положения работы.

1. Физиологический аспект. Биологически активные вещества, которые влияют на проявление различных чувств, которые мы называем «любовью». Инстинкт продолжения рода, как движущая сила любви. Действие феромонов на организм.

2. Метафизический аспект. Любовь — универсальное, многоплановое отношение к миру, в котором реализуется представление человека о ценностях жизни. Любовь — одна из фундаментальных и общих тем в мировой культуре и искусстве. Рассуждения о любви и её анализ как явления восходят к древнейшим философским суждениям. Любовь рассматривается также как философская категория, в виде субъектного отношения, интимного избирательного чувства, направленного на предмет любви. Классификация форм любви.

3. Демонстрация статистических данных. Взаимосвязь метафизического и физиологического начала в сущности любви. Заключение.

А.Е. Горелова
ВРЕМЯ. ПРОСТРАНСТВО. ИЗМЕРЕНИЕ

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филос.н., доцент М. Б. Софиеенко*

Мы, люди разумные, часто задаём себе или другим, окружающим нас и похожим на нас, следующие вопросы: «Что такое время? Зачем оно нужно? Какое оно? И где оно? В пространстве? А что такое пространство? Из чего оно? Как его измерить? А чем измерять и каким способом? Но возможно ли это? Реально ли? И зачем»? Наверное, самый частый вопрос — последний. И правда, зачем? Может затем, чтобы утешить свое любопытство и с уверенность сказать: «Я знаю!», но «знаю» ли я, что я «знаю»? В философии время — это необратимое течение, протекающее лишь в одном направлении — из прошлого через настоящее в будущее, внутри которого происходят все существующие в бытии процессы, названные факты.

Дмитрий Баранов «В ритме временной спирали»: «Время — это всего лишь небольшая расколотая пополам похожая на ДНК спираль. И не более. Но и не менее. Время — это нечто. Время — это ничто». Я предполагаю схожесть времени со спиралевидной структурой ДНК, но её «раскол» кажется мне фантастикой. Как можно представить себе расколотое пополам нечто и назвать его временем. Разбитое блюдо можно склеить, а время? Неужели им можно управлять? Управление временем, организация времени — это технология организации времени и повышения эффективности его исполь-

зования. Допустим, можно. Тогда и повернуть вспять или путешествовать по нему тоже реально. Путешествия во времени — гипотетическое перемещение человека или другого объекта из настоящего в прошлое или будущее. Это связано и с перемещением в пространстве.

Пространство — 1) форма созерцания, восприятия представления вещей, основной фактор высшего, эмпирического опыта; 2) способ существования объективного мира, неразрывно связанный со временем. Античная философия и наука не знают пространства в том виде, каком оно известно современной философии и науке, а именно как то «где», в котором происходят процессы и движения, познаваемые с неизменной точностью и описываемые математически. Пространство и время, всеобщие формы существования материи. Пространство и время не существуют вне материи и независимо от неё. Для измерения пространственных и временных величин пользуются системами отсчёта. Пространство само по себе (абсолютное пространство) есть пустое «вместилище тел», абсолютно неподвижное, непрерывное, однородное и изотропное, пронизываемое — не воздействующее на материю и не подвергающееся её воздействиям, бесконечное; оно обладает тремя измерениями.

Измерение — совокупность операций для определения отношения одной (измеряемой) величины к другой однородной величине, принятой за единицу, хранящуюся в техническом средстве (средстве измерений). Что же такое «другие измерения»? Согласно заявлению ученых Кембриджского и Принстонского университетов, «Большому взрыву», благодаря которому из пустоты якобы возникла Вселенная, предшествовал «Большой всплеск». «Большой всплеск» произошел в многомерном пространстве с одиннадцатью измерениями, шесть из которых свернуты в микроскопические нити. Энергия этого всплеска и породила «Большой взрыв», который в свою очередь и породил, видимую материю и время, нашу Вселенную, которая теперь «соседствует» с другой невидимой. Некоторые, даже предполагают, что в параллельном измерении существуют существа, в нашем понимании «боги». Боги — с научной точки зрения наиболее близкое определение «существа, обладающие несравнимыми для нас возможностями», вполне возможно, что действия многомерных существ воспринимается нами как «бог». В библии говорится о двух твердях, небесной и земной. Может они, как два пространства, представляют собой четырехмерное и трехмерное измерения? Есть человек в трехмерном измерении, то Бог — в четырехмерном, которое вмещает в себя трехмерное (может даже не одно) измерение. Значит, вселенная можем быть частью Бога?

Так как же время связано с пространством и измерением? Какую структуру, доступную человеческому разуму, а может недоступную, оно имеет и как это доказать?

В.Ю. Дружинин*

**БХАГАВАД-ГИТА В КОММЕНТАТОРСКОЙ ТРАДИЦИИ
ГАУДИЯ-ВАЙШНАВОВ**

*Кафедра нормальной физиологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филос.н., доцент А. В. Ярославцева*

Роль Бхагавад-Гиты (Bhagavad-Gītā) как философского и религиозного текста велика. Наряду с Брахма-сутрой и Упанишадами она входит в праствана-траю, три базовых текста, комментарии на которые необходимы для установления какой-либо школы в русле философии Веданты. Одной из школ Веданты является ачинтья-бхеда-абхеда-вада, на философском базисе которой зиждется бенгальский (Гаудия) вайшнавизм, широко распространённый за пределами Индии, в том числе и в России. Выдающимися мыслителями этой школы являются Джива Госвами (XVI в.), Вишванатха Чакраварти Тхакура (XVII-XVIII вв.), Баладева Видьябхушана (XVII-XVIII вв.), Бхактивинода Тхакура (1838-1914) и многие другие. Одним из её ярких представителей в XX веке был Бхактиведанта Свами (1896-1977). Хотя Джива Госвами, крупнейший теолог бенгальского вайшнавизма, не комментировал Бхагавад-Гиту полностью, он часто цитировал её в своём фундаментальном труде «Шат-сандарбха» (более 100 раз), разъясняя различные аспекты гаудия-вайшнавского богословия. Первый законченный комментарий на Бхагавад-Гиту в этой традиции принадлежит перу Вишванатхи Чакраварти Тхакура (XVII век), и известен под названием Сарартха-варшини-тика (Sārārtha-varṣiṇī-ṭīkā). Этот комментарий достаточно краток, устанавливая, как правило, позицию гаудия-вайшнавов по тому, или иному вопросу. Часто автор ссылается на Бхагавата-пурану, показывая тем самым её исключительное значение для теологии бенгальского вайшнавизма. Идеи Вишванатхи часто оригинальны, по сравнению с комментариями его предшественников в других школах Веданты (Шридхара, Мадхва, Рамануджа). Ученик Вишванатхи Чакраварти Тхакура, Баладева Видьябхушана, написал монументальный комментарий на Бхагавад-Гиту под названием Гита-бхушана-бхашья (Gītā-bhūṣaṇa-bhāṣya) в начале XVIII в. Его комментарий достаточно обширен, даёт детальное объяснение стихов, тесно связан с трактатом Говинда-бхашья (Govinda-bhāṣyam), который является толкованием гаудия-вайшнавов на Брахма-сутру (Веданта-сутру). Следующий комментарий был написан на бенгали Бхактивинодой Тхакуром в 1886 году и известен как Расика-ранджана (Rasika-rañjana). Пятью годами позже, в 1891 году, Бхактивинода издал ещё один бенгальский комментарий на Бхагавад-Гиту под названием Видвад-ранджана (Vidvad-rañjana). Последний на сегодняшний день комментарий принадлежит перу Бхактиведанты Свами, изданный на английском языке в 1968 году издательством Collier под названием

Bhagavad-Gītā As It Is, а в 1972 году издательством Macmillan с приведением санскритского текста. В своих комментариях Бхактиведанта Свами следует за своими предшественниками, и прежде всего за Баладевой. Комментарии Бхактиведанты доступны пониманию широких масс людей, в отличие от его предшественников, трактовки которых больше рассчитаны на подготовленного читателя. Бхагавад-Гиту как она есть отличает забота о понимании и простота изложения философских тем. Таковы существующие комментарии на Бхагавад-Гиту в традиции бенгальского вайшнавизма.

М.Ю. Ивлева
**АНТУАН ДЕ СЕНТ-ЭКЗЮПЕРИ КАК ФИЛОСОФ:
ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ДЕТСКОГО СОЗНАНИЯ К ВЗРОСЛЫМ
ОТКРЫТИЯМ**

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филос.н., доцент М. Б. Софиенко*

Во все времена человечество волновали вопросы о том, что такое истина, любовь, где искать цель жизни, и как к ней стремиться. Антуан де Сент-Экзюпери — французский летчик, один из интереснейших писателей-философов XX века, попытался ответить на них по-своему. В представленной работе, на примере сказки «Маленький принц», мы рассмотрим и проанализируем размышления писателя, его ответы на «вечные вопросы» во всей их необыкновенности и философской глубине. В результате проведенной работы будут исследованы и раскрыты некоторые из основных взглядов А. Сент-Экзюпери.

Произведение «Маленький принц» многим знакомо с детства, но это отнюдь не детская сказочка, а, скорее, философская сказка. За, казалось бы, простым и незатейливым сюжетом скрывается глубокий смысл. В отвлеченном виде, прибегая к иносказанию, широко используя метафоры и символы, автор затрагивает темы космического масштаба: добра и зла, жизни и смерти, человеческого бытия, истинной любви, дружбы, нравственной красоты, бесконечного одиночества и многие другие.

Образы этого произведения, написанного в традициях романтической философской сказки, глубоко символичны: мы можем только догадываться о том, что хотел сказать нам автор. Маленький принц, вероятно, является символом человека, странствующего в поисках смысла вещей и собственной жизни. Пустыня — символ жажды познания, и оттого, что она таит в себе родники открытий, она становится прекрасной. Найти эти родники человеку помогает только сердце.

Герой-рассказчик (в результате происшедшей с ним чрезвычайной ситуации) оказывается один на один с мертвой пустыней. Увидеть, что истинно в жизни, а что ложно, то есть, найти эти самые родники ему помогает ребенок — Маленький принц, гость с «планеты детства». Именно ему, ребенку, с кристально чистым и ясным сознанием возможно увидеть то, что скрыто от поверхностного взора. Большинство проблем будет рассматриваться глазами ребенка. Недаром тема детства занимает центральное место в повести.

Но автор обращается не просто к ребенку — скорее, к ребенку, который остался и продолжает жить во взрослом человеке, несмотря на все жизненные проблемы и передряги. Или, как говорит сам писатель, «ко взрослым, когда они были детьми». Не потому ли, что именно в детстве бесспорными кажутся «вечные истины», точно сформулированные Сент-Экзюпери и ставшие крылатыми фразами — например, о том, что «зорко одно лишь сердце», а мы «в ответе за тех, кого приручили».

Н.А. Оглоблина, Я.В. Чвора
**КОНЦЕПЦИЯ ЖИЗНИ ПОСЛЕ СМЕРТИ В СОВРЕМЕННЫХ
МИРОВЫХ РЕЛИГИЯХ**

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Е. В.Глебов*

Во все времена люди разных национальностей и разных религий задумывались над одними и теми же вопросами: «Что будет с нами, когда мы умрем?», «Что будет с нашей душой?». Разные религии в разные времена стремились найти на них ответ. Они передавали человечеству — посредством символов, как это сделал, например, Иисус в Новом Завете, — ряд истин, которые помогали ему становиться лучше. Очевидно, что при нашей современной отчужденности, в нашем повседневном мире, в повседневных нуждах наше сознание остается глухо к важнейшим проблемам. Но один вопрос все же бьется внутри, звучит в душе снова и снова: откуда мы пришли и куда идем — ведь все мы куда-то уходим? Неужели наше сознание исчезает в небытии?

В своей работе мы постараемся разобраться, как в современных мировых религиях, а именно: исламе, христианстве и буддизме, раскрывается вопрос о жизни после смерти.

Ислам проповедует веру в загробную жизнь (ахирет). Истинный мусульманин должен всегда помнить о ахирете, что делает его жизнь и его поступки осмысленными. Что есть жизнь человека? Жизнь человека — всего лишь краткий миг во время которого люди не могут сполна получить справедливую награду или возмездие за свои поступки, совершенные в течение

всей жизни. Коран особо отмечает необходимость справедливого воздаяния каждому из живущих, как за плохие, так и за хорошие дела в земной жизни, поскольку земная жизнь — лишь подготовка к ахирету.

Для большинства христианских конфессий характерно представление о душе, как о высшей бессмертной нематериальной (духовной) сущности человека, носителя разума, чувств и Божественной воли. После смерти человека душа, согласно этим представлениям, продолжает сознательное существование, и ее дальнейшая судьба определяется Богом на суде, и дальнейшим местом пребывания души после суда является либо рай, либо ад. Римско-католическая церковь, кроме этого, имеет учение о чистилище.

В буддизме после смерти человека могут ожидать три варианта судьбы: мгновенное перерождение (так называемое переселение душ, сансара), попадание в ад (до вселения в новое тело), уход в нирвану. Умирая, личность (душа) распадается на скандхи (составные элементы), но при следующем воплощении скандхи вновь собираются определенным образом, сохраняя единство души. Правильная ее «сборка» обеспечивает непрерывность сущностного бытия личности, независимо от того, в какую материальную оболочку попадет душа после очередного перевоплощения. По верованиям буддистов, каждый человек должен пройти цепь перерождений, прежде чем достигнет рая. Если человек ведет праведную жизнь, стремится освободиться от страданий этой жизни, то в момент перерождения он может попасть на одну из светлых райских планет.

Таким образом, проведя сравнительный анализ современных религиозных теорий жизни после смерти, мы пришли к выводу, что на данный момент в основных мировых конфессиях существуют различные представления о том, что происходит с душой после смерти. Но тем не менее, все религии признают, что жизнь не заканчивается физической смертью тела, и смерть лишь является продолжением пути, предначертанным всем.

А.С. Усачева ОТНОШЕНИЕ СНА К РЕАЛЬНОСТИ

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филос.н., доцент А.В. Ярославцева*

Даосская притча гласит: «Однажды Чжуану Чжоу приснилось, что он — бабочка, весело порхающая бабочка. Он наслаждался от души и не сознавал, что он — Чжоу. Но вдруг проснулся, удивился, что он — Чжоу, и не мог понять: снилось ли Чжоу, что он — бабочка, или бабочке снится, что она — Чжоу. Это и называют превращением вещей, тогда как между мною, Чжоу, и бабочкой непременно существует различие». Для даосов, чань-буддистов и

детей различие между сном и явью зачастую отсутствует, либо чрезвычайно размыто. Однако в повседневном восприятии, а также в научной картине мира различие между сном и реальностью все же существует.

Обычно в западноевропейской традиции сновидение истолковывается как результат продолжающейся обработки информации, полученной в период бодрствования: Демокрит, Аристотель связывали сновидения с деятельностью органов чувств, продолжающейся после прекращения воздействия внешних объектов на органы чувств; до этого Гераклит говорил об иллюзорном характере сновидений, поскольку душа во время сна лишена связи со внешним миром и вследствие этого пребывает в бессознательном состоянии (забытии). Через две с половиной тысячи лет в западно-европейском культурном ареале мало что изменилось: сновидения также объединялись в одну группу с такими явлениями как иллюзии, галлюцинации и источник сновидений виделся во впечатлениях, полученных во время бодрствования (например, Ламетри: *«непосредственной причиной грез служит всякое сильное или часто повторяющееся впечатление, производимое на ту чувствующую часть мозга, которая не заснула или не утомлена... Бред, сопровождающий бессонницу или лихорадку, истекает из тех же самых причин...»*; модель З. Фрейда; современная концепция сна как искусственной (виртуальной) реальности).

Однако есть и другие традиции интерпретации отношения между сном и реальностью, восприятия сновидения как опыта реальности. «Осознанные сновидения» — этим понятием во-первых, охватываются состояния сознания, обеспечивающие доступ к альтернативной реальности сна, основное отличие которой от привычной нам яви — возможность управлять не только своими собственными состояниями и действиями, но и событиями «внешнего» мира.

Согласно современным исследованиям, есть большое количество требований, которым должен удовлетворять реальный объект в восприятии: требование неизменности существования объекта (объект не появляется и не исчезает спонтанно, объект существует, когда мы его не воспринимаем), возможность восприятия объекта другими существами, изменение размера объекта в связи с изменением расстояния до него, высокая степень детализации объекта, возможность сравнения с другими объектами и т.п. Категория реальности в значительной степени гносеологическая категория. Мы считаем мысли или эмоции менее реальными, чем действия, действия — менее реальными чем объекты. Наши суждения о реальном и нереальном тесно связаны с нашими представлениями об истинном и ложном, которые релятивны.

В основном содержания сновидений не удовлетворяют требованиям к реальным объектам, однако логически (и фактически?) возможен сон, удовлетворяющий этим требованиям, и тогда происходящее во сне будет оценено видящим сон как происходящее в реальности. Может ли в этом случае

смерть во сне оказаться смертью наяву? Какую роль играет осознание событий как реальных или как иллюзорных?

Вполне возможно, что новая интерпретация отношения между сном и реальностью, окажется одним из ключей к пониманию сущности проблем (расстройств психики, заболеваний), связываемых с «искаженным» восприятием реальности – иллюзий, галлюцинаций, психосенсорных расстройств, дереализации, деперсонализации.

Л. В. Никифорова
ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ КЛОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: В. В. Сопов*

Разработка в конце 20 века технологии клонирования сложноорганизованных организмов стало событием, обратившим на себя внимание всего человечества. Оно привлекло всеобщее внимание, прежде всего, в связи с проблемой возможности создания клонов людей. Появление технологии клонирования человека поставило перед обществом целый ряд социально — философских, правовых, религиозных проблем. Справедливо ли применение такого понятия, как клонирование, по отношению к человеку? Возможно ли в принципе клонирование человека? Приемлемы ли возможные последствия клонирования человека? Некоторые аспекты таких проблем представлены в данной работе. Необходимо было раскрыть социально — философские проблемы клонирования. Показать возможности применения современных биотехнологий к процессу воспроизведения человека, выявить содержание взглядов общества на технологию клонирования человека, раскрыть противоречия между пониманием сущности человека и технологией клонирования. Была изучена технология клонирования как деятельность и явление социальной жизни современного общества. Результаты исследования показали, что выражение «клонирование человека» является ошибочным. Мы не можем получить того же самого человека, когда говорим о клонировании, этому есть и философское объяснение с точки зрения категорий бытия. Такая категория как единичное характеризует отдельный предмет. Множественное — объективно существующее сходство характеристик единичных предметов, их однотипность в некоторых отношениях, принадлежность к одной и той же группе явлений или единой системе связей. Реальные предметы единичны, не бывает абсолютно одинаковых предметов, даже если у них есть сходство и однотипность. Еще Гераклит сказал: «В одну реку нельзя войти дважды». Что и говорить о двух одинаковых реках, когда одна и та же река меняется в течение времени под действием различных факторов. Также вспоминается сотворение Евы. Взяв у Адама

ребро, бог создает из него первую женщину, которая совершенно не похожа на свой “генетический прототип”. Также хочется сказать о том, что человек существо биосоциальное и в его развитии огромную роль играют социальные факторы, которые непосредственно оказывают влияние на развитие сознания данного конкретного индивида, и какое-либо повторение данных социальных условий не представляется возможным. Значит для клонирования человека недостаточно достижений современных биотехнологий, в отличие от животных, не нуждающихся в сложных социальных взаимодействиях. Когда в наше время говорят о «клонировании человека», то происходит элементарная подмена равноуровневых понятий: говорится о целом, тогда как в действительности можно говорить только о его составной части. Вопрос не ставится о человеке во всей его целостности и возникает принципиальная разница в масштабности онтологического значения технологического процесса при зачатии способом клонирования животных и тех же технологий, примененных к человеку. То есть, речь о клонировании в современном обществе идет только об искусственном воспроизведении клеток, тканей и получении здоровых органов от клонов. В результате получается, что с научной и с религиозной точек зрения — воспроизведение самостоятельного организма из единичной соматической клетки, генетически тождественного донору представляется неприемлемой. Реализация клонирования человека разрушит естественные основы социальных отношений, вызовет катастрофическое изменение мировоззренческих установок в сторону дальнейшего обесценивания жизни каждого отдельного человека, который перестанет восприниматься как уникальное творение Божие.

Г. Г. Егорян, А. Ким

НАРКОМАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Кафедра философии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.ф.н. А. В. Хлебалин

Проблема наркомании, как глобальная угроза здоровью населения страны и национальной безопасности в современном российском обществе среди иных проблем, занимает одно из первых мест. Масштабы и темпы ее распространения в стране часто ставят под угрозу физическое, моральное здоровье и будущее однозначно значительной части молодежи, социальную стабильность российского общества в ближайшей перспективе, и в итоге непременно ведет к смерти.

Наркомания как патологическое влечение к наркотикам, представляет собой по — особенному комплексное явление, включающее в себя социальный, просто — таки экономический, демографический, медицинский, совсем психологический и совсем криминальный аспекты; это — просто —

сто тотальное явление, невозмутимо затрагивающее все стороны очень внутреннего мира, все сферы человеческой жизнедеятельности, отношения с другими людьми, способы существования, деградацию личности. С точки зрения медицины это плохо.

Но если рассматривать эту проблему со стороны культуры, то можно найти и плюсы наркомании. Стоит вспомнить многие великие произведения, которые были созданы именно под воздействием наркотиков: «Мастер и Маргарита» Булгакова, «Голый завтрак» Берроуза и не только.

Ведь если углубиться в их биографию, то можно убедиться в том, что все они принимали морфий, опиум, кокаин, амфетамины, барбитураты. Они видели мир совершенно по — другому не только благодаря своему таланту, но и тому, что употребляли наркотики. Им открывались иная реальность, непередаваемые ощущения и бесконечные возможности, вследствие чего рождались те самые произведения, которые в современном обществе вызывают восхищение и уважение.

Все неоднозначно?!

Я. А. Красюк

ОБРАЗ ЧЕЛОВЕКА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин,

Новосибирский медицинский колледж

Научный руководитель: преподаватель Е. А. Микичур

Всемирная организация здравоохранения определяет паллиативную помощь как подход, целью которого является улучшение качества жизни больных и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. В последнее время идеи паллиативной помощи получают в России широкое распространение. Однако среди медицинских работников среднего звена трудовая деятельность в учреждениях паллиативной помощи оценивается не одинаково. Среди 100 опрошенных студентов НМК на вопрос, хотели бы они оказывать паллиативную помощь, положительно ответили 53 респондента, отрицательно — 47.

Данные показатели свидетельствуют о недооценки роли паллиативной помощи в современной медицине. Возникает противоречие между стремлением к благу больного, которое традиционно заключается в выздоровлении и благом, связанным с достойным умиранием пациента, которое должно быть смягчено.

Возможность оказания паллиативной помощи тесно связана с образом пациента, который формируется у медицинского работника в процессе обучения и который транслируется медицинским сообществом в процессе трудовой деятельности. Это, так называемый, натуралистический взгляд на природу человека. Он основывается на весьма прочном фундаменте и пред-

ставлен в позитивистских концепциях, а также исследованиях современной социобиологии. Анатомические и физиологические характеристики человеческого организма, безусловно, являются базовыми, но нельзя сводить к ним все содержание личности человека. Как писал Н.А. Бердяев: «Человек глубже и первичнее своего психологического и биологического».

Формируемый в процессе учебы взгляд на человека как, прежде всего, на биологическое существо подкрепляется теорией потребностей А. Маслоу. Он предположил наличие у человека врожденных потребностей, которые организованы в иерархическую систему. Это физиологические потребности; потребности безопасности и защиты; потребности принадлежности и любви; потребности самоуважения и потребности самоактуализации. Для того, чтобы у человека сформировался следующий уровень потребностей, по Маслоу, потребности предшествующего уровня должны быть более менее удовлетворены. Медицинский работник стремится к тому, чтобы у пациента были удовлетворены потребности первого и второго уровня, что соответствует биологической природе человека.

Наряду с пирамидой потребностей Маслоу в гуманистической мысли представлена концепция Э. Фромма, который считал что удовлетворения биологических потребностей недостаточно не только для счастья, но даже для душевного здоровья. Теория экзистенциальных потребностей Э. Фромма включает потребность в установлении связей; потребность в преодолении; потребность в корнях; потребность в идентичности; потребность в системе взглядов и преданности. Рассмотрение человека через систему потребностей, которую формулирует Фромм, позволяет преодолеть натурализм присущий медицине в двух моментах. Во-первых, она формирует представление о пациенте как носителе индивидуальности, хозяине своей жизни, который нуждается в системе взглядов на мир, позволяющей созидать себя, а также воспринимать и принимать окружающую реальность. Во-вторых, медицинский работник, в теории Фромма, выступает наряду с пациентом носителем экзистенциальных потребностей и реализует их в процессе взаимодействия с ним. Тем самым создаются предпосылки для преодоления односторонности биологического воззрения на природу человека.

А.Е. Опре, Е.С. Щатохина
**АРИСТОТЕЛЬ И ПОЛИТИЧЕСКИЙ СТРОЙ СОВРЕМЕННОЙ
РОССИИ: ОЛИГАРХИЯ ИЛИ ДЕМОКРАТИЯ**

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: Е.В. Глебов*

Аристотель — величайший древнегреческий философ, жил в 384–322 гг. до н. э. Аристотель будучи универсальным философом уделял в своей 642

системе место проблемам человеческого общества и государственного устройства. Политическое учение Аристотеля изложено им главным образом в его работе «Политика». Реалистичность и системность социально-политических взглядов Аристотеля делают «Политику» ценнейшим документом, как для изучения политических взглядов самого Аристотеля, так и для изучения древнегреческого общества классического периода и имевших в нем свою опору политических теорий.

Государственное устройство (*politeia*) — это распорядок в области организации государственных должностей вообще, и в первую очередь верховной власти: верховная власть повсюду связана с порядком государственного управления (*politeuma*), а последний и есть государственное устройство. Аристотель писал: «Я имею в виду, например, то, что в демократических государствах верховная власть — в руках народа; в олигархиях, наоборот, в руках немногих; поэтому и государственное устройство в них мы называем различным».

Аристотель выделяет две главные формы государственного устройства: демократию и олигархию. Демократией называют строй, при котором верховная власть находится в руках большинства, а олигархией — строй, при котором эта власть принадлежит меньшинству. Но, по разъяснению Аристотеля, повсюду зажиточных бывает меньшинство, а неимущих — большинство. Поэтому формальный признак принадлежности к большинству или меньшинству не может, согласно Аристотелю, быть основой для различения олигархии и демократии. Настоящим признаком отличия олигархии и демократии служит богатство и бедность. Там, где власть основана — безразлично, у меньшинства или большинства — на богатстве, мы имеем дело с олигархией, а где правит средний класс, там перед нами демократия. Другими словами, демократией нужно считать такой строй, когда свободнорожденные и небогатые, составляя большинство, будут иметь верховную власть в своих руках, олигархией — строй, при котором власть находится в руках лиц богатых, обличающихся благородным происхождением и образующих меньшинство. Олигархия и демократия основывают свои притязания на власть в государстве на том, что имущественное благосостояние — удел немногих, а свободой пользуются все граждане. Олигархия блюдет интересы зажиточных классов, демократия — интересы средних классов; общей же пользы ни одна из этих форм государственного устройства в виду не имеет. Отношение между средним классом и олигархией — отношение не только различия, но и противоположности.

На сегодняшний день как гласит Конституция РФ: «Российская федерация — Россия есть демократическое федеративное правовое государство с республиканской формой правления» (Конституция РФ, раздел 1, глава

1, статья 1, пункт 1). Высшие политические чиновники так же говорят о политической свободе, но как показывает практика, политической свободы в нашем обществе пока нет.

Таким образом, проведя сравнительный анализ предположений Аристотеля о политических системах, таких как демократия и олигархия и политического устройства современной России, можно сделать вывод о том, что наибольшее сходство Россия имеет с олигархией.

Итак, политическое учение Аристотеля имеет чрезвычайно большую теоретическую и еще большую историческую ценность. Уже в 4 в. до н. э. ему удалось сформулировать основные черты основных политических моделей — олигархии и демократии.

А.О.Вигриянова, Я.Б.Санду
**АЛКОГОЛЬ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ В ЖИЗНИ
ЧЕЛОВЕКА И ВИДА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ
МЕДИЦИНЫ И БИОЛОГИИ**

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.фил.н., доцент А. В.Хлебакин*

Актуальность. В настоящее время люди все чаще употребляют алкоголь, это является негативным аспектом со стороны медицины, биологический аспект, в свою очередь, как показывает эволюция «говорит об обратном».

Цель. Рассмотреть влияние алкоголя в рамках человека и вида с точки зрения двух фундаментальных наук: медицины и биологии.

Метод: прочтение соответствующей литературы и анализ информации.

Практическое значение состоит в том, чтобы правильно сформировать взгляды на людей, употребляющих и не употребляющих алкоголь.

Используя данный метод, мы пришли к следующим результатам:

Алкоголь в отношении вида вызывает разнонаправленность его развития.

Он доставляет удовольствие, эйфорию, приглушение боли. И наряду с этим перекрывает стимулы, идущие из внешнего мира; вызывает зависимость; оказывает отрицательное влияние на сердце, печень, почки, поджелудочную железу и головной мозг.

Однако употребление алкоголя в малых количествах раскрепощает сознание, укрепляет сердечно-сосудистую систему, позволяет снизить порог болевой чувствительности.

А. Е. Дружинина, С.В. Изаак,
Н.О. Кузнецова

ФИЛОСОФИЯ ЛЮБВИ

Кафедра философии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: преподаватель Н. Г. Уланова

Тема любви... Мы выбрали ее не случайно, любовь окружала человека со времен его появления. Любовь многогранна и непостижима, она явилась вдохновением для многих философов, поэтов, художников... о ней писали мыслители времен античности, и до сих пор эта тема не перестает будоражить умы современных людей. Понять такое чувство как любовь сложно, но чтобы хоть немного разобраться в нем мы обратились к трудам великих философов античности, эпохи возрождения, нового времени и современности. В связи с этим мы провели опрос, с помощью которого мы хотели выяснить, что такое для людей любовь, знакомы ли они с этим чувством и изменились ли способы проявления и отношение к любви.

Одной из задач нашего исследования стало выявление отношения к любви людей различных возрастных категорий: детей, молодёжи, среднего и старшего поколений. Основной гипотезой исследования было утверждение, что разные поколения имеют различные суждения об этом чувстве.

В результате нашего исследования, мы выяснили, что отношение к этому чувству и его понимание меняется с течением времени. Старшее и среднее поколения относятся к любви как к некой сказке, которую суждено пережить каждому. Молодежь относится к этому чувству, с точки зрения старшего, весьма неуважительно, перестали верить в любовь и многие утверждают, что она не нужна или вообще не существует. Дети же, более открыто и чувственно переживают, не стесняются и никогда не скрывают свои эмоции. Но с возрастом, они начинают подражать взрослым, и перестают верить в сказку.

Задавая людям вопрос: «Что для вас любовь?», мы слышали самые разнообразные ответы, которые были разнообразными, но, в то же время очень схожими. Например, так ответила женщина сорока лет: «Любовь-это состояние души, когда ты летишь», девушка двадцати одного года: «любовь — это когда два человека не могут существовать друг без друга». Мужчины отвечали менее охотно: «любовь — это скрепление двух сердец в одно целое». Итак, каждое поколение будет понимать любовь по разному, будут меняться взгляды, люди, идеалы, но только не чувство. Она так и останется непостижимой для наших умов.

О.С.Лобанова, С.А. Воробьёва
**ВОСПРИЯТИЕ ЖИЗНИ И СМЕРТИ В ЗАПАДНОЙ
ФИЛОСОФИИ: АНТИЧНОСТЬ И СРЕДНЕВЕКОВЬЕ**

Кафедра философии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: преподаватель Н. Г. Уланова

Первые представления о человеческом бытии, о человеческих целях и смысле существования человека стали проявляться в античности. Подлинное внимание к жизни и смерти человека, проблемам добродетели и порока, права и долга, личности и власти было обращено в сократический период философии. Человек и его место в мире стали центральной проблемой учения Сократа. Дальнейшее развитие данная проблема получила в философии Платона, Аристотеля, а также таких школ как киники и киренаики. Последующие эллинистический и римский этапы развития философии также рассматривали проблемы жизни и смерти человека как наиболее важные.

В античной философии наблюдаются различные решения вопроса о цели существования человека и его уходе из земной жизни. Сократ смысл жизни видел в достижении добродетели, знанием нравственных понятий, Платон — в заботах о душе, Аристотель — в стремлении стать добродетельным человеком и ответственным гражданином, Эпикур — в достижении счастья через покой, Диоген Синопский — во внутренней свободе, презрении к богатству, стоики — в покорности судьбе. Восприятие смерти также различалось среди философских течений. Так религиозно — философские движения в Древней Греции (VII-VI в. до н.э.) драматически относились к смерти. В классический период древнегреческой философии были предприняты попытки преодоления страха смерти. Платон создал учение о человеке, состоящем из двух частей, — бессмертной души и смертного тела. Согласно этому учению, смерть есть процесс отделения души от тела, ее освобождение из «темницы», где она пребывает в земной жизни. Тело в результате смерти превращается в прах и тлен. Это учение в преобразованном виде впоследствии было воспринято христианством.

Философия в Средние века теснейшим образом связана с идеями христианства. Из христианских представлений о жизни и смерти проистекает и философское восприятие этих проблем. Так в учениях авторитетных раннехристианских ортодоксов — Августина, Григория великого, Исидора Севильского человек грешен от рождения и над каждым человеческим существом тяготеет первородный грех. Для средневекового сознания весь смысл жизни человека заключался в соблюдении религиозных предписаний, заботе о спасении души, а смерть представляется как кара Адаму и Еве за совершенные ими грехи. Смерть характеризуется как недоступное разуму таинство, как нечто бессмысленное, противоречащее духовной сущности

человека. Именно поэтому главным мотивом христианства является вера в спасение и преодоление смерти.

Итак, человек является единственным представителем живой природы на нашей планете, осознающим, что он смертен и ответственен за свою жизнь и жизнь других людей. В этом заключается самоценность человеческого существования. Таким образом, проблема жизни и смерти является одной из главных проблем философии на всех этапах её существования и видоизменяется в соответствии с развитием философского знания.

Т. В. Филимонова, Е. В. Фишер
**СВОБОДА ЛИЧНОСТИ И СФЕРА
ЭТИЧЕСКОГО СОЗНАНИЯ**

Кафедра философии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к. фил. н., доцент М. Б. Софиеенко

Актуальность этой темы не вызывает сомнений, так как проблема свободы является одной из самых важных и сложных проблем, которая на протяжении уже многих веков волнует различных мыслителей и философов. Понятие «свобода личности» все чаще употребляется в средствах массовой информации, и уже формально воспринимается нами как одно из прав человека и гражданина. Теперь, общество требует от человека ответственных решений, потому что их последствия могут иметь глобальный характер, и задевать интересы как всего общества в целом, так и конкретно отдельных личностей. Однако смысл, вкладываемый в понятие «свободы личности» разными людьми, различен, зачастую предлагаются самые противоположные пути решения данной проблемы. Наша задача попытаться ответить на вопрос: «владеет ли человек как умное, деятельное и творческое существо свободным выбором?» и как влияет на этот выбор этическое сознание.

В нашей работе мы рассмотрим следующие вопросы:

1) Свобода личности в философии как неоспоримая общечеловеческая ценность;

2) Мораль, как поддерживающий и санкционирующий фактор этического сознания на определенные общественные устои, строй жизни, общение. Ее влияние на свободу человека.

3) Нравственность, как необходимый фактор в области самостоятельности и творчества человека. Понятия добра, зла, долга, и их влияние на свободу личности.

В философии, «свобода», как правило, противостоит «необходимости», в этике — «ответственности», в политике — «порядку». Свобода может ассоциироваться и с полным своеволием, и с сознательным решением, также она может отождествляться и с тончайшим мотивированием человеческих поступков, и с осознанной необходимостью.

Нравственное сознание — одна из форм общественного сознания, являющаяся, как и другие его формы, отражением общественного бытия. Оно содержит в себе исторически изменяющиеся нравственные отношения, представляющие собой субъективную сторону морали.

Моральное сознание — человеческое сознание с его внутренними механизмами, смысловым и ценностным содержанием, в форме этических понятий и определений. Моральное сознание оценивает действия и общественные явления, мораль дает возможность выбора между добром и злом, который человек делает в силу своего понятия о должном (о том, как должно быть).

Е.В. Фатеева
СВОБОДА ЛИЧНОСТИ В ГОСУДАРСТВЕ

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.филос.н., доцент М.Б. Софиевко*

Проблема соотношения общего и частного всегда остро стояла перед философами всех времен. Все общие законы распространяются и на единичные объекты, но законы, свойственные последним, рассматриваются как частные закономерности, растворяющиеся в общем. Из такого понимания и возникли идеи, суть которых онтологическая незначимость индивидуально-единичного. Теории общественного организма и общественного договора основаны на предположении, что суверенным объектом является государство (общество) и что только в нем может реализоваться благо конкретного индивида. Из подобного предположения вырастает и общество, в котором все граждане являются либо клетками, либо винтиками большого механизма. Но мы понимаем, что в этом случае, ни о какой свободе личности говорить не приходится, так как каждый индивид реализацией своей свободы препятствует свободе другого. Человек в таких системах рассматривается целиком и полностью как средство, но, ни как цель. Вплоть до XIX века о свободе не говорили как об изначально присущем человеку качестве. Ведь ранее такая свобода «не вписывалась» в философские системы, поскольку она, по мнению, например, Гегеля, являлась разрушительным, деструктивным элементом по отношению к обществу и государству.

Так как же мы можем интерпретировать понятие свободы? Свобода часто определялась мыслителями через необходимость или как отсутствие последней. Через подобное понимание, сформировались противоположные воззрения: с одной стороны под свободой понимается беспрекословное следование необходимости, а с другой свободу видели в отрицании необходимости. Правда, в этом случае, свобода приобретала отрицательную окраску и рассматривалась как произвол или своеволие.

В решении проблемы свободы личности необходимо учитывать диалектику государства как общего, единого, и личности как частного и единичного. Человек, хотя и является гражданином государства и членом общества, тем не менее остается индивидуальностью, с набором характерных только для него качеств, с мировоззрением и целями, которые присущи конкретно ему. Ни государство, ни общество, ни другой человек не имеет права вторгаться в личную жизнь, контролировать и регламентировать образ жизни индивида. Способ существования единичного, то есть индивидуума в общем то есть в государстве мы назовем *индивидуальным суверенитетом*. Посредством введения этого понятия мы пытаемся найти примирение между свободой как меры личностной и необходимостью, выраженной в законах данными государством. Индивид и государство из антагонистов превращаются в сотрудничающие стороны – будучи жизненно заинтересован в соблюдении своих прав, человек становится и сторонником существования правового государства. Наоборот, современному государству нужны не верноподданные, а активные и ответственные граждане.

Еще Джон Стюарт Милль, заканчивая свое знаменитое эссе «О свободе», так сформулировал причины, по которым государство, преследуя собственные жизненно важные интересы, должно обеспечить людям максимальную свободу от своего морального или физического давления: «Ценность государства в конечном счете измеряется ценностью индивидов, которые его составляют; государство, которое... ущемляет людей для того, чтобы сделать их послушными инструментами в своих руках, даже в том случае, когда провозглашает благие намерения... вскоре обнаружит, что с маленькими людишками невозможно достичь ничего великого, а совершенствование аппарата управления, которому все приносилось в жертву, в конечном итоге ничего не дало».

Д.Ю. Коровкина
«УТОПИЯ» ТОМАСА МОРА В РЕАЛЬНОМ МИРЕ

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. фил. н., доцент М.Б. Софиенко*

Во все времена люди стремились к созданию наилучшего государства. Великие умы всех времён ломали голову над вопросом, каким должен быть идеальный общественный строй. В этой работе мы рассмотрим созданную Томасом Мором первую социалистическую систему. Его книга о справедливом обществе – «Утопия», дала название особому литературно – философскому жанру. Ее влияние было настолько значительно, что породило множество книг как идейно близких, так и противоположных, авторы которых демонстрировали отрицательные черты тотального эгалитаризма. Литера-

турно — философские произведения, описывающие «идеальные общества» с негативных позиций, стали называться «антиутопиями».

Автор озаглавил свой труд следующим образом: «Золотая книжечка, столь же полезная, сколь и забавная о наилучшем устройстве государства и о новом острове Утопия». Порядки и законы этого выдуманного острова сочетают в себе всё то, что, по мнению Мора, необходимо для наиболее благоприятной, гармоничной жизни утопийцев. И ведь действительно, большинство идей автора основаны на гуманности (сами герои «Утопии» — горячие приверженцы гуманизма) и справедливости, на равноправии и честности. Отсутствие частной собственности, обширного и сложного законодательства, тирании, денег, противоречий интересов личности и общества, богатых и бедных, роскоши и нищеты. Но всё же на фоне всеобщего благополучия и процветания невольно возникает вопрос: «А всё ли настолько идеально? Возможно ли существование такого государства в реальном мире?»

С одной стороны, ведь если вся политика государства направлена на счастливую жизнь его жителей, грамотное решение экономических, военно-политических вопросов, то почему такая система вызывает столь большое количество сомнений? Ведь именно это и является целью каждого современного государства.

С другой стороны, изначально Томас Мор даёт название своему идеальному острову «место, которого нет» (утопия- от др.греч. *τοπος* — «место», *υ-τοπος* — «не место»). Это говорит о том, что сам автор не верит в возможность существования такого общественного строя в какой-либо стране. Тогда зачем мы так много размышляем об идеале, строим всё новые и новые образцовые модели государства? Получается, что даже совершенный на наш взгляд вариант развития событий может оказаться далеко не самым благоприятным, а может быть и вовсе губительным.

Тем не менее, даже в наше время, когда сама история показала пагубные последствия попыток создания в реальном мире идеальных государств, книга Томаса Мора сохранила своё значение — не только как талантливый роман, но и как гениальное по своему замыслу произведение социалистической мысли.

Е.В. Кисюкова
**СВОБОДА ЛИЧНОСТИ В СФЕРЕ РЕЛИГИОЗНОГО
СОЗНАНИЯ**

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. фил. н., доцент М.Б. Софиев*

Каждому человеку, в большей или меньшей степени, свойственны дурные помыслы и желания. Человек способен осознать их, осмыслить, и тем

самым контролировать. Иными словами, разум есть своеобразный контроллер, сторож, способный отграничивать добро от зла и тем самым, хотя бы теоретически, защитить человека от опасности поддаться злу.

Отсюда и цель религии — убедить человека в необходимости трансформации, духовного роста, борьбы с самим собой. Обязанности человека представлены в религии в форме божественных заповедей.

Природа человека разумна. Именно разум помогает людям отличать добро от зла, и, несмотря на все соблазны, поступать правильно. Поступать правильно означает следовать своему долгу. Естественная религия исходит из приоритета разума, разумности бытия. Применительно к человеку это означает прежде всего осознание собственного долга необходимости следования ему. Поэтому в естественной религии существование долга ставится на первое место, а потом этот долг признается Божественной заповедью.

В отличие от естественной религии существуют так называемые «религии откровения» (иудаизм, христианство, ислам), основанные уже не на разуме, а на вере. Бог открывает себя людям, которые обязаны безоговорочно доверять Божественному слову. Однако, непреодолимого противоречия между ними нет — естественная религия может быть в то же время и откровенной, если она построена так, что люди посредством простого применения своего разума сами собой могут и должны прийти к ней. Для того, чтобы обеспечить устойчивое состояние сообществу верующих необходим такой институт, как церковь.

Заметим, что ни одна религия не отрицает свободу. Но при этом проводится очень четкая грань между свободой, понимаемой как добровольное следование собственному долгу или Божественной воле, и свободой в общепринятом смысле, когда массовое сознание интерпретирует свободу как возможность человека реализовывать свои желания, потребности и интересы. Такая свобода считается греховной — поскольку человек, реализуя собственные желания, тем самым противопоставляют их воле Бога или требованиям Разума. Последнее означает отказ человека от собственного разума — собственной природы. Иными словами — человек, стремящийся к реализации своих желаний фактически перестает быть человеком и превращается в животное. Но и в этом случае он не обретает свободы — отказавшись добровольно подчиниться разуму, потакая своим потребностям, человек попадает в рабство к собственному телу.

Таким образом, мы видим, что в религиозном сознании свобода человека принимает форму добровольного повиновения чему-то высшему. И хотя в естественной религии подчинение законам разума, и, как следствие, осознаемому долгу, приравнено к следованию человека своей собственной истинной природе — глобального различия между ними нет. Скорее, водораздел проходит между отношением к религии, сформировавшимся в религиозном сознании и сознании обыденном. Заметим только, что свободный способ мышления следует отличать не только от упрямства и своеволия, но и от слепого раболепия.

Поэтому, когда какая-нибудь из ведущих мировых религий становится строго авторитарной, она очень быстро теряет любовь и искреннюю приверженность своих последователей и вселяет в их сердца антипатию и отвращение.

Е.В. Федосова, М.А. Пянко
ПРОБЛЕМА РАЗУМА В ИСТОРИИ ФИЛОСОФИИ

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н., доцент М. Б. Софиенко*

В обыденном представлении разумное существо — это существо воспринимающее, мыслящее, обучающееся, обладающее желаниями и эмоциями, делающее свободный выбор и демонстрирующее целесообразное поведение. Философские и научные теории разума пытаются понять природу этой психической (или ментальной) деятельности и ее характеристики, а также природу Я или обладающего сознанием субъекта, который осуществляет эту деятельность. Цель этой работы — проанализировать отношение к разуму на различных этапах развития философии.

Интерес к разуму, его природе, философы проявляли во все периоды существования философии. Однако, отношение к разуму в разные культурно — исторические эпохи было различным.

В античности философы преимущественно воспринимали разум как качество, отличающее человека от других живых существ.

В Средние века разум рассматривался как нечто несовершенное и ограниченное в сравнение с безусловным приоритетом веры. Отсюда дискуссия о соотношении разума и веры.

В эпоху Возрождения разум возвращает утраченные позиции, а для философии Нового времени характерна почти безграничная вера в его всемогущество. Вновь встал вопрос о месте разума во Вселенной. С точки зрения Р.Декарта, разум отличается от материи тем, что не имеет пространственного протяжения, которое является самой сущностью материи. К этой новой идее он прибавил еще одну: разум способен к ясному и отчетливому постижению, совершенному пониманию собственной природы. Сущность разума, по мнению Декарта, заключается в деятельности мышления, способности к рассуждению.

Философам кажется, что разум способен познать природу и привести человека к прекрасному будущему. Новое время — это период развития и становления науки, которая мыслится как средство улучшения человеческой жизни и считается едва ли не естественным явлением. Такое направление называется сциентизмом.

Напротив, для некоторых значительных течений современной философии характерно недоверие и неверие в силу разума — антисциентизм. Изменение подхода во многом обусловлено интересом к отдельному человеческому индивиду, а не к человечеству вообще, вниманием к особенностям человеческой жизни, ускользающим от определенного философско-логического познания, сближение с художественной литературой, интерес к обыденному языку.

Но это не означает, что разум окончательно дискредитирован. Наука продолжает развиваться, и необходимость ее развития, на наш взгляд, не может быть поставлена под сомнение — достаточно вспомнить о надеждах, которые человечество возлагает, например, на развитие медицины.

Изменились, скорее задачи самой философии — из охранительницы универсальных законов она превратилась в защитницу хрупкого человеческого бытия.

М.О. Авдеенко, С. И. Симеренко
ИСТИНА: ОБЪЕКТИВНА ИЛИ СУБЪЕКТИВНА?

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н., доцент М. Б. Софиевко*

На протяжении веков в философии не прекращается спор об объективности или субъективности истины. Сторонники обеих точек зрения приводят в свою поддержку многочисленные аргументы. В этой работе мы постараемся рассмотреть обе точки зрения, чтобы выяснить, какая из них является более убедительной.

В философии представление об объективной истине выражены в знаменитом утверждении Аристотеля: «Истина есть соответствие знания действительности». Чтобы доказать это, можно проследить информационный путь от конца к началу. Представим, что существуют некоторые факты. Они существуют объективно, т.е. независимо от присущих человеку особенностей восприятия, обусловленных специфическими физическими и физиологическими качествами и т.п. При этом сама истина — исследуемые факты, остаются объективными, т.е. — независимыми от человека. К примеру, одна и та же болезнь у разных людей может проявляться по-разному, но опытный врач всегда сможет за разнообразием признаков увидеть подлинные симптомы конкретной болезни. Или, рассуждая об этиологии анемии, один врач в первую очередь проверит желудок на наличие язв, а другой будет искать причины обильной кровопотери. Но и в этом случае представления обоих врачей будут истинны.

Разумеется, истина «в чистом виде» доступна далеко не всегда и не во всем. Но из этого вовсе не следует, что она не существует. Недоступность

истины лишь констатирует ограниченность возможностей человека. По мере расширения этих возможностей и развития науки, каковая, безусловно, является формой объективного знания, многое станет понятнее, и истина, наконец, приблизится.

В утверждениях о субъективности истины между бытием и человеком устанавливается обратная связь: то, что человек называет объективным миром, на самом деле представляет собой лишь его ощущения. Отсюда следует, что любой объект существует лишь тогда, когда он воспринимается человеком с помощью чувств. Поэтому упор делается не на самих факта, а на том, как человек их воспринимает и интерпретирует. Еще софист Протагор утверждал, что именно «человек есть мера всех вещей, в том, что они существуют и в том, что они не существуют», а на вопрос, теплый сегодня ветер или холодный, мудрец ответит следующим образом: «кому тепло, для того ветер теплый, а кому холодно, для того — холодный». Истина субъективна, поскольку субъективно восприятие человека, а иными критериями, кроме восприятия, человек не располагает. «*Esse est percipi*» — «Существовать — означает быть воспринимаемым» — утверждал английский философ Джордж Беркли. Таким образом, иного критерия реальности существования любого объекта, кроме восприятия его человеком, нет.

На ранних этапах развития философии понимание истины определялось представлением о том, какую форму знания следует считать истинной. Приверженцы рационализма полагали истину объективной. Сторонники истинности человеческих ощущений утверждали, что истина зависит от человека, и поэтому она субъективна. Однако, начиная с семнадцатого века, когда естествознание окончательно сменило натурфилософию, обе формы знания сблизились и превратились в две стадии научного познания — эмпирическое и теоретическое. При этом стоит заметить, что субъективная истина вовсе не исчезла. Просто теперь она относится к внутреннему миру человека — его чувствам, переживаниям, личностной интерпретации действительности.

А. К. Бояркин, Д. А. Павличенко
**МЕТОД ДИНАМИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ
И ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ИНОСКАЗАНИЕ КАК СПОСОБ
ВЫРАЖЕНИЯ МЫСЛИ**

Кафедра философии,

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к. филос. н., доцент В. В. Сопов*

Иносказание — это фундаментальная особенность искусства и, в частности, художественной речи. Необходимо осмыслено подойти к изучению второго смыслового ряда многих произведений писателей, принад-

лежащих к разным эпохам, рассмотреть использование в практике метода динамического программирования на примерах иносказания в творчестве А. С. Пушкина. Метод динамического программирования является широко распространённым математическим методом современной теории управления, который применяется в реализации многошаговых процессов управления. И хотя механизм проектирования и осуществления проектов будущего был известен задолго до того, как американский математик Р. Беллман формализовал его в алгоритме метода динамического программирования (МДП) наиболее широкое применение (в особенности для оптимизации решений разного рода задач, допускающих представление решения как последовательности множеств состояний и путей перехода из одного состояния в другие) данный механизм получил в течение последних 50 лет. МДП работоспособен потому, что в природе есть первооснова, которой соответствует его алгоритм. Некоторые люди, анализируя прошлое на длительных интервалах времени, обращали внимание на то, что их желания обладали способностью сбываться. Если множества возможных состояний образуют хронологическую последовательность, то расчётная схема МДП может быть построена как из реального настоящего в прогнозируемое определённое будущее, так и из прогнозируемого будущего в реальное настоящее. В ходе выявления практической ценности МДП мы выяснили, что метод динамического программирования применим и к произведениям русской литературы (например, к семи взаимосвязанным между собой произведениям русского поэта и драматурга А. С. Пушкина: «Уединённый домик на Васильевском», «Гробовщик», «Станционный смотритель», «Барышня-крестьянка», «Домик в Коломне», «Выстрел», «Метель») что открывает исследователям новые стороны в понимании творчества как источника передачи смыслов в преемственности поколений. Для использования в жизни МДП необходимо соблюдение главного из его условий: в задачах оптимизации процессов управления МДП для реального осуществления спроектированного будущего только тогда работоспособен, если избрано завершающее процесс определённое состояние. Это завершающее состояние должно быть заведомо устойчивым и приемлемым процессом, объемлющим и несущим оптимизируемый МДП частный процесс. Но выбор определённых характеристик процесса, в который должна войти управляемая система по завершении алгоритма МДП, лежит вне его — в области «мистики» или в области методов, развитых в нематематических по своему существу науках и ремёслах. Вот теперь можно понять, почему Пушкин, не зная о МДП, воспользовался лежащим в его основе механизмом программирования будущего. В «Метели» он нашёл и символически выразил наилучший вариант матрицы будущего России. Нужно только понять, что под каждым персонажем повести Пушкин зашифровал определённое социальное явление подобно своему учителю баснописцу И.А. Крылову, который под каждым персонажем басни подразумевал определённый характер, имеющий место в человеческом об-

ществе. Творчество же Пушкина ясное, светлое, совершенное и загадочное. Как писал Н.В. Гоголь, «Пушкин есть явление чрезвычайное и, может быть, единственное явление русского духа: это русский человек в его развитии, в каком он, может быть, явится через двести лет».

А.В.Будаев, С.Ю.Шмакотин
ПРЕДЕЛЬНЫЕ ОБОБЩЕНИЯ = ПРЕДЕЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: асс. А.Б. Елеева*

Если задаться мировоззренческой категорией «Всё вообще», которая включает в себя всё, объективно существующее, то встаёт вопрос о первичных различиях в ней, которые должны быть определены на первом шаге построения мозаики видения мира в направленности процесса её развития «от общего к частностям».

Если же идти в обратном направлении «от частных к общему», то встаёт аналогичный по существу вопрос о предельных обобщениях, которые предшествуют шагу окончательного обобщения и порождению мировоззренческой категории «Всё вообще».

Оказывается, что наборы первичных различий в категории «Всё вообще» при развёртывании мозаики видения мира в направлении «от общего к частностям» и набор предельных обобщений, предшествующих категории «Всё вообще» при развёртывании мозаики в направлении «от частных к общему» вовсе не обязательно совпадают друг с другом: в подавляющем большинстве случаев развитие мозаики в направлении «от себя, как от наиболее устойчиво воспринимаемой частности, к пределам Бытия» порождает набор предельных обобщений, предшествующих категории «Всё вообще», не совпадающий с набором первичных различий при развитии мозаики в направлении «от общего к частностям».

По существу сказанное означает, что в мозаики одного подтипа не будут отображаться те объективные явления, которые отображаются в мозаики другого подтипа: в мозаиках одного подтипа они будут либо отсутствовать, либо в них *в одном и том же мировоззренческом или понятийном модуле* будут сливаться и смешиваться объективно не тождественные друг другу, т.е. объективно разные явления.

То есть, один из подтипов мировоззрения будет в чём-то не полон, а в чём-то смутен, расплывчат, вследствие чего его носители будут обречены своими системно-мировоззренческими ошибками на множество ошибок в прогностике и в выборе смысла своей жизни, в выработке и в осуществлении линии поведения, реализующей смысл жизни.

Этот вывод ставит нас перед необходимостью войти в рассмотрение процессов становления и развития мозаик в каждом из направлений.

Т. З. Гаджиев
**ПРОБЛЕМА ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ
ПРОДУКТОВ**

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: Е.В.Глебов*

Число жителей Земли за последнее столетие увеличилось с 1.5 до 5.5 млрд. человек, а к 2020 году предполагается вырост до 8 млрд., таким образом возникает огромная проблема, стоящая перед человечеством. Эта проблема заключается в огромном увеличении производства продуктов питания, несмотря на то, что за последние 40 лет производство увеличилось в 2.5 раза, все равно этого не достаточно. Вот почему ученые взялись за проблему создания трансгенных растений.

Создание генетически модифицированных (ГМ) продуктов является сейчас ее самой главной и самой противоречивой задачей.

Преимущества ГМ — продуктов очевидны: они не подвержены вредному влиянию бактерий, вирусов, отличаются высокой плодovitостью и длительным сроком хранения. Неочевидны последствия их употребления: учёные-генетики пока не могут ответить на вопрос, безвредны ли генетически модифицированные продукты для человека.

Генетически модифицированные организмы появились в конце 80-х годов двадцатого века. В 1992 году в Китае начали выращивать табак, который «не боялся» вредных насекомых. Но начало массовому производству модифицированных продуктов положили в 1994 году, когда в США появились помидоры, которые не портились при перевозке.

ГМО объединяют три группы организмов:

1. генетически модифицированные микроорганизмы (ГММ);
2. генетически модифицированные животные (ГМЖ);
3. генетически модифицированные растения (ГМР) — наиболее распространенная группа.

На сегодня в мире существует несколько десятков линий ГМ-культур: сои, картофеля, кукурузы, сахарной свеклы, риса, томатов, рапса, пшеницы, дыни, цикория, папайи, кабачков, хлопка, льна и люцерны. Массово выращиваются ГМ-соя, которая в США уже вытеснила обычную сою, кукуруза, рапс и хлопок.

В 2006 году ГМ-культуры выращивали в 22 странах мира, среди которых Аргентина, Австралия, Канада, Китай, Германия, Колумбия, Индия, Индо-

незия, Мексика, Южная Африка, Испания, США. Основные мировые производители продукции, содержащую ГМО – США (68%), Аргентина (11,8%), Канада (6%), Китай (3%).

Специалисты-противники ГМО утверждают, что они несут три основных угрозы:

- Угроза организму человека – аллергические заболевания, нарушения обмена веществ, появление желудочной микрофлоры, стойкой к антибиотикам, канцерогенный и мутагенный эффекты.

- Угроза окружающей среде – появление вегетирующих сорняков, загрязнение исследовательских участков, химическое загрязнение, уменьшение генетической плазмы и др.

- Глобальные риски — активизация критических вирусов, экономическая безопасность.

Решить проблему, связанную с распространением и использованием ГМ-культур, полученных с помощью несовершенных технологий, силами одной страны и даже нескольких стран невозможно. Необходимо объединить усилия всех стран для спасения планеты от опасных генетически модифицированных организмов, которые из-за несовершенства применяемых технологий превратились в ОМП, т.е. оружие массового поражения, и могут уничтожить всё живое на планете.

С.А. Кисленко, М.С. Войтко
ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА

Кафедра философии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.фил.н., доцент А.В. Хлебалин

Одиночество является сложным и противоречивым феноменом развития личности. Оно, подчас, связано с деформацией различных отношений личности и, в этом случае сопровождается осознанием или ощущением не просто чуждости мира, но и невозможности занять в нем более или менее устойчивое положение. То есть, одиночество затрудняет процесс успешного вхождения личности в широкий контекст социальных отношений, а дефицит чувства общности ведет к недоразвитию конструктивных отношений с миром.

Объект исследования — характеристики феномена одиночества, позволяющие рассматривать его как ресурс развития личности.

Предмет исследования — влияние одиночества на процесс развития личности.

Цель исследования — теоретическое обоснование ориентиров и направлений работы практического психолога, позволяющих преодолеть не-

гитивное влияние одиночества на личность и использовать его позитивный потенциал в целях развития личности.

Заключение. Человечество рассматривает одиночество как хорошее или плохое, как то, с чем нужно бороться или, наоборот, принимать его, и одногласно признает, что одиночество обуздало современный мир. Изменяющаяся политико-экономическая ситуация в нашей стране, заставляющая значительную часть населения пересматривать свои взгляды, позиции, систему взаимоотношений с другими людьми, изменения, происходящие в сфере образования и, связанная с этим сложность положения юношества, актуализируют проблематику одиночества и вызывают необходимость поиска теоретического подхода к пониманию одиночества и оптимальной модели психолого-педагогической помощи в развитии личности.

С.А. Байрамова, Н.Ю. Назарбекова
**СУЩНОСТЬ ЛЮБВИ. ЛЮБОВЬ В ФИЛОСОФСКОМ
АСПЕКТЕ**

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: преподаватель Е. В. Глебов*

Только в любви и через любовь человек становится человеком. Без любви он неполноценное существо, лишенное подлинной жизни и глубины и не способное ни действовать эффективно, ни понимать адекватно других и себя. И если человек — центральный объект философии, то тема человеческой любви, взятая во всей ее широте, должна быть одной из ведущих в философских размышлениях. Философский анализ любви разворачивается в двух основных направлениях: описание конкретных многообразных видов и исследование тех общих черт, которые присущи каждой из разновидностей любви.

Уже давно люди спрашивали себя, когда возникла любовь — вынес ли ее человек из животного царства, или она появилась позднее. Многие считают, что любовь родилась позже своих собратьев — ненависти, зависти, дружелюбия, материнского чувства. Пещерные люди, которые жили ордой, групповым браком, наверно, не знали никакой любви. Исследователи древности говорят, что ее не было даже тогда, когда стало возникать единобрачие. Многие философы, психологи, ученые считают, что во время античности любви не было, а был один только телесный эрос, простое половое влечение. Эрос античности — так называют они любовь того времени, и это ходячий взгляд, который многие считают аксиомой. Вряд ли, конечно, верно, что в древности не было настоящей любви. О любви то и дело говорится уже в

самых древних мифах Греции, а в классическую эпоху, почти двадцать пять веков назад, появились даже теории духовной любви — Сократа, Платона и Аристотеля.

В этике с понятием любви связаны интимные и глубокие чувства, особый вид сознания, душевного состояния и действий, которые направлены на другого человека, общество и т.д. Сложность и важность любви продиктованы тем, что в ней сфокусированы в органическом соединении физиологическое и духовное, индивидуальное и социальное, личное и общечеловеческое, понятное и необъяснимое, интимное и общепринятое. Нет такого развитого общества и нет такого человека, кто не был с ней знаком хотя бы в малой мере. Более того, без любви не может сформироваться моральный облик человека, не происходит нормального развития.

Любовь является ведущей потребностью человека, одним из главных способов укоренения его в обществе. Человек лишился природных корней, перестал жить животной жизнью. Ему нужны человеческие корни, столь же глубокие и прочные, как инстинкты животного. И одним из таких корней является любовь. “Что любовь есть вообще драгоценное благо, счастье и утешение человеческой жизни — более того, единственная подлинная ее основа — это есть истина общераспространенная, как бы прирожденная человеческой душе”. Особо следует подчеркнуть такую черту любви, как ее универсальность: каждый человек находит, в конце концов, свою любовь и каждый является или со временем станет объектом чьей-то любви. Красив человек или безобразен, молод или не очень, богат или беден, он всегда мечтает о любви и ищет ее. Причина этого проста: любовь — главный и доступный каждому способ самоутверждения и укоренения в жизни, которая без любви неполнокровна и неполноценна.

Вероятно, никогда не иссякнут споры о соотношении разумного и иррационального, физического и духовного в любви. Ясно, однако, одно: через нее мы осознаем, познаем и смысл жизни вообще, и собственную автономию. Любовь всегда счастлива, несчастлива лишь нелюбовь, ее отсутствие. Любовь — это критерий для нас самих и для окружающих наших способностей, нашего искусства быть человеком.

Д.И.Батанов
ЧТО ТАКОЕ ВОПРОС?

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.ф.н., доцент М.Б.Софиевко*

Людей издревле интересовали различные вопросы — о происхождении мира, человека, о зарождении жизни на земле, о Боге и прочие. Познавая

себя, мы задаем себе вопрос. Но мы не задумываемся, что из себя представляет сам вопрос — настолько это обыденный процесс. Познание мира происходит через вопрос, из чего следует, что это главная составляющая самопознания. Не зря ребенок начинает интересоваться всем, что его интересует, с помощью вопроса. Он делает это неосознанно, в некоторой степени, из соображений саморазвития, ему становится интересно все, что происходит вокруг — почему светит солнышко, почему трава зеленая, почему малышкой приносят аисты, и пренебреженно на грядку с капустой, и даже бывают такие одаренные дети, которые спрашивают, что такое дифференциальное уравнение, или что такое диалектика. Стремление узнать больше делает из нас людей. *Cogito ergo sum* как говорил известный философ, физиолог и математик Рене Декарт.

Задавая вопрос, мы обязательно сначала его создаем внутри себя, мы его мыслим. С медицинской точки зрения — мышление это нейрофизиологический процесс, высшая нервная деятельность или психическая деятельность (согласно представлениям И.П. Павлова).

Согласно Толковому словарю русского языка С.И. Ожегова, Н.Ю. Шведовой, «Вопрос — 1. Обращение, направленное на получение каких-нибудь сведений, требующее ответа; 2. То или иное положение, обстоятельство, как предмет изучения и суждения, задача, требующая решения, проблема; 3. Дело, обстоятельство, касающееся чего-нибудь, зависящее от чего-нибудь; 4. Нечто неясное, не до конца известное»

Зачастую задать вопрос намного сложнее, чем дать на него ответ. От формулировки вопроса напрямую зависит ответ. Иногда, мы задаем вопрос лишь для того, чтобы услышать желаемый ответ, который нам известен заранее, но мы хотим услышать его из других уст.

Вопрос предполагает недостаток информации. Испытывая информационное голодание, человек может интеллектуально «похудеть».

Мной был проведен опрос. Из 10 опрошенных мной респондентов, которым была поставлена задача дать определение понятию «вопрос», два респондента оказались самыми близкими к истине, на мой взгляд.

«Вопрос — это форма мысли, требующая ответа. Исключением является риторический вопрос». И правда, вопрос никогда не задается просто так, у него есть определенная цель — получение нужной информации, к примеру, или дать повод собеседнику задуматься.

«Вопрос — это решение, которое МЫ рано или поздно должны принять». От наших решений зависит наша жизнь.

Из всего вышеперечисленного, становится ясно, что вся наша жизнь наполнена вопросами. И все они требуют одного — дать возможность своему разуму мыслить, чтобы ответить на все вопросы, хоть это и невозможно, потому что ответы на вопросы порождают новые вопросы.

С.Б.Рахимгулова*
**НЕИЗВЕСТНОЕ В ФИЛОСОФСКОМ НАСЛЕДИИ
Ф. ШЛЕЙЕРМАХЕРА**

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.ф.н., проф. Э.В.Барбашина*

Философское наследие Шлейермахера долгое время оставалось в тени Гегеля и вновь обрело актуальность в эпоху так называемого «герменевтического поворота». Придание герменевтике универсального характера и разработка ее как метатеории и рефлексии, направленной на анализ категории понимания и условий понимания является решающим вкладом Шлейермахера. Наиболее известна его герменевтическая концепция. Она включает в себя следующие положения: 1. Понимание текста складывается из понимания его частей. Сами части понимаются из контекста целого. Творчество автора также понимается как часть, для которого целое — историческая эпоха, литература, язык. 2. Шлейермахер представляет понимание как единство двух сторон — грамматической и психологической. Задача грамматической стороны понимания — анализ лексических, грамматических и средств и синтаксиса произведения. Цель психологической интерпретации — совершенное понимание стиля автора. Что касается недостаточно изученных мест в философском наследии Шлейермахера, то пристального внимания требуют его работы по диалектике и этике. То, что было привнесено им в герменевтику, исходило в частности, из его этической теории. Она является, по мнению его ученика и последователя Августа Твестена, «ключом к пониманию его научных работ». У Шлейермахера этика представляет собой культурно-историческую теорию. Поднятые в его работах по этике проблемы познания, языка, человеческой индивидуальности неразрывно связаны с проблематикой его герменевтической концепции. Недостаток в переводах и серьезных исследованиях по этике и диалектике Шлейермахера создает поле для новых исследований.

Н.А. Короткая, Е.В. Горбунова
**ПРОБЛЕМА ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ
И ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ**

*Кафедра философии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ст. преподаватель Е.Ю. Жичина*

Актуальность. Появление трансплантологии и активное ее распространение приводит к тому, что тело человека становится все более овеществленным, превращается в предмет купли-продажи.

Цель. Рассмотреть, что превращает человеческое тело в вещь. Найти механизм «очеловечивания человека».

Метод. Анализ публикаций в СМИ, в большей степени электронных.

Практическое значение состоит в том, чтобы выяснить для себя и своих однокурсников способы взаимодействия с пациентами (донорами), способные сохранить человеческое достоинство.

Изучив материалы, мы пришли к следующим выводам:

Обеспечение равных прав пациентов происходит благодаря следованию следующим правилам: выбор реципиента осуществляется только в соответствии с медицинскими показаниями, учитывающими тяжесть состояния пациента, его иммунологические и генетические характеристики; приоритет донорских органов не должен определяться выявлением преимуществ отдельных групп и специальным финансированием.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Е. Н. Мезенцев*

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Кафедра факультетской хирургии,
Новосибирского государственного университета
Научный руководитель д.м. н, Ю. М. профессор Шутов*

Актуальность исследования. По данным различных авторов, летальность при остром панкреатите составляет 10–70%. Принятые значительной частью хирургов методы консервативной терапии и оперативных вмешательств, не дают желаемых результатов. Высокую летальность связывают с развитием гнойных осложнений и формированием полиорганной недостаточности. Нередко причиной таких грозных осложнений, является запоздавшая диагностика и несвоевременно выполненная операция.

Цель исследования. Выявить различия параметров внутрибрюшного давления у пациентов различного типа телосложения. Разработать алгоритмы диагностики и прогнозирования течения острого панкреатита на основе антропометрических данных.

Материал и методы. антропометрический, секционный, морфометрический, патогистологический, клинический, инструментальный, лабораторный.

Результаты исследование и обсуждение. Измерение внутрибрюшного давления проводили манометром собственной конструкции. Данный манометр состоит из градуированной трубки, шприца и трехходового крана. Для измерения мы использовали обычный мочевого катетер Фолея, через который в полость мочевого пузыря вводили 50–100 мл стерильного физиологического раствора, после чего присоединяли к катетеру Фолея прозрачный капилляр либо линейку и измеряли внутрипузырное давление, принимая за ноль лонное сочленение. Измерение внутрибрюшного давления через моче-

вой пузырь является самым используемым, за ним следует прямой метод и желудок. До недавнего времени одной из нерешенных проблем оставалось точное количество вводимой жидкости в мочевого пузырь, необходимой для измерения внутрибрюшного давления. И сегодня эти цифры варьируют от 10 до 200 мл. Как показали международные исследования, целесообразнее вводить около 25 мл жидкости — это не приводит к искажению уровня внутрибрюшного давления, что было утверждено на согласительной комиссии по проблеме компрамент — синдрома. Точный уровень внутрибрюшного давления, который характеризуется как интраабдоминальная гипертензия, до сих пор остается предметом дебатов. В литературных источниках доминирует интервал 15-18 мм рт. ст. (20-25 мм вод. ст. Burch и соав. В 1996 году разработали классификацию компрамент-синдрома. I степень характеризуется внутрипузырным давлением от 12 до 15 мм рт. ст., II степень — 16–20 мм рт. ст., III степень — 21–25 мм. рт. ст., IV степень более 25 мм. рт. ст. В современной литературе нет единого мнения относительно уровня внутрибрюшного давления при котором развивается интраабдоминальная гипертензия, о чем говорят и проведенные нами исследования у людей различного типа телосложения.

В исследование вошли контрольная группа пациентов (120), с различным типом телосложения (по 40 в каждой группе) и клиническая группа больных с острым панкреатитом также (120) различного типа телосложения (по 40 в каждой группе).

Как показали наши исследования у лиц различным телосложением исходное внутрибрюшное давление разнится значительно. Это объясняется в первую очередь анатомическими особенностями и топографическими отношениями органов брюшной полости, которые находятся в прямой зависимости от типа телосложения. У лиц долихоморфного типа телосложения исходное давление на порядок выше чем у лиц брахиморфного типа телосложения. Это обусловлено меньшим объемом брюшной полости и органов малого таза. Это связано с тем, подвздошные кости расположены вертикально таз значительно уже, объем его также меньше, что несомненно усиливает давление на стенки мочевого пузыря, что и определяется более высокими исходными данными. Поскольку у лиц брахиморфного типа телосложения подвздошные кости расположены более горизонтально то и объем таза значительно больше и нет такого давления на стенки мочевого пузыря. Отсюда будут отличаться и результаты оценки внутрибрюшной гипертензии при патологии органов брюшной полости, в частности при остром панкреатите.

Заключение. Определяя внутрибрюшное давление у пациентов поступающих с диагнозом «острый панкреатит», необходимо учитывать тип телосложения, чтобы правильно интерпретировать данные инструментальных исследований, это дает возможность оптимизировать хирургическое лечение и прогнозировать исходы острого панкреатита и его осложнений.

Н.И. Севрюкова
**ХИТОЗАН – ГЕЛЬ И ЛИМФОКОРРЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ
ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Кафедра факультетской хирургии, Новосибирский
государственный медицинский университет
Научный руководитель д.м.н., профессор Ю. М. Шутов*

Актуальность исследования. В России по данным статистики около 5 миллионов человек страдают трофическими язвами нижних конечностей. Они характеризуются малой тенденцией к заживлению, рецидивирующим течением, часто приводят к инвалидизации больных. Этио-патогенетической основой трофических язв является нарушение локальной гемолимфоциркуляции, включая микрососудистый уровень поражения. Трофические язвы нижних конечностей являются следствием разнообразных заболеваний, нарушающих локальную гемолимфоциркуляцию, включая микрососудистый уровень поражения. Вне всякого сомнения, грубые трофические нарушения на нижних конечностях чаще встречаются чаще всего среди пациентов, страдающих хронической венозной недостаточностью. Имеющиеся в настоящее время хирургические консервативные методы лечения не обладают должной эффективностью, не оказывают влияние на лимфодренажную функцию региона конечности, не учитывают изменения в регионарном лимфатическом аппарате. При этом эффективность дренажной функции лимфатической системы конечности зависит не только от лимфатических сосудов, но и от анатомофункционального состояния лимфатических узлов. Одним из подходов к коррекции торпидно протекающих раневых процессов является использование регионарной лимфотропной терапии и местного применения хитозан-геля. Хитозан вызывает большой интерес у медиков благодаря своим уникальным биомедицинским свойствам: совместимость с тканями человеческого организма, отсутствие иммунореактивности, способность к биodeградации и полному выведению из организма, способность образовывать тонкие защитные покрытия ран, сильное заживляющее действие на раны, биостимуляция.

Материалы и методы исследования. Методы — бактериологические, морфометрические, патогистологические, ультразвуковые, клинические. Больные с трофическими язвами нижних конечностей

Результаты исследования. Нами пролечено 50 больных с хроническими язвами на голени и стопе различной этиологии. Возраст больных от 28 до 87 лет. Их них мужчин 15, женщин 35. Давность трофической язвы от 3 месяцев до 5 лет. В 37 случаях причиной явилась варикозная болезнь нижних конечностей и хроническая венозная недостаточность. В 5 наблюдениях больные были ранее оперированы в отделениях сосудистой хирургии. Методика заключается в следующем : в межпальцевые промежутки на стопе

делаем инъекции гентамицина на новокаине с добавлением лидазы и трипсина, после этого накладываем на язву хитозан-гель и воздействуем ультразвуком на рану и регионарные лимфоузлы. Данные процедуры повторяем ежедневно до заживления язвы. Отмечено, что уже после третьей процедуры язва очищается, появляются единичные грануляции. При патогистологическом исследовании уменьшается количество лейкоцитов, появляются лимфоциты и единичные макрофаги, отчетливо прослеживается тонкая сеть новых сосудов. В последующем мы наблюдаем уменьшение раны за сутки на 10–15%.

Заключение: разработанные технологии регионарной лимфотропной терапии и местного применения хитозан-геля с трофическими язвами нижних конечностей различного генеза являются патогенетически обоснованными и эффективными. Применение регионарной лимфокоррекции и местного хитозан-геля нам удалось ускорить процесс заживления ран в 1,5 раза, снизить частоту рецидивов на 50%.

М. З. Шутова
**АНТРОПОЛОГИЯ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР СТРОЕНИЯ
ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА И ЕЕ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ
ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ И ВЫБОРА МЕТОДА
ЛЕЧЕНИЯ**

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Кафедра факультетской хирургии, Новосибирский

государственный медицинский университет

Научные руководители: д.м.н., профессор А. В. Волков,

д.м.н., профессор Ю. М. Шутов

Актуальность исследования. В структуре вертеброгенных синдромов шейного уровня плечелопаточный периартроз встречается в 20% случаев. Используемые в настоящее время общепринятое лечение (медикаментозная терапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия, массаж, блокады) далеко не всегда удовлетворяют пациентов и врачей, что определяет поиск новых методов ранней диагностики и новых методов воздействия.

Целью настоящего исследования явилась исследование морфофункционального состояния мягко-тканых образований плечевого пояса на основе соматотипа, с целью улучшения диагностики и лечения

Материал и методы исследования. Секционные, антропологические, морфометрические, клинические.

Результаты исследования. Проведенные патологоанатомические исследования показали, что у трупов людей долихоморфного типа телосло-

жения продольные размеры дельтовидной мышцы преобладают над поперечными, сухожилие двуглавой мышцы также имеет более протяженную структуру, оно расположено более медиально, синовиальная оболочка более тонка, вместимость (объем сухожильного влагалища) незначителен. Капсула сустава также тонка, суставной жидкости незначительное количество. Акромиально-ключичная связка также более тонка и протяженна.. У трупов людей долихоморфного типа телосложения более выражен фиброз, кальциноз капсулы сустава, утолщение и фиброз сухожильного влагалища двуглавой мышцы плеча, дегенеративные процессы в клювовидно-брахиальной связке. У людей брахиморфного типа телосложения выявлено, что поперечные размеры дельтовидной мышцы преобладают над продольными, передняя ее часть более массивна и закрывает сухожилие и сухожильное влагалище двуглавой мышцы плеча. Сухожилие более короткое сухожильное влагалище более вместительное. Сухожилие лежит более латерально. Капсула плечевого сустава более прочна, количество суставной синовиальной жидкости больше чем у лиц долихоморфного типа телосложения. Это говорит о том, что движения в плечевом суставе проходят в лучших физиологических условиях. Что и подтверждают наши морфометрические и гистологические исследования. Нами пролечено 120 больных с заболеваниями мягкотканых образований плечевого пояса, назначением лечебных блокад с дипроспаном или кеналогом с учетом типа телосложения, топографоанатомических ориентиров пораженных мягкотканых образований плеча, а также физиопроцедур по топографоанатомически обусловленным триггерным зонам. Как показали сравнительные данные с контрольной группой с учетом разработанных алгоритмов нам удалось улучшить результаты лечения в 1,5 раза и сократить сроки пребывания на больничном листе в 2 раза.

Заключение: в дифференциальной диагностике заболеваний мягкотканых образований плеча, необходимо учитывать тип телосложения, топографоанатомические ориентиры мягкотканые образования плечевого пояса с целью диагностики и назначения лечения.

Б. А. Сущинский
**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ
ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ**

*Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.В. Выговский*

Актуальность исследования. По данным литературы, переломы ключицы составляют 16–27% всех переломов костей скелета. Основным мето-

дом лечения переломов ключицы является консервативный. При этом, ортопедические осложнения возникают в 5–10% случаев. При возникновении обоснованных показаний для хирургического лечения перед оперирующим хирургом стоит вопрос оптимального выбора фиксатора и способа остеосинтеза.

Цель исследования. Провести анализ применения и развития способов оперативного лечения переломов ключицы. Улучшить результаты оперативного лечения пациентов с диафизарными переломами ключицы.

Материалы и методы исследования. Анализ современной отечественной и зарубежной литературы по данному вопросу, анализ результатов оперативного лечения различными способами погружного остеометаллосинтеза (ОМС) больных с диафизарными переломами ключицы на различных этапах лечения: варианты накостного (НОМС), интрамедуллярного (ИОМС), комбинированного (КОМС) и ПУ — предложенным устройством. Были использованы анатомо-топографический, клинический, рентгенологический, статистический методы.

Результаты исследования. В историческом и эволюционном плане рассмотрена динамика развития методов лечения диафизарных переломов ключицы. Проведен клинический анализ отдаленных результатов оперативного лечения 52 пациентов с диафизарными переломами ключицы, оперированных различными способами погружного остеометаллосинтеза за период с 2009 по 2011 гг.: 16 (30,79%) больных — исследуемая группа, 36 (69,21%) больных — контрольная группа. Возраст пациентов составлял от 18 до 67 лет. По классификации АО повреждения ключицы у всех пациентов относились группам А и В. В контрольной группе, где применялись способы ИОМС и НОМС ортопедические осложнения возникли у 13 (36,11%) больных. Из них: НОМС — 7 (19,44%) больных, ИОМС — 6 (16,67%) больных. В исследуемой группе, где применялось ПУ осложнений не возникали.

Выводы.

1. Травматичность накостного ОМС привела к неблагоприятным исходам в результате нарушения кровоснабжения и снижения механической прочности костной ткани винтами пластин.
2. При простом внутрикостном шинировании высока вероятность миграции фиксатора с потерей стабильности ОМС и инфицированием кости.
3. Предложенное устройство уменьшает риск возникновения выше-названных осложнений.
4. Оперативное лечение только при наличии абсолютных показаний.

А.Р. Аветисян*, А.К. Шапилов.
**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ
ОСТЕОПЛАСТИКИ И ЗАДНЕЙ ВНУТРЕННЕЙ
ФИКСАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ
С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ
ПОЗВОНКОВ С ДЕФЕКТАМИ КОСТНОЙ ТКАНИ**

*Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д. м. н., профессор В. В. Перих*

Вопросы диагностики, выбора тактики эффективного лечения компрессионных переломов позвонков на фоне остеопении и остеопороза - открытые вопросы современной травматологии и ортопедии. Существует несколько альтернативных методов лечения компрессионных переломов позвоночника. Наиболее эффективный из них - создание циркулярного блока на уровне поражения с одновременной коррекцией кифотической деформации. Однако эти операции достаточно травматичны и не всегда могут быть выполнены у лиц с отягощенными соматическими заболеваниями. Методы цементной вертебропластики и кифопластики так же используются в лечении компрессионных переломов, они имеют узкие показания и не позволяют полностью провести коррекцию локальной кифотической деформации. Сам же костный цемент на основе полиметилметакрилата во время полимеризации вызывает локальный ожог костной ткани, а затем остается инородным телом внутри позвонка. Метод остеопластики в условиях задней внутренней фиксации имеет преимущества над вышеизложенными способами лечения, однако не достаточно освещен в современной медицинской литературе.

Цель исследования. Лечение компрессионных переломов тел позвонков грудного и поясничного отдела позвоночника методом транспедикулярной фиксации с остеопластикой.

Материалы и методы исследования. Проводилось исследование 24 больных (м-10, ж-14) в возрасте от 42 до 72 лет $M = 57,9(14,9)$ находящихся на лечении в отделении патологии позвоночника НИИТО в разные периоды с 2009 по 2011гг. Сроки наблюдения от 4 до 6 месяцев с момента операции. Для верификации переломов тел позвонков использовали универсальную классификацию повреждений позвоночника Magerl 1994г. (А 2.3–58.3%, А 3.1–41.7%). Деформация поврежденных отделов оценивалась по методу Cobb. МПКТ оцениваем по данным денситометрии двухэнергетическим рентгеновским денситометром Diskaveri QDR(Hologik Inc). Для оценки полученных данных применяется Т-критерий, значения которого, согласно рекомендациям ВОЗ, соответствуют: -1 — нормальная МПКТ, до -2.5-остеопения, значение ниже -2.5 — остеопороз, ниже -3.5 — тяжелый остеопороз.

Опросник Oswestry Disability Index версии 2.0 (2000г) для определения функциональных исходов спустя 6 месяцев после операции. Визуально-аналоговая шкала VAS с максимальным значением 10 баллов для определения выраженности боли спустя 6 месяцев.

Результаты. Группы сравниваемых пациентов: I группа — 13 пациентов со значением Т-критерия, соответствующим норме и остеопение (до -2,5); во II группу отнесены 11 пациентов с остеопорозом позвоночника, Т-критерий < -2,5. Функциональная дезадаптация пациентов I группы $31,0 \pm 8,3\%$; II группы — $30,9 \pm 7,48\%$. Указанные значения функциональной дезадаптации незначительно выше минимального уровня функциональных ограничений в соответствии с классификацией ODI и обусловлены ограничениями в ортопедическом режиме, соблюдаемом пациентами в момент их осмотра. Их состояние не требовало проведения дополнительного лечения, и данные результаты интерпретировались как хорошие. Показатели шкалы VAS пациентов спустя 6 месяцев после операции: $2,67 \pm 0,73$ и $2,56 \pm 0,64$ (соответственно, I и II группа).

Выводы. Восстановление опороспособности вентральной колонны позвоночника при помощи пластики сломанных остеопоротических позвонков в сочетании с задней внутренней фиксацией, позволяет достичь хороших клинических и прогностических результатов лечения, повышения качества жизни пострадавших в раннем и поздних периодах после операции.

К.К. Антоненко

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИИ

*Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А. В. Волков*

Актуальность. Современные методы диагностики и технологии оперативных вмешательств при заболеваниях и повреждениях основания черепа и его содержимого невозможны без точных топографо-анатомических знаний с учетом конституциональных вариантов черепа. Однако при множестве описательных и экспериментальных данных ощущается недостаток теоретических и обобщающих работ по морфологии труднодоступных структур черепа. Это целиком относится к области задней черепной ямки, где имеются сложные взаимоотношения сосудисто-нервных образований, которые должны быть учтены при операциях в данной области.

Цель исследования: выявить топометрические особенности индивидуально-типологической изменчивости сосудисто-нервных взаимоотно-

шений с окружающими костными образованиями в области задней черепной ямки (ЗЧЯ).

Материал и методы исследования: Исследование выполнено на 50 черепах взрослых людей мужского и женского пола. Произведено определение черепного индекса (продольно-широтный индекс) отношение максимальной ширины черепа к её максимальной длине (ширина/длина $\times 100$), в соответствии с которым выделены долихоцефальный, мезоцефальный и брахиоцефальный тип черепа (Шевкуненко В.Н.). Произведена краниометрия сосцевидного отростка с определением его ширины, высоты и размеров основных отверстий для сосудов и нервов в данной области.

Результаты собственных исследований. Установлено, что в нашем исследовании в соответствии с черепным индексом долихоцефальный тип черепа составил 24%, мезоцефальный тип черепа — 44% и брахиоцефальный тип черепа — 32%. Высота сосцевидного отростка у долихоцефалов 2,5 см, мезоцефалов 2,3 см, брахиоцефалов 2,4 см.

Длина ЗЧЯ в среднем составляет 82 мм и несколько больше у мужчин, чем у женщин (в среднем 78 мм). Ширина ЗЧЯ у мужчин в среднем равняется 112 мм, у женщин — 107 мм. У долихокранов длина ЗЧЯ несколько больше, чем у брахикранов, а ширина, наоборот, больше у брахикранов, чем у долихо- и мезокранов. Ширина основания сосцевидного отростка у долихоцефалов 2,25 см, мезоцефалов 2,27 см, брахиоцефалов 2,5 см. Таким образом для долихоцефалов характерна более вытянутая форма сосцевидного отростка с узким основанием, для брахиоцефалов низкая форма с широким основанием.

Было отмечено, что все отверстия наружного основания черепа располагаются на линии фораминифера. Нами установлено, аналогичную линию можно отметить и на внутреннем основании черепа. Правая и левая линии сходятся под углом, у долихоцефалов угол равен 45° , мезоцефалов 55° , брахиоцефалов 60° .

Исследование взаимоотношения сигмовидной борозды с основанием сосцевидного отростка показало, что для брахиоцефалов характерно более глубокое положение борозды, что приближает венозный сигмовидный синус к ячейкам отростка.

В ходе исследования канала лицевого нерва нами было замечено, что ход лицевого нерва у долихоцефалов круто изгибается, у брахиоцефалов идет практически прямо.

Вывод. Длина ЗЧЯ составляет значительную часть общей длины мозгового черепа, что предполагает большую роль затылочной области в формировании мозгового черепа.

Данное исследование поможет предотвратить повреждение лицевого нерва и сигмовидного синуса при оперативном доступе в заднюю черепную ямку, а также поможет разработке новых доступов.

Н.В. Антонова
МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН КИСТИ

*Кафедра факультетской хирургии
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель д.м.н., профессор Ю.М. Шутов*

Актуальность темы. В связи с недостаточной эффективностью традиционных методов лечения гнойно-воспалительных заболеваний кисти, не всегда приводящих к желаемому результату, диктует необходимость поиска новых способов санации данной патологии, направленных на ускорение регенераторных процессов.

Как бы не протекала регенерация тканей, она всегда сопряжена с физиологическими факторами местного и общего значения, регулирующими этот процесс и в числе этих факторов наибольшее значение имеет состояние кровообращения и лимфообращения. Именно интерстициальное пространство является основной ареной транспортных потоков, обеспечивающих эндозкологию региона.

Как известно, основой регенерации является ряд сдвигов, касающихся дыхания тканей и обмена веществ в области регенерации. Подчеркивается факт кислородного голодания тканей, особенно в начале процесса, которое стимулирует пролиферативные процессы мезенхимальных элементов и, в том числе эндотелия капилляров.

Цель исследования. Определить влияние регионарной внутривенной антибиотикотерапии и местной лимфокоррекции на морфофункциональное преобразование гнойной раны кисти.

Материалы и методы исследования. Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти. Обследовано и пролечено 120 больных. Лабораторные исследования, бактериологические, цитологические. Ретроспективный анализ амбулаторных карт больных лечившихся традиционными методами. Статистические методы

Результаты и обсуждения. С 2005 года и по настоящее время нами проводится лечение с гнойными заболеваниями кисти с использованием регионарной внутривенной и лимфотропной терапии. В связи с развитием клинической лимфологии, изучением морфофункционального состояния лимфатического русла, в частности, при острой гнойной инфекции, большое значение придается возможностям практического управления функциями лимфатической системы

Наличие у больных даже локального гнойно-некротического очага кисти или пальцев кисти сопровождалось целым рядом изменений общепатологического характера, свидетельствующих о развитии у них явлений гнойной интоксикации. Это проявилось повышением температуры тела,

характерным изменением количества лейкоцитов в периферической крови и лейкоцитарного индекса интоксикации, повышением уровня среднемолекулярных пептидов и изменения белкового спектра плазмы крови. Причем ни в одном случае не пришлось прибегать к специальным терапевтическим мероприятиям, либо к дополнительному ведению антибиотиков традиционными методами. Это свидетельствует о высокоэффективном и патогенетически обоснованном лечебном мероприятии.

Введение внутривенно полусинтетических антибиотиков 3–4 поколения, а также применяя местную лимфотропную терапию (антибиотики лидокаин, и лидаз) в межпальцевые промежутки, нам удалось добиться в первую очередь восстановления дренажной функции лимфатического русла, наиболее высокой концентрации антибиотиков в зоне поражения (даже ретроградно), что способствует быстрому очищению раны, регенерации, эпителизации и как следствие сокращению сроков лечения.

Заключение. И так, применяя регионарную внутривенную и лимфотропную терапию нам удалось купировать проявление общей интоксикации, более чем в 2 раза ускорить очищение ран от присутствующей микрофлоры, предупредить вторичное инфицирование и в среднем в 2 раза дня сократить пребывание пациента на больничном листе.

К.С.Астракова
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ
ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СИЛИКОНОВЫХ
И НИТИНОВЫХ СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ
С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВОДА**

*Кафедра госпитальной и детской хирургии*¹

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*²

Новосибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: к.м.н., ассистент Е. А. Дробязгин¹,

к.м.н., доцент Д. В. Чебыкин², к.м.н., ассистент А. В. Кутепов¹

Хирургическое лечение заболеваний пищевода остается одним из наиболее трудных разделов торакоабдоминальной хирургии на протяжении всей её современной истории. Рак пищевода, как основная причина развития опухолевой стриктуры верхних отделов желудочно-кишечного тракта, занимает в мире 7 место среди злокачественных новообразований. Рак пищевода в 70–80% случаев диагностируется поздно, а радикальное лечение может быть выполнено лишь у 10–30%. Основным клиническим сим-

птомом распространенного рака пищевода и кардиального отдела желудка является дисфагия, возникающая у большинства больных. В настоящее время общепризнанным методом паллиативного лечения дисфагии является стентирование пищевода. Имплантация стента является малоинвазивным методом, позволяющим добиться быстрого уменьшения дисфагии и улучшения качества жизни пациента. В лечении неоперабельных стенозов пищевода этот метод является более простым и эффективным, чем другие методы паллиативного лечения. Наряду с этим, стентирование может быть осуществлено с использованием разных моделей пищеводных стентов – силиконовых и нитиноловых.

Целью работы являлся анализ результатов лечения пациентов торакального отделения ГНОКБ со стентированием пищевода различными видами стентов, а также поиск достоверных различий между результатами лечения с использованием указанных видов стентов и вывод о предпочтении в лечении больных с показаниями к стентированию пищевода использования одного из указанных видов стентов.

В исследовании было использовано специально организованное статистическое наблюдение. Были исследованы данные историй болезни всех пациентов со стентированием пищевода торакального отделения ГНОКБ с 2006 по 2011 гг. Всего исследовано 104 случая. Пациенты были поделены на две группы, исходя из того вида стента, который был им установлен при операции стентирования пищевода. Группа пациентов, которым был установлен силиконовый стент, включила в себя 26 человек, а группа пациентов, которым был установлен нитиноловый стент, включила в себя 78 человек. Для оценки эффективности различных методик сравнивали между собой частоту интра- и послеоперационных осложнений. Была поставлена цель найти закономерность в появлении осложнений стентирования пищевода от вида используемого стента. Были применены непараметрические критерии для определения существенности различий несопряженных совокупностей, такие как Критерий Хи-квадрат и Критерий Фишера. Полученный показатель критерия Фишера, равный $F = 3,8$, соответствует уровню значимости $p < 0,001$, что позволяет говорить о наличии достоверных статистических различиях в сравниваемых группах. Полученная величина критерия Хи-квадрат, равная $\chi^2 = 18,4$, соответствует уровню значимости $p < 0,001$. Это значит, что с доверительной вероятностью 99,9% можно утверждать, что имеются существенные отличия в наличии осложнений при использовании стентов разных конструкций ($p < 0,001$).

Таким образом, после проведения анализа определено, что число послеоперационных осложнений достоверно ниже при использовании нитиноловых стентов, что обуславливает предпочтительность их использования.

Л.Ю. Гарибова, Ю.Ю. Кулябин, Л.А. Монакова.
**ПЕРИАЦЕТАБУЛЯРНАЯ ТРОЙНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ТАЗА–
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ОБОСНОВАННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ
НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. Д. В. Рыжиков,
к.м.н., доцент А. И. Новиков*

Актуальность проблемы заключается в широкой распространенности патологии тазобедренного сустава (ТБС), нередко поздней ее диагностике, неоднозначных результатов лечения, формирования диспластического коксартроза и раннего протезирования.

Цель. Сравнить метод тройной периацетабулярной остеотомии таза с традиционными методами лечения нестабильности ТБС: открытым вправлением вывиха бедра, остеотомией таза по Солтеру, деторсионно-варьезирующей остеотомией бедренной кости.

Материалы и методы. Статистическая обработка 32 историй болезни пациентов ФГБУ ННИИТО 2007–2010 гг, перенесших тройную остеотомию таза и транспозицию вертлужной впадины с целью устранения нестабильности ТБС. Анализ результатов лечения изучаемой патологии традиционными способами по литературным данным. Изучение гистологического материала, полученного у пациентов через 3 и 18 месяцев после применения предлагаемого метода, оценка жизнеспособности вертлужной впадины.

Результаты. По данным нашей статистики в период за 2007–2010 гг. при лечении детей в возрасте 3–9 лет достигается восстановление функции ТБС у 93 % пациентов. Кровопотеря при данном виде вмешательства в среднем составляет до 20% объема циркулирующей крови, что позволяет в послеоперационном периоде не прибегать к гемотрансфузии. Общая продолжительность лечения в среднем составляет 90 дней. В ходе исследования удалось доказать, что интраоперационно мобилизованная вертлужная впадина не имеет декомпенсации кровообращения, сохраняет свою жизнеспособность и потенциал роста.

Выводы. Транспозиция вертлужной впадины - это способ наиболее эффективного трехмерного восстановления конгруэнтности и стабильности ТБС в сравнении с традиционными методами лечения данной патологии. Мобилизованный вертлужный компонент сохраняет кровоснабжение, иннервацию, гиалиновый хрящ, сумочно-связочный аппарат. Эти факторы предупреждают развитие диспластического артроза, увеличивая срок службы сустава и устраняя или отодвигая на неопределенный срок необходимость протезирования ТБС. Для данного типа вмешательства не характерны релюксации, асептический некроз головки бедренной кости, конфликт

суставных поверхностей, что статистически является типичным перечнем осложнений традиционных методов. Морфологический и анатомический анализ показали необходимость максимально атравматичного отношения к капсуле тазобедренного сустава при проведении тройной остеотомии таза, так как капсула становится одним из основных путей кровоснабжения мобилизованного фрагмента вертлужной впадины.

И. А. Ефремов

ТАКТИКА ВРАЧА–ХИРУРГА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра факультетской хирургии,

Новосибирский государственный медицинский университет

Научный руководитель д. м. н., профессор Ю.М. Шутов

Актуальность темы. Внимание и интерес, которая вызывает венозная патология, обусловлены прежде всего тем, что огромное число больных, нуждающихся в помощи врача-хирурга, неуклонно растет из года в год. Безуспешность длительного лечения этих больных, в связи с многообразием форм поражения глубоких и поверхностных вен, тяжестью клинических проявлений, значительных функциональных, органических и косметических нарушений со стороны нижних конечностей, высокий процент временной потери трудоспособности и инвалидизации больных наносят вред здоровью трудящихся и многомиллионный ущерб экономике нашей страны, а у лиц пожилого возраста вызывают появления трофических язв, вплоть до гангрены пальцев стопы, требующих ампутации на различных уровнях. Все это превращает хирургическую проблему в медико-социальную. Особенное место в поликлинике с данной патологией занимают больные пожилого и старческого возраста. Рецидивы после операций, посттромбофлебетический синдром, хроническая венозная недостаточность, лимфадема, трофические язвы на фоне тяжелой сопутствующей патологии создают трудности в выборе лечения и прогнозе заболевания.

Цель исследования. Путем применения хирургических и флебосклерозирующих методов улучшить результаты лечения у больных с варикозной болезнью и ее осложнениями в амбулаторных условиях.

Результаты исследования. Нами обследовано и пролечено 40 больных старше 60 лет. Длительность заболевания была от 20 до 40 лет. Из них мужчин было — 16, женщин — 24. Рецидив варикозной болезни после операции был у 5 больных. 28 больным ранее предлагалась операция от которой они отказались. В анамнезе у этих больных частые тромбофлебиты, варикозные дерматиты, кровотечения, экзема больной конечности, трофические язвы с их инфицированием и возникновением флегмоны окружающих тканей. У

всех больных была тяжелая сопутствующая патология. Это ишемическая болезнь сердца, перенесенный инфаркт миокарда, патология печени, мочеполовой системы, кишечника. Неоднократно больные были консультированы сосудистыми хирургами с рекомендацией медикаментозного лечения у хирурга по месту жительства. Как правило, назначенная медикаментозная терапия не приносила успеха. Нарастали отеки, усиливались боли в нижних конечностях, появлялись судороги, чаще всего в икроножных мышцах, формировались трофические язвы.

При осмотре больных были видны варикозно трансформированные подкожные вены нижних конечностей в виде узлов, с пальпирующимися тромбами, гиперпигментация, дерматит, отеки стоп и нижней трети голени. Назначенная терапия в виде флеботоников, дезагрегантов, ношение эластических бинтов не давала успехов. Для уточнения причины патологического процесса всем больным выполнены УЗИ и дуплексное сканирование венозной системы нижних конечностей. Особое внимание обращали на проходимость глубокой вены.

На фоне проводимой консервативной терапии 30 больным выполнена операция Троянова-Тренделенбурга и склерозирование поверхностных вен 3% этоксисклеролом. Осложнений не наблюдали. Уже на 3 сутки больные отмечали улучшение — исчезли судороги, уменьшились боли и отеки. 2 больным, которым раньше была выполнена флебэктомия по Бебкокку, проведено склерозирование появившихся рецидивных поверхностных вен. Через 3 недели у 2 больных с трофическими язвами наступила эпителизация. Наблюдение в течении 6 месяцев показало отсутствие рецидива.

Заключение. Таким образом, сочетанное применение медикаментозного лечения, хирургического пособия и флебосклерозирующей терапии у лиц пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях, является безопасным и эффективным методом лечения варикозной болезни, осложненной хронической венозной недостаточностью и трофическими язвами нижних конечностей.

П.В. Животенюк
**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АКРОМИАЛЬНО-
БУГОРКОВОГО КОНФЛИКТА**

*Кафедра травматологии ортопедии и медицины катастроф,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. М.В. Казарезов*

Актуальность исследования данной нозологии, объясняется трудностью в её диагностике, довольно высокой заболеваемостью и экономическими потерями в связи с инвалидизацией.

Патогенез развития болезни сводятся к тому, что в сухожильно-мышечном и связочном комплексе плечевого сустава происходят дегенеративные изменения, объясняющиеся возрастом и тяжелой работой.

Повреждение основного динамического центратора — надостной мышцы и уменьшение стабилизирующего действия сухожилия длинной головки двуглавой приводят к нарушению динамической конгруэнтности головки плеча в суставной впадине. Что приводит к возникновению циклического соударения между передненаружной частью акромиона, коракоакромиальной связкой и большим бугорком плечевой кости. В результате развиваются дегенеративные изменения в месте прикрепления ВМП с образованием дефектов в тканях. Эти изменения приводят к развитию болевого синдрома и образованию контрактуры плечевого сустава.

На ранних стадиях болезнь проявляется субъективными ощущениями в виде болей в плечевом суставе, появляющихся при работе с поднятыми вверх руками, а также ночью. На этом этапе определяется симптом «дуги» или «арки болезненного отведения», когда пациент, при отведении плеча, ощущает боль в амплитуде в пределах от 40–60° до 120–160°. Это указывает на то, что происходит соударение большого бугорка, передненаружного края акромиона и коракоакромиальной связки. Между этими образованиями ущемляется ткани вращательной манжеты плеча, что проявляется болезненной пальпацией в проекции большого бугорка.

Лечение акромиально-бугоркового конфликта чаще всего начинается с консервативного. Оно предусматривает изменение физической активности пациента, специальную лечебную физкультуру. Из медикаментозных средств широко используются препараты, подавляющие воспалительную реакцию тканей и воздействующие на болевой синдром.

Основным хирургическим методом лечения является операция субакромиальной декомпрессии, которая заключается в удалении передненаружного края акромиона и резекции коракоакромиальной связки. Операция предназначена для создания условий свободного скольжения сухожилий наружных ротаторов в субакромиальном пространстве. Это способствует подавлению болевого синдрома и устранению контрактуры.

Итак, синдром акромиально-бугоркового конфликта — это заболевание, сочетающее в себе два постоянных компонента: ударный конфликт и поражение вращательной манжеты плеча, которые являются ответственными за боль и контрактуру плечевого сустава. Говоря об оперативном методе лечения необходимо отметить, что выбор метода оперативного вмешательства определяется преимущественным поражением, влияющим на мобильность плечевого сустава. Планирование оперативного вмешательства требует тщательного обследования пациента, которое подтверждает наличие повреждений ВМП.

И.Е. Ковешников, М.А. Колесникова
**ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КОЭФФИЦИЕНТА
ПОВЕРХНОСТНОГО НАТЯЖЕНИЯ СЫВОРОТКИ
КРОВИ ЧЕЛОВЕКА В НОЗОЛОГИЧЕСКОМ
И ПРОГНОСТИЧЕСКОМ АСПЕКТАХ**

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., проф. А. Н. Шмаков*

Актуальность исследования. КПН является важной гомеостатической константой и косвенно свидетельствует о состоянии системы микроциркуляции и проведении нервного импульса на биохимическом уровне (В.В. Баковец, Е.И. Верещагин, 2005). Однако научно его определение разработано слабо и в широкую практику не внедрялось. Кроме того, в литературе отсутствуют сведения о значениях и динамике КПН в зависимости от вида и тяжести большинства нозологических форм и групп.

Цели исследования. Количественная оценка мгновенных и динамических значений коэффициента поверхностного натяжения сыворотки человека в зависимости от вида патологии.

Задачи исследования: Отработать методику определения коэффициента поверхностного натяжения сыворотки крови человека (КПН); провести сравнение результатов определения КПН в зависимости от нозологической принадлежности пациентов и времени экспозиции сыворотки; выяснить закономерности динамических изменений КПН.

Материалы и методы исследования: проспективное исследование сыворотки крови пациентов, поступающих в терапевтические и хирургические отделения Государственной областной клинической больницы, в том числе в отделения реанимации и интенсивной терапии, через 5, 60, 120 мин с момента забора на этапах: первые сутки, третьи сутки с момента поступления (всего 6 исследований на одного пациента), и последующее сопоставление полученных значений КПН с данными истории болезни: диагноз, ведущий синдром. Математическая обработка материала методами непараметрической статистики: Манна – Уитни, Уилкоксона, χ^2 .

Результаты исследования: были проанализированы данные 154 пациентов. Из них: 20 пациентов составили группу контроля; 138 распределились по нозологиям: пневмонии — 3 %; кардиологические: — 16%; травма — 0,7%; терапевтические — 26%; хирургические — 4,5%; трансплантация органов — 6,7%; гематологические — 9%; ожоги — 3%; токсикологии отделение — 10%; пациенты других отделений — 21,1%. Были получены графические изображения динамики изменения КПН сыворотки крови у группы контроля и у пациентов с патологией. Были выделены наиболее значимые временные интервалы для измерения КПН (5 часов через каждые 30 минут: 6 контрольных точек).

Выводы: изменение КПН сыворотки крови нужно оценивать в течение 5 часов (контрольные точки каждые 30 минут), оценивать нужно не отдельные показатели КПН в отдельные промежутки времени, а изменение КПН в динамике в период указанного времени в течение нескольких дней (до начала терапии, в период терапии, а также после стабилизации состояния).

О.П. Колесников
**ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА
В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ
АБДОМИНАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ**

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель д.м.н., проф. В. А. Фомичев*

Целью работы были разработка и оценка эффективности комплексной программы периоперационного обезболивания на основе эпидуральной блокады и профилактики дыхательных расстройств при хирургическом лечении больных с большими и гигантскими послеоперационными абдоминальными грыжами.

Материалы и методы исследования. Исследования проводили у 61 пациента в возрасте от 40 до 70 лет, оперированных по поводу послеоперационных абдоминальных грыж. У 785 больных как сопутствующее заболевание было отмечено ожирение. Больные были разделены на две группы: основная группа (n=30) и группа сравнения (n=31). В основной группе оперативное вмешательство проводили под общим обезболиванием в сочетании с эпидуральной анестезией. В группе сравнения проводили тотальную внутривенную анестезию с ИВЛ. Послеоперационное обезболивание в основной группе выполняли методом продленной эпидуральной анальгезии с постоянной перфузией 0,2% раствора ропивакаина со скоростью $16,0 \pm 4,2$ мг/час. В группе сравнения обезболивание проводилось системным применением опиоидных анальгетиков. Функциональное состояние легких в обеих группах оценивали по параметрам кривой поток/объем (FN) форсированного выдоха, которые фиксировались аппаратом FLOWSCREEN PRO (Германия). Определяли жизненную емкость легких, форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за секунду, индекс Тиффно, пиковую скорость выдоха. Прикроватные исследования этих параметров проводили портативным аппаратом SPIROTRON (Германия). Измерение показателей функции легких проводили накануне операции, в 1–4 дни и на 7 день после операции

Результаты. Сравнительный анализ послеоперационной динамики параметров функции внешнего дыхания показал, что ФЖЕЛ в основной группе на 1–2, 2–3, 3–4 и 7–8 сутки после операции была снижена по сравнению с исходными показателями на 59%, 33%, 24% и 2% соответственно, а в группе сравнения на 61%, 54%, 34%, 13% соответственно. Пиковая скорость выдоха на 1–2, 2–3, 3–4 и 7–8 сутки была снижена по сравнению с исходными показателями в основной группе на 68%, 84%, 86%, 97% соответственно, а в группе сравнения — на 61%, 54%, 66%, 87% соответственно. Средний койко-день для пациентов основной группы составил 20 дней, для больных в группе сравнения — 28 дней. Послеоперационные осложнения со стороны органов дыхания в основной группе были отмечены у 3 больных, а в группе сравнения — у 8 пациентов.

Выводы. Результаты исследования показали, что в группе больных, которым проводилась продленная эпидуральная анестезия, показатели биомеханики дыхания хотя и ухудшались по сравнению с дооперационными, но в меньшей степени, чем у больных, где после операции аналгезия осуществлялась с помощью системного введения наркотических анальгетиков. Кроме того, выявлено, что послеоперационное обезболивание путем дозированной инфузии нарпина в эпидуральное пространство снижает риск и частоту развития послеоперационных легочных осложнений и уменьшает сроки пребывания в стационаре.

О. П. Колесников

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Кафедра анестезиологии-реаниматологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель д.м.н., проф. В. А. Фомичев*

Целью данного исследования является использование методик регионарной аналгезии и средств системной аналгезии у этой категории больных

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено у 106 больных в возрасте от 16 до 77 лет. Морфологические варианты опухолей были представлены саркомой костей, метастазами опухолей различной локализации в костях. Большинство больных проходили курсы химиотерапии перед операцией и имели органические нарушения разной степени выраженности. Все пациенты были разделены на 2 группы сопоставимые по полу, возрасту, характеру патологии и объему оперативных вмешательств. Общая мультимодальная анестезия проводилась 40 больным, сочетанная мультимодальная и эпидуральная анестезия (ЭА) была выполнена 66 пациентам. Для ЭА использовался 0,75% раствор нарпина.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных в обеих группах средняя продолжительность операции составила 5 часов, а кровопотеря — 3000 мл. Несмотря на обширность, продолжительность операции и значительную кровопотерю показатели гемодинамики и метаболизма в группе больных с мультимодальной анестезией оставались в пределах физиологических значений. К концу операции достигалась удовлетворительная компенсация анемии. На фоне стабильной гемодинамики, инфузионной терапии, проведения ИВЛ метаболический ацидоз не развивался, хотя имелась тенденция к дефициту оснований. Уровень глюкозы крови на этапах операции оставался в пределах нормы, а к концу оперативного вмешательства незначительно ее превышал. В конце операции больным данной группы вводили внутривенно перфолган 1000 мг и трамадол 100 мг внутримышечно. В группе больных, где проводилась комбинация общей и регионарной анестезии, дозы компонентов общей анестезии снижались, в сравнении с дозами в I группе пациентов. Течение анестезии не имело принципиальных отличий от такового в I группе. Однако для стабилизации показателей гемодинамики потребовалось применение инотропной поддержки, несмотря на меньший объем кровопотери. Показатели метаболизма также оставались в пределах физиологических значений. В послеоперационном периоде продленная ЭА, при необходимости, дополнялась внутривенным введением наркотических анальгетиков.

Выводы. Использование ЭА в ортопедической онкологии не исключает необходимости мультимодального подхода к обеспечению адекватной анестезиологической защиты. При обширных ортопедических операциях общая анестезия в превентивной анальгезией не уступает по эффективности сочетанию общей и эпидуральной анестезии, но при сочетанной анестезии дозы антиноцицептивных компонентов достоверно ниже.

О.П. Колесников
**ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ
В ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ
НА БРЮШНОЙ АОРТЕ**

*Кафедра анестезиологии-реаниматологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель д.м.н., проф. В. А. Фомичев*

Целью данного исследования является обобщение опыта анестезиологического обеспечения больных при реконструктивных операциях на брюшном отделе аорты и оценка эффективности послеоперационного обезболивания у пациентов данной категории.

Исследования проводились у 39 пациентов с облитерирующим атеросклерозом аорты и артерий нижних конечностей в возрасте от 45 до 75 лет.

У всех пациентов до операции были выполнены сопутствующие заболевания, такие как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, хронический бронхит. Больные в зависимости от анестезиологического пособия были разделены на 4 группы. Больным 1 группы проводилась внутривенная анестезия в комбинации с эпидуральной анальгезией, пациентам 2-ой группы была проведена эпидуральная анестезия. У больных 3-ей группы комбинировалась общая и субарахноидальная анестезия, а пациентам 4 группы проводилась субарахноидальная анестезия. Для спинальной и эпидуральной анестезии использовался 0,5% раствор маркаина, а в послеоперационном периоде 0,2% раствор ропивакаина. Анализ параметров общей гемодинамики проводился на следующих этапах: исходные данные (1 этап), начало операции (2 этап), наложение зажима на аорту (3 этап), снятие зажима с аорты (4 этап), 5 этап – конец операции.

У больных 1 группы продолжительность операции составила 245 мин. После реализации анестезии АД сист.(САД) снизилось на 30%, а ЧСС не изменялась. Это привело к увеличению темпа инфузии кристаллоидов до $10,0 \pm 1,2$ мл/кг/час. На 3 этапе ЧСС уменьшилась на 7% а САД повысилось на 17% по сравнению с предыдущим этапом. 4 этап совпадал с основной кровопотерей и для стабилизации гемодинамики вводили коллоиды в дозе 7-10 мл/кг. У больных 2 группы длительность операции составила 171 мин. Снижение САД на 2 этапе составило 20%, а 3 этап привел к повышению САД на 5%. Но на 4 этапе САД снизилось на 35%, что потребовало увеличение скорости инфузии и дофамин до 4 мкг/кг/мин. В послеоперационном периоде в обеих группах больных проводилась продленная эпидуральная анальгезия 0,2% раствором нарпина. У пациентов 3 группы средняя продолжительность операции составила 245 минут, и в качестве анестетика использовался маркаин. Реализация анестезии приводила к снижению САД на 30%, что требовало инотропной поддержки дофамином. Наложение зажимов на аорту приводило к повышению САД на 15%. А снятие зажимов реализовало снижение САД на 24% по отношению к исходным данным. Показатели гемодинамики стабилизировались дофамином. В 4 группе больных средняя продолжительность операции составила 175 минут. После развития спинномозговой анестезии отмечено снижение САД на 10%. Но в момент снятия зажима с аорты отмечалось резкое снижение САД в среднем на 38%, что потребовало увеличение темпа инфузии и использование дофамина в дозе 8-10 мкг/кг/мин. Послеоперационная анальгезия обеспечивалась парентеральным применением анальгетиков.

Выводы. У больных при операциях на брюшной аорте оптимальным методом периоперационного обезболивания является продленная эпидуральная анестезия на фоне ИВЛ с послеоперационным использованием нарпина, т.к. позволяет избежать резких колебаний показателей гемодинамики и обеспечить более адекватную послеоперационную анальгезию.

Е.Д. Кривенкова, Д.С. Врабие
**РОЛЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ
ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ УРЕТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ
РЕЦИДИВОВ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

*Кафедра урологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: асс. к.м.н. И. Н. Печурина,
д.м.н., проф. А.А. Еркович*

По данным различных авторов рестриктуры уретры возникают у 20–70 % прооперированных больных, свищи уретры от 27 до 75%, эректильная деформация от 15 до 32%, эректильная дисфункция от 23 до 47%. На исход заболевания влияют такие осложняющие факторы, как: протяженность стриктуры, возраст больного, сочетание стриктуры с ИППП, индивидуальные особенности репаративного процесса. Фиброз оперированных тканей и рестриктуры уретры провоцируют такие факторы как микробная инвазия, повторные вмешательства, гипоксия, несостоятельность иммунных программ. Поэтому поиски лечебных программ, нивелирующих факторы фиброгенеза имеют в настоящее время колоссальное значение.

Цель исследования: снизить количества рецидивов и послеоперационных осложнений у больных после урогенитальной реконструкции

Проведен анализ историй болезней 52 пациентов урологического отделения, поликлиники №1 ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, урологического медицинского центра, прооперированных по поводу стриктуры уретры в 2005–2011 г. Были выполнены следующие виды операций: оптическая уретротомия — 13, буккальная уретропластика — 19, кожно — фасциальная уретропластика — 9, анастомотическая уретропластика 11 человек. Выделены две группы пациентов. В первую группу (42 человека) включены пациенты у которых была применена программа ранней реабилитации рассчитанная согласно патофизиологическим срокам формирования рубца (до 30 суток п/о ведения), направленная на устранение или ослабление факторов, способствующих фиброгенезу: ГБО терапия 10 сеансов, ФТЛ — магнитолазеротерапия на область исследования — 10 процедур, антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, иммунокорректоры по данным иммунограммы. Вторая группа (10 человек) из пациентов получала традиционную терапию: ФТЛ — магнитолазеротерапия на область исследования — 10 процедур, антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Результаты оценены через 6 месяцев проводимого лечения на основании данных шкалы IPSS, уретрографии, урофлуометрии, уретроцистоскопии.

В первой группе пациентов рецидив стриктуры отмечен у 2 человек (4,76%), свищи уретры, эректильной деформации не зарегистрированы, ухудшение качества эрекции было зарегистрировано у 2 человек (4,76%).

В группе пациентов, получавших традиционную терапию, рестрикции уретры возникли у 3 человек (30%), свищ уретры — у 1 человека (3,3%), ухудшение эректильной функции у 3 человек (30%).

Т.о. программа ранней реабилитационной терапии после реконструкции уретры объективно снижает частоту рецидивов и послеоперационных осложнений.

Выводы:

1.ранняя реабилитационная терапия после урогенитальной реконструкции основана на патогенетических механизмах репарации

2.Позволяет снизить количество рецидивов и послеоперационных осложнений

3.Может быть рекомендована для практического применения

Е.А. Левдина, Т.М. Смарж ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА РАСПОЛОЖЕНИЯ СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА

*Кафедра хирургических болезней
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. А.В. Кузнецов*

Актуальность. Частота встречаемости послеоперационных грыж — 5–11%, у больных, перенесших лапаротомию [Жебровский В.В. 2000]. Течение послеоперационного периода после грыжесечения, зависит как от общего состояния организма, так и от материала и положения сетчатого протеза в брюшной стенке. Вариабельность осложнений от 3 до 39% (Flum D.R. и др., 2003). Четких подходов по расположению протеза до сих пор не разработано, и остается на усмотрение оперирующего хирурга. Динамика отделенных результатов лечения этой группы пациентов изучена недостаточно.

Цель работы — проведение сравнительного анализа отдаленных результатов лечения больных послеоперационными вентральными грыжами в зависимости положения сетчатого протеза.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное исследование 183 пациентов трудоспособного возраста оперированных по поводу послеоперационных грыж методом протезирующей пластики по-

липропиленовым сетчатым протезом. Все грыжи срединной локализации MW2-4R0-3 по классификации SWR (J.P. Chevrel 1999). По способу размещения сетчатого протеза больные были разделены на четыре группы: onlay, inlay, sublay, underlay. Оценивали: срок стационарного и амбулаторного лечения, количество осложнений, качество жизни в сроки 6 мес., 12 мес, 24 мес, после операции.

Результаты исследования и обсуждение. Большинство пациентов 132 (72,1%) выписались из стационара в течение 10 суток после операции, 7 (3,83%) выписано позднее 21 суток, что косвенно говорит о количестве стационарных осложнений, причем преобладали пациенты с пластиками onlay и inlay. На этапе амбулаторного долечивания половина пациентов (48,6%) приступили к труду в сроки до 14 суток. Их можно расценить как прошедших без осложнений. Пациенты с осложнениями находились на лечении более 30 суток. Пациентов с осложнениями, долечиваемых более 30 суток в группе onlay на 54,1% больше чем в группе inlay, на 84,5% sublay и 89,9% underlay. Разница длительно лечившихся пациентов в стационаре и поликлинике составляет 2-4 раза в пользу амбулаторного звена. Так в группе onlay пациентов со сроками лечения свыше 21 суток 9,7%, а на амбулаторном этапе длительно нетрудоспособных уже 35,5%, что говорит о выявлении ряда осложнений уже после выписки из стационара, не вошедших в статистику стационарных осложнений.

При оценке качества жизни SF36 психическое здоровье и физические процессы (по показателям Mental Health, Physical Functioning, Bodily Pain) в течение 6 мес. в группе underlay в среднем на 30 % выше, чем в группах onlay и inlay, на 25%, чем в группе sublay. Через 12 мес. — в группе underlay на 28 %, в группе sublay на 27% выше. Через 24 мес. показатели с глубокими видами пластики в среднем на 15% выше.

Выводы: 1. Лучшие результаты по восстановлению сроков трудоспособности и количеству осложнений выявили в группах с пластикой sublay и underlay. 2. Часть раневых осложнений (до 36%) регистрируется и санится уже после выписки больного из стационара. 3. Проводя анализ качества лечения и количества осложнений необходимо учитывать сроки амбулаторного долечивания и сроки фактического восстановления трудоспособности. 4. Наименее желательна пластика onlay, ввиду большого количества раневых осложнений, самого длительного периода амбулаторного долечивания. 5. При анализе качества жизни с помощью опросника SF-36 достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического компонентов здоровья наблюдались у пациентов с глубокими видами пластики. Достоверных различий у пациентов групп sublay и underlay не наблюдали.

И.А.Наумова
**РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ
В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ**

*Кафедра анестезиологии-реаниматологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель д.м.н., проф. В. А.Фомичев*

Цель исследования: проанализировать в динамике использование методов регионарной анестезии в многопрофильной больнице.

Материалы и методы. Проведено статистическое исследование работы отделения анестезиологии-реанимации Дорожной клинической больницы на ст. Новосибирск (2008–2010 гг.) по применению регионарных методов анестезии. В 2008 г. было проведено 4980 анестезиологических пособий, из них в 1434 случаях (28,7%) применялся один из видов регионарной анестезии. В 2009 году всего анестезий было 5090, из них 1639 (32,2%) — проведено при помощи регионарных методов, а в 2010 году из 5341 проведенной анестезии, методики регионарной анестезии применялись в 1878 случаях (35,1%). Проводился анализ данных о соотношении проведенных регионарных анестезий: количество эпидуральных анестезий, проведенных в 2008 году, составило 59 случаев (1,2%), в 2009 году — 97 (1,9%), а в 2010 году — 254 (4,7%). Субарахноидальных анестезий в 2008 году было проведено 1201 случаев (24,1%), в 2009 году — 1251 случаев (24,6%), а в 2010 году — 1295 случаев (24,2%). Проводниковых анестезий в 2008 году зарегистрировано 77 (1,5%), в 2009 году — 115 (2,2%), а в 2010 году 142 (2,6%). Сочетание тотальной внутривенной анестезии с эпидуральной анестезией и ИВЛ в 2008 году отмечено 97 случаев (1,9%), в 2009 году — 85 случаев (1,6%), а в 2010 году — 52 (1,0%). Сочетанная ингаляционная анестезия с эпидуральной анестезией и ИВЛ в 2008 году не проводилась, в 2009 году — 29 случаев (0,6%), а в 2010 году — 52 (1,0%).

Результаты исследований. Нами зарегистрирован рост количества проведенных эпидуральных анестезий в 2009 году на 66,2% в сравнении с предыдущим годом, а в 2010 году — на 161,9% в сравнении с 2009 годом. Количество выполненных субарахноидальных анестезий в 2009 году возросло на 4,1% в сравнении с 2008 годом, а в 2010 году увеличилось на 3,6% в сравнении с предыдущим годом. Проводниковая анестезия в 2009 году стала применяться чаще на 18,5%, а в 2010 году на 23,4% чаще, чем в предыдущем. Применение сочетанной эпидуральной анестезии с тотальной внутривенной анестезией и ИВЛ сократилось в 2009 году на 12,3%, а в 2010 году — на 38,8% в сравнении с предыдущим годом. Сочетанная ингаляционная и эпидуральная анестезия с ИВЛ начала применяться в 2009 году и к 2010 году частота ее использования увеличилась на 33,7%.

Спинально-эпидуральная анестезия в 2008 году также не применялась, однако в 2010 году отмечен ее рост на 78,6% в сравнении с предыдущим годом. Из осложнений зарегистрирован только спинальный блок в 2009 и 2010 годах в 0,1% и 0,05% случаев.

Выводы. Анализ полученных данных демонстрирует рост частоты использования регионарных методов анестезии в многопрофильной больнице. Это связано с увеличением их востребованности данных методов в различных областях хирургии из-за простоты методик, достаточно высокого качества и экономичности применения.

Ю.Н.Патрушева, Г.С.Жангирова.
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАЛИЗА ИНТЕГРАЛЬНЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ
С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ
ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА
И ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ**

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии,
Новосибирский государственный медицинский университет.
Научный руководитель: к.м.н, доцент В. И. Кондаков.*

Актуальность. В основе синдрома системной воспалительной реакции лежит сверхпороговая активация всех защитных систем организма, развивающаяся на фоне системного действия повреждающих факторов с включением агрессивных молекулярных механизмов, она направленная на борьбу с инфекционным началом. Подобные проявления имеют место у больных с перитонитом сопровождающимся синдромом выраженной эндотоксикации.

Цель исследования. На основании изучения интегральных лабораторных показателей крови больных с различными формами аппендикулярных перитонитов определить проявление синдрома системной воспалительной реакции, тяжесть и динамику течения заболевания.

Материал и методы исследования: Проведен анализ 90 историй болезни больных в возрасте от 7 до 15 лет находившихся на лечении в отделении реанимации МУЗ ДКБ №1 по поводу различных форм аппендикулярных перитонитов. В зависимости от распространенности перитонитов больные были разделены на 3 группы: 1 группа 18 больных с разлитым перитонитом; 2 группа 16 больных с диффузным перитонитом; 3 группа 46 больных с местным перитонитом. С целью диагностики уровня эндотоксикоза оценивались интегральные лабораторные показатели в процессе лечения. Забор крови для исследования осуществлялся при поступлении больных в стационар, на 1, 3 и 7 сутки послеоперационного периода. В ка-

честве критериев оценки использовались: лейкоцитарный индекс интоксикации — ЛИИ; регенераторный сдвиг — РС; гематологический показатель интоксикации — ГПИ; уровень молекул средней массы — МСМ, фактор некроза опухоли — ФНО-α.

Результаты исследования: В результате проведенных исследований нами отмечено, что интегральные гематологические показатели могут использоваться в качестве диагностических критериев отражающих проявление системной воспалительной реакции организма, на стрессовое повреждение, обусловленное воспалительным процессом в брюшной полости, не зависимо от распространенности перитонита. Они наиболее информативны в острой фазе течения перитонита. Наиболее длительно остаются повышенными показатели ГПИ (1 сутки — 20,28; 3сутки — 5,94; 7сутки — 3,35), МСМ (1 сутки — 0,290; 3сутки — 0,52; 7сутки — 0,47), фактор некроза опухоли ФНО-α (1сутки — 53,25; 3сутки — 50,1; 7сутки — 27,01) у больных с разлитым перитонитом и ГПИ (1сутки — 7,73; 3 сутки — 4,07; 7 суток — 1,06), МСМ (1 сутки — 0,408; 3 сутки — 0,489; 7 суток — 0,723), фактор некроза опухоли (1 сутки-40,87; 3 сутки — 23,01; 7 суток — 19,0) с диффузным перитонитом несмотря на применяемую интенсивную терапию в течении 7 дней.

Выводы. Динамическая оценка интегральных показателей крови позволяет косвенно оценить выраженность локального воспалительного процесса и реакцию организма в целом на остро возникшее стрессовое состояние обусловленное аппендикулярным перитонитом. Анализ интегральных показателей позволяет проследить динамику течения заболевания и реактивность организма в процессе проведения лечения и внести коррекцию в проводимую терапию.

К.Г. Пахомов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БИЛЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА ПО АНАЛИЗАМ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ЗА 10 ЛЕТ

*Кафедра факультетской хирургии, Новосибирский
государственный медицинский университет
Научный руководитель д. м. н., профессор Ю. М. Шutow*

Актуальность исследования. Методы лечения острого биллиарного панкреатита постоянно совершенствуются, однако летальность остается на довольно высоких цифрах и достигает при тяжелых деструктивных формах 40–60%. Интерес хирургов к активной хирургической тактике объясняется неудовлетворительными результатами консервативного лечения тяжелых форм панкреатита. Однако до сих пор не достигнуто единодушия в вопро-

сах определения показаний к операции или методам консервативного лечения.

Цель исследования. По анализам историй болезни выявить и обосновать тактические подходы к консервативной терапии или хирургическому лечению острого билиарного панкреатита.

Материалы и методы исследования. Истории болезни больных пролеченных в стационаре 34-й городской больницы с диагнозом острый холецистопанкреатит, билиарный панкреатит.

Результаты исследования. В клинике факультетской хирургии лечебного факультета Новосибирской медицинской университета за период с 1990 по 2000 годы находилось на лечении 520 пациентов с холецистопанкреатитом. Из них с панкреонекрозом — 119, 51 — прооперирован. Помимо клинических признаков панкреатита в комплекс диагностических мероприятий входили УЗИ, эндоскопия, при необходимости обзорная рентгеноскопия брюшной полости, а также диагноз верифицировался такими анализами как диастаза мочи, амилаза и сахар крови. Лечение проводилось комплексно и включало в себя : промывание желудка холодной водой, паранефральную блокаду, спазмолитики , инфузионная терапия с форсированным диурезом, антиферменты , цитостатики, антибиотики, оксигенобаротерапия, плазмоферез.

Среди клинических симптомов заболевания преобладали болевой синдром и признаки шока с нарушением микроциркуляции. Провоцирующим фактором, как правило, являлось нарушение диеты. Злоупотребление алкоголем отмечено у 72% больных. Наиболее информативным методом диагностики является лапароскопия, которая дает возможность визуально оценить состояние желчного пузыря, наличие стеатонекрозов , характер выпота и исследовать его на наличие ферментов. Критерием оценки тяжести панкреонекроза является определение уровня в крови трансаминаз (АЛТ, АСТ). Эти показатели увеличиваются по мере прогрессирования цитолиза. Уровень глюкозы также является определяющим глубину некроза поджелудочной железы и характеризуется снижением гипергликемии до гипогликемии.

На основании анализа клинических, ультразвуковых,, эндоскопических и биохимических признаков установлено, что в развитии панкреонекроза билиарного генеза можно выделить три стадии. Первая - ферментативная, характеризующаяся повышением ферментной активности поджелудочной железы и шоком. Для второй стадии характерен лизис печеночной клетки , развитие желтухи и печеночной недостаточности. Последняя стадия- полиорганная недостаточность. В связи с этим нами разграничены методы лечения. На первом этапе необходимо проводить эндоскопический и хирургический методы. На втором- эндоскопической декомпрессии и плазмофереза, на третьем этапе — экстракорпоральные методы детоксикации.

Заключение. Наиболее целесообразно использование в клинической практике стадийности течения билиарного панкреатита, а назначения патогенетического лечения позволит уменьшить число неблагоприятных исходов и предупредить развитие прогрессирующих форм панкреонекроза.

А.М. Улитина, И.О. Рерих.
**ФИЗИОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ
ПРОСТАТЫ НА ФОНЕ ЕЕ ГИПЕРПЛАЗИИ**

*Кафедра урологии лечебного факультета,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н. профессор И. И. Титяев,
к.м.н. И. Н. Печурина*

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) во второй половине жизни мужчин встречается довольно часто, при этом нарушения метаболических процессов в ткани предстательной железы ведет к возникновению расстройств кровообращения и присоединению воспалительного процесса. Асептический простатит наблюдается в 60% случаях (Ю.А. Пытель, А.З. Винаров, 1999), а по данным W.Miersch (1996) асептическое воспаление встречается у всех пациентов, страдающих ДГПЖ. Следует подчеркнуть, что, согласно распространенному мнению, рак предстательной железы развивается на фоне гиперпластических процессов, инициированных хроническими воспалительными заболеваниями (S.S. Karhadkar et al., 2004; G.S. Palapattu et al., 2005). Лечение и реабилитация инфекционно-метаболических заболеваний мужской половой сферы остается одной из наиболее сложных задач в клинической андрологии, что требует дорогостоящего лекарственного обеспечения. Физио-воздействие на основные патологические процессы и прогностическая ценность дает возможность стандартизации и использования методов лечения в условиях любого медицинского учреждения, включая санаторно-курортный комплекс.

Цель исследования. Изучить клинический эффект КВЧ-терапии при ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом.

Всего получили терапию 134 больных с ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом. Возраст пациентов составлял от 58 до 73 лет (66.4 ± 4.2 года), объем предстательной железы от 38 до 58 см³ (43.2 ± 6.4 см³), средний балл IPSS составил 23.3 ± 6.1 , остаточной мочи было не более 40 мл, без obstructивных нарушений с ирритативной симптоматикой. В исследование включалось: заполнение шкалы IPSS, пальцевое ректальное исследование, исследование секрета простаты, УЗИ предстательной железы, определение простатспецифического антигена (ПСА) и общего тестостерона. При

ПСА ≥ 4 нг\мл проводилась трансректальная биопсия простаты, пациенты, у которых ПСА выше 8 мг\мл исключались из исследования, и им также выполнялась биопсия простаты. По данным патологического исследования диагностирована железисто-стромальная гиперплазия простаты с участками интраацинарной пролиферации эпителия с очагами хронического простатита. Те случаи, где обнаружена переходно-клеточная метаплазия с атипической интраацинарной неоплазией (PIN умеренной степени) и аденокарцинома в лечение не входили. Использовалась методика КВЧ-терапии на аппарате «Стелла-1», режим 126 или 135, излучатель №1 с длиной волны 7,1 мм и излучатель №2 с длиной волны 5,6 мм чередовались через день по 10 минут на одну точку, всего 10 сеансов. За один сеанс воздействие осуществлялось на 2-3 биологически-активные точки (VC3, V66, VG20, TR20, F1, RP9, E36, RP6, V54, и др.).

Через 3-4 сеанса у всех больных отмечалось субъективное и объективное улучшение мочеиспускания, средний балл IPSS уменьшился до $16,8 \pm 5,4$, по окончании курса лечения IPSS составил $11,2 \pm 3,9$. У всех больных с активным хроническим простатитом значительно снизилось количество лейкоцитов в секрете предстательной железы. Через 10 дней после окончания лечения всем больным определялся объем простаты, он оказался достоверно ($p < 0,5$) меньше исходного ($41,4 \pm 7,1 \text{ см}^3$). Предварительные данные позволяют рекомендовать проведение КВЧ-терапии больным с ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом при объеме железы до 58 см^3 с ирритативной симптоматикой в условиях любых лечебных учреждений.

Выводы. КВЧ-терапия у больных хроническим простатитом на фоне ДГПЖ дает субъективное и объективное улучшение результатов лечения.

А. В. Филоненко, И. Ю. Саматов*
**ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У
ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ**

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д. м. н., проф. А. К. Ровина*

Актуальность. Обязательным требованием к программе анестезиологического пособия у больных пожилого и старческого возраста с термической травмой является использование минимально инвазивных методик. Таким требованиям соответствует ларингеальная маска, которая являясь малотравматичным воздухопроводом, может быть альтернативой интубационной трубке, что способствует более безопасному течению анестезии. Однако публикаций, посвященных применению ларингеальной маски у ожого-

вых больных старших возрастных групп мало. С учетом вышеизложенного цель данного исследования представляется актуальной.

Цель исследования. Оптимизация анестезиологического пособия больным пожилого и старческого возраста с термической травмой путем использования низкотоковой ингаляционной анестезии с подачей севофлурана в закисно-кислородной смеси через ларингеальную маску.

Материалы и методы. Методика была применена при проведении анестезиологических пособий у 11 мужчин и 4 женщин в возрасте от 60 до 74 лет при проведении операций аутодермопластики. Средняя продолжительность хирургического вмешательства от 30 до 50 минут. Премедекацию выполняли на столе в составе: раствор атропина 0,01 мг/кг, раствор промедола 2 % — 1,0 мл. Индукцию проводили ингаляцией севофлурана (6 об. %). Для поддержания проходимости дыхательных путей применяли ларингеальную маску. Поддержание анестезии осуществляли севофлураном в закисно-кислородной смеси (от 65:35% до 50:50%) с добавлением фentanила на наиболее травматичных этапах оперативного вмешательства. Концентрация севофлурана на этапе забора кожи составляла 1,3–0,8 об. %, на последующих этапах оперативного вмешательства постепенно уменьшили до 0,5–0,4 об. %. Все больные находились на спонтанном дыхании. Проводили мониторинг: АД сист., АД диаст., АД ср., визуальный контроль ЭКГ с подсчетом ЧСС, SpO₂ монитором витальных функций SC 7000 (Siemens).

Результаты и обсуждение. Применение севофлурана в дозе 6 об. % у больных гериатрических групп с ожоговой травмой при выполнении операций аутодермопластики достаточно для установки ларингеальной маски. Во всех случаях контролируемые показатели оставались в пределах физиологических норм. У 9 больных во время индукции отмечали клинически значимое снижение V_{te}, увеличение f, что потребовало применение ВИВЛ. Применение данной методики обеспечило быстрое пробуждение больных (в среднем через 4–8 минут).

Выводы.

1. Применение закисно-кислородной смеси с севофлураном у больных старших возрастных групп с ожоговой травмой позволяет достичь достаточной глубины анестезии за короткое время с последующим быстрым восстановлением сознания и адекватного дыхания, что уменьшает риск развития возможных осложнений, связанных с депрессией дыхания в раннем послеоперационном периоде.

2. Применение низких потоков газовой смеси способствует поддержанию оптимальной температуры и влажности в дыхательном контуре, при этом исключается влияние газовых на микроклимат операционной.

3. Применение ларингеальной маски снижает инвазивность анестезиологического вмешательства, надежно обеспечивает проходимость дыхательных путей, адекватный газообмен и максимально снижает риск операций у тяжелообожженных больных.

И. Ю. Шелухина*

**УЩЕМЛЕНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ
В ОТВЕРСТИИ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ**

*Кафедра факультетской хирургии,
Новосибирский государственный медицинский институт
Научный руководитель д. м. н., профессор Ю. М. Шутов*

Одной из редких причин возникновения кишечной непроходимости является ущемление внутренней грыжи. Ущемление петли при этом, как правило, возникает во врожденных дефектах (отверстиях) связочного аппарата, отверстиях брыжейки тонкой кишки, в глубоких карманах брюшины. Трудности в диагностике внутреннего ущемления ведут к позднему оперативному вмешательству, а окончательный диагноз устанавливается во время операции. В этой связи представляет интерес следующее наблюдение внутреннего ущемления.

Больная В. 42 лет, поступила в хирургическое отделение 4 ч 35 мин 14.12.2005 года в хирургическое отделение 34 городской больницы (клиника факультетской хирургии) с жалобами на интенсивные боли в животе без четкой локализации, с иррадиацией в поясницу, тошноту, рвоту. Заболела остро за 8 часов до поступления. В анамнезе аппендэктомия (1980 г.). При осмотре в приемном отделении - состояние больной средней тяжести. Беспокойно, стонет от болей. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, симметричен, умеренно вздут, больше в верхних отделах, участвует в акте дыхания. При пальпации резко болезненный в эпигастральной области, где определяется не четкий симптом Щеткина – Блюмберга. Шума плеска нет. При перкуссии в верхних отделах живота определяется высокий тимпанит, аускультативно - вялые перистальтические шумы. Температура тела 37 С, лейкоцитоз до 14 000, диастаза мочи по Вольгемуту 64 ед.

При поступлении был поставлен диагноз «острый холецистопанкреатит» и начата консервативная терапия, включающая внутривенное введение глюкозы, кристаллоидных растворов, спазмолитиков, проведена паранефральная блокада (0,25% новокаин по 80 мл с обеих сторон). Состояние больной несколько улучшилось. Хотя и оставалось умеренное вздутие живота, перитонеальная симптоматика отсутствовала. Рвота прекратилась. В 20 часов этих же суток, т.е. через 16 часов пребывания в стационаре боли в животе внезапно усилились и приобрели схваткообразный характер, увеличилось вздутие живота, особенно в его верхних отделах. При рентгенографии брюшной полости выявлена резко раздутая петля тонкой кишки с большим горизонтальным уровнем жидкости, заполняющая верхний и средний отделы брюшной полости. С диагнозом «острая кишечная непро-

ходимость больная оперирована. Под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости небольшое количество геморрагического выпота. Обнаружена ущемленная резко раздутая петля тонкой кишки багрового цвета длиной 20 см. Ущемление произошло в дефекте (отверстии) круглой связки печени. После рассечения ущемляющего кольца и освобождения ущемленной петли тонкой кишки в ее брыжейку введено 60 мл 0,25% новокаина. Производилось отогревание кишки горячими салфетками. Однако кровоснабжение ущемленного участка кишки восстановить не удалось. Ущемленная петля кишки признана не жизнеспособной, произведена резекция 80 см тонкой кишки с наложением анастомоза «бок». Рана передней брюшной стенки зашита наглухо. Послеоперационный период осложнился ранней спаечной послеоперационной непроходимостью. Была проведена релапаротомия, рассечение спаек. Выписана 28.01.2006 года в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Целью представления этого клинического примера из практики ургентной хирургии, являются сложности ранней диагностики внутренних грыж брюшной полости и их не редким осложнением — ущемлением, клинически проявляющимся острой кишечной непроходимостью.

Е.Е. Щёкина*, Е.В. Григоров, Е.Г. Юшина,
Е.М. Зяблицкая

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В СИБИРИ

*Кафедра госпитальной и детской хирургии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н. И.А. Поршенников*

Потребность в оказании данного вида помощи в Новосибирской области назрела давно, в среднем около 50 пациентов ежегодно нуждается в трансплантации печени. Сегодня в листе ожидания печеночного трансплантата находится 50 человек, 23 из них в активном листе ожидания. За период 2010-2012 годов на базе ГБУЗ НСО ГНОКБ отделения трансплантации органов было выполнено 11 ортотопических трансплантаций печени: 7 женщинам и 4 мужчинам, возраст которых варьировал от 35 до 59 лет (средний возраст составил 51 год). Показанием для оперативного лечения у всех пациентов была терминальная стадия хронических заболеваний печени, однако этиология их была различной: у 4 пациентов имелся первичный билиарный цирроз печени, у 2 — токсической этиологии, у

2 — криптогенной этиологии, у 1 — вирусной HCV этиологии, у 1 — смешанной этиологии (токсической и HBV-инфекции), у 1 — цирроз печени в исходе аутоиммунного гепатита. Все реципиенты на момент операции относились к классам В и С по классификации Child-Pugh, MELD варьировал от 6 до 22 и в среднем был $10,8 \pm 1,43$. Холодовая ишемия трансплантатов составила от 340 до 565 мин. У всех пациентов гепатэктомия выполнена с сохранением нижней полой вены. Ввиду гипертрофии I сегмента печени либо значительной гепатомегалии, в 3 случаях гепатэктомия была выполнена в условиях полной афферентной сосудистой изоляции печени, в 1 случае пришлось прибегнуть к временному полному пережатия нижней полой вены. У 1 пациента гепатэктомия и кавальная реконструкция выполнены в условиях временного портокавального шунта. Ещё у 1 пациентки имелся функционирующий мезентерикокавальный шунт, который был разобщен после имплантации донорской печени. У 1 пациента гепатэктомия и венозная реконструкция проходили в условиях полного пережатия нижней полой вены, в остальных случаях использовалось боковое пережатие. Агепатический период составил от 40 до 280 минут. Кава-кавальный анастомоз во всех случаях был сформирован конец проксимального участка донорской вены в бок вены реципиента. По завершении формирования порто-портального анастомоза «конец-в-конец», последовательно запускался кровоток по трансплантату. В течение 10-15 минут печень постепенно приобретала нормальную окраску и начинала продуцировать светлую вязкую желчь, т.е. у всех пациентов наблюдалась первичная функция трансплантата. Вторичная тепловая ишемия трансплантата составила от 35 до 70 мин. Артериальные анастомозы формировались по типу «конец-в-конец». Билиарная реконструкция во всех случаях формировалась по типу холедохо-холедохоанастомоза «конец-в-конец» одиночными швами. Интраоперационная кровопотеря варьировала от 500 до 2500 мл. Продолжительность операции была от 9,5 до 13 часов. Во всех случаях использована 4-х компонентная схема иммуносупрессии: такролимус, базиликсимаб, препараты миофеноловой кислоты, метилпреднизолон. В 1 случае на 3 сутки наблюдалось гипокоагуляционное кровотечение, которое было остановлено консервативно. Одной пациентке на 7 сутки выполнена релапаротомия по поводу желчного затека из ходов Люшка. У одной пациентки в послеоперационном периоде выполнено стентирование билиарного анастомоза ввиду его стриктуры. Послеоперационная летальность составила 9,09% (у 1 пациента развилось фатальное нарушение ритма). У всех пациентов в послеоперационном периоде наблюдался регресс трансаминаз и билирубина. Таким образом, трансплантация печени является единственным радикальным методом лечения терминальных заболеваний печени различной этиологии, в ГНОКБ в настоящее время реализована программа трансплантации печени с хорошими ближайшими послеоперационными результатами.

О. Р. Эшматов, Ж. О. Акматов*
**ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ФАКТОРЫ
РАЗВИТИЯ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ**

*Кафедра общей и факультетской хирургии,
Кыргызско-Российский Славянский Университет, г. Бишкек.,
Кыргызская Республика*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Т. А. Осмонов

В течение последних 20 лет происходят революционные изменения основных патофизиологических концепций развития аневризмы брюшной аорты (АБА). Риск разрыва аневризмы прямо коррелирует с ее исходным диаметром (для аневризм диаметром более 5 см риск возрастает в 10 раз). Целью данной работы является изучение патофизиологических условий приводящих к развитию аневризмы брюшной аорты. Нами произведен ретроспективный анализ 21 больных, перенесших протезирование брюшной аорты по поводу аневризмы брюшной аорты. При обследовании больных выполнялись общеклиническое обследование, ультразвуковое доплеровское сканирование сосудов 21 больным (100%), магнитно-резонансная томография забрюшинного пространства 4 больным (11,2%), аортоартериография 10 больным (88,8%) и гистологическое исследование макропрепарата (резецированного аневризматического мешка) 21 больным (100%). Нами выявлено, что развитие аневризм брюшной части аорты обусловлено в первую очередь дегенеративными или воспалительными изменениями стенки аорты. Наиболее частое поражение инфраренального сегмента аорты зависит от следующих факторов: резкого уменьшения кровотока по брюшной части аорты дистальнее почечных артерий; нарушение кровотока по *vasavasorum*, вызывающего дегенеративные и некротические изменения в стенке аорты с замещением ее рубцовой тканью, и др. Все эти факторы приводят к дегенерации и фрагментации эластического каркаса стенки аорты и атрофии ее средней оболочки.

Основную роль каркаса аорты начинает выполнять наружная оболочка, которая не может адекватно предотвратить постепенное расширение просвета аорты. Макроскопически внутренняя поверхность аневризмы представлена атероматозными бляшками, нередко изъязвленными и кальцинированными. Внутри полости аневризмы пристеночно располагаются уплотненные массы фибрина, тромботические и атероматозные массы. Они составляют «тромботическую чашку». Последняя обычно легко отделяется от внутренней поверхности аорты, так как происходит некротическое расплавление как тромботических масс, та и самой стенки аневризмы. Макроскопически внутренняя оболочка выглядит в виде утолщенного слоя за счет атероматозных масс и атеросклеротических бляшек. Средний слой истончен, в нем отмечаются фиброз, гиалиноз, очаговые скопления гистоцитарных инфильтратов. Последние чаще выражены по ходу *vasavasorum*. Обе

эластические мембраны резко изменены, фрагментированы. Изменения среднего слоя могут быть настолько выражены, что местами полностью исчезает средняя оболочка. Наружная оболочка также изменена и истончена. При аневризме брюшной части аорты отмечаются резкое замедление линейной скорости кровотока в мешке, его турбулентность. Это хорошо видно на ангиографии, а также подтверждается данными ультразвукового дуплексного сканирования. В дистальное русло артерий нижних конечностей поступает лишь 45% объема крови, находящейся в аневризме. Механизм замедления кровотока в аневризматическом мешке обусловлен тем, что основной поток крови, проходя по аневризматической полости, устремляется вдоль стенок. Центральный поток при этом замедляется вследствие возврата крови, что обусловлено турбулентностью кровотока, наличием тромботических масс.

О.Р. Эшматов, Ж.О. Акматов*

ДИАГНОСТИКА АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

Кафедра общей и факультетской хирургии,

Кыргызско-Российский Славянский Университет, г. Бишкек.,

Кыргызская Республика

Научный руководитель: д.м.н., проф. Т. А. Осмонов

Для диагностики аневризмы брюшного отдела аорты применяются следующие методы: ультразвуковое дуплексное, сканирование аорты с пертехнетатом, компьютерная томография, аортография. Целью данной работы является диагностика аневризм брюшной аорты. Для выполнения цели выполнены следующие задачи: нами было обследовано 17 больных. У которых отмечалось пульсирующее образование в животе. При пальпации образование имело эластическую консистенцию, чаще бывало неподвижным. После обнаружения пульсирующего образования в животе производили аускультацию. Систолический шум над аневризмой выслушивался в 56% случаев. Рентгенологическое исследование пациента, проведено в прямой и боковой проекции. Редким признаком аневризмы брюшной аорты может быть узурация передней поверхности тел поясничных позвонков (II—V) в боковой проекции. (3 бх).

Чаще всего (40%) аневризмы были случайной находкой при клиническом ультразвуковом исследовании. Томография органов забрюшинного пространства позволяло дифференцировать аневризму брюшной аорты от опухолей забрюшинного пространства. При компьютерной томографии были видны структуры аневризмы, ее наружный и внутренний контуры, тромботические массы, участки расслоения. Современный комплекс диагностических неинвазивных методов исследования позволяет не проводить

ангиографию. Однако следует помнить, что только ангиографическое исследование дает полную и достоверную информацию, а значит, обеспечивает выбор оптимального хирургического доступа и объема операции. Трактовка ангиограмм была направлена на установление размеров аневризмы, ее точной локализации, определение состояния проксимального сегмента аорты висцеральных ветвей брюшной аорты.

Ультразвуковое дуплексное исследование служит основным методом исследования брюшной, в частности аорты.

Е.Н. Юрченко
**ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ОПУХОЛЯХ И КИСТАХ СРЕДОСТЕНИЯ**

*Кафедра госпитальной и детской хирургии,
Новосибирский государственный медицинский университет
Научные руководители: д.м.н., ассистент Е. А. Дробязгин,
к.м.н., асс. А. В. Кутепов*

Проблема диагностики и лечения опухолей средостения по-прежнему остается наиболее сложной и актуальной в клинической онкологии. Данные новообразования составляют 2–7% всех опухолей человека. Выбор оптимальной лечебной тактики нередко вызывает значительные трудности в связи с многообразием гистологических форм новообразований, особенностями их локализации в различных отделах средостения и взаимоотношений с соседними анатомическими структурами и органами. Видеоторакоскопию в лечении доброкачественных опухолей и кист средостения можно считать методом выбора, так как травматичность общепринятой торакотомии в ряде случаев значительно выше самого этапа удаления опухоли. Даже небольшие медиастинальные новообразования вынуждают хирурга выполнять несоизмеримо большие разрезы грудной стенки. При злокачественных формах новообразований, возможно радикальное торакоскопическое удаление опухоли при локализованных формах или же как один из этапов комбинированного или комплексного лечения. На базе ОКБ в отделении торакальной хирургии в период с 2008 по 2012 год проведено 36 торакоскопических вмешательств по поводу опухолей и кист средостения. Среди данных пациентов мужчин 19 чел.(52,7%), женщин 17 чел.(47,3%), средний возраст пациентов 32,1 лет, при этом минимальный возраст пациента 15 лет и максимальный 57лет. Койко-день составил 11суток. Среди прооперированных пациентов 38,8% с диагнозом тимомы (14чел.), киста средостения 16,7%(6чел.), злокачественная опухоль и лимфогрануломатоз 11,3% (4чел.), миастения 13,8% (5чел.), невринома 16,7% (6чел.), метастатическое поражение средостения 2,7% (1чел.). В 100% случаев проведено гистологического исследования,

верифицирован окончательный клинический диагноз. Интра- и послеоперационных осложнений не было.

Д.И. Шумахер; Э.Г. Шумахер; И.Н. Сухина; Д.С. Унчикова
**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ
В СЕРДЦЕ КРЫС ПРИ ВНУТРИКОСТНОМ
ВВЕДЕНИИ МЕТИЛМЕТАКРИЛАТА**

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., Д. В. Жуков*

Целью исследования явилось изучение морфологических изменений сердца крыс при внутрикостном введении мономера метилметакрилата — «костного цемента».

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили 50 крыс линии Вистар (самцы и самки). Под кетаналовым наркозом на наружной поверхности бедра экспериментального животного осуществлялся доступ к диафизу бедренной кости. Выполнялась перфорация одного кортикального слоя. Внутрикостно вводился метилметакрилат в дозе 0,1 мл. Излишки цемента удалялись. Фрезевое отверстие пломбировалось костным цементом. Контрольной группе животных (25 голов) выполнялась только перфорация одного кортикального слоя диафиза бедренной кости и рана послойно ушивалась. Животные выводились из эксперимента с целью взятия органов и изучения изменений в них через 1 час после операции, через 1, 3, 7, 30 суток. Объектом морфологического исследования служило сердце. Изучались следующие параметры и изменения: процент поврежденных клеток (альтерация кардиомиоцитов) на единице площади среза, диаметр поврежденных кардиомиоцитов (измерения в мкм). Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики.

Результаты исследований. Через 1 час после операции сердце пустое или с небольшим количеством крови, визуально исследуемые органы не отличались от таковых в контрольной группе. К концу 3-х суток эксперимента — сердце с единичными кровоизлияниями под эпикардом, отек стромы, стаз в сосудах микроциркуляторного русла, исчезновение поперечной исчерченности мышечных волокон сопровождается четкой гидропической дистрофией, некрозом отдельных кардиомиоцитов. 7-х суток — сердце с растянутым правым желудочком, в полостях небольшое количество крови, в 1/3 случаев — мелкие сгустки, петехии под эпикардом, в эндокарде. К 30-м суткам появляются мелкие очаги рыхлой соединительной ткани, лимфомакрофагальные инфильтраты.

Выводы. ММА оказывает токсическое повреждающее действие на кардиомиоциты, сосуды микроциркуляторного русла. Очаговая лимфоидная инфильтрация, рыхлая соединительная ткань в сердце являются исходом очагового токсического миокардита.

Данные эксперимента необходимо учитывать при проведении эндопротезирования у больных с болезнями сердца.

Д.И. Шумахер; Э.Г. Шумахер; И.Н. Сухина; Д.С. Унчикова
**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ
В ЛЕГКИХ КРЫС ПРИ ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ
МЕТИЛМЕТАКРИЛАТА**

*Кафедра мобилизационной подготовки
здравоохранения и медицины катастроф
Новосибирский государственный медицинский университет
Научный руководитель: к.м.н., Д.В. Жуков*

Целью исследования явилось изучение морфологических изменений легких крыс при внутрикостном введении мономера метилметакрилата — «костного цемента».

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили 50 крыс линии Вистар (самцы и самки). Под кетаналовым наркозом на наружной поверхности бедра экспериментального животного осуществлялся доступ к диафизу бедренной кости. Выполнялась перфорация одного кортикального слоя. Внутрикостно вводился метилметакрилат в дозе 0,1 мл. Излишки цемента удалялись. Фрезевое отверстие пломбировалось костным цементом. Контрольной группе животных (25 голов) выполнялась только перфорация одного кортикального слоя диафиза бедренной кости и рана послойно ушивалась. Животные выводились из эксперимента с целью взятия органов и изучения изменений в них через 1 час после операции, через 1, 3, 7, 30 суток. Объектом морфологического и исследования служили легкие и перибронхиальные лимфатические узлы. Изучались следующие параметры и изменения: процент поврежденных клеток на единице площади среза. Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики.

Результаты исследований. Через 1 час после операции легкие с небольшим количеством крови, визуально исследуемые органы не отличались от таковых в контрольной группе. К концу 3-х суток эксперимента — легкие неравномерно полнокровны, на разрезе увеличивается число точечных кровоизлияний на плевре, умеренный отек.

7-х сутки — легкие неравномерной плотности, с мелкими, местами сливающимися кровоизлияниями под висцеральной плеврой, на разрезе с синюшными участками, с поверхности среза при надавливании стекает кровь

и отечная жидкость. К 30-м суткам легкие неравномерно полнокровны, умеренный отек кровоизлияний нет. При гистологическом исследовании: в ходе всего эксперимента нарастающий венозный застой, стаз в сосудах микроциркуляторного русла, с появлением периброхиальной и периваскулярной лимфоидной инфильтрацией, особенно к концу 7-х суток с гемолизом эритроцитов в сосудах и единичными мелкими тромбами и кровоизлияниями в легких. К концу эксперимента снижается отек, исчезает периваскулярная инфильтрация.

Выводы. Таким образом, наиболее выраженные морфологические и гистологические изменения в легких происходят на 7-е сутки и преобладает смешанный генез повреждений: токсическое действие всасываемого препарата, гипоксическое повреждение легких и сердца при повреждении сосудов микроциркуляторного русла органов и эритроцитов.

СОДЕРЖАНИЕ

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

<i>М.Е. Акопян, К.Ю. Азарова, Е.А. Баяндина</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ НА БАЗЕ НГПЦ	6
<i>М. В. Батищева</i> НАРУШЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	7
<i>А. А. Воевода, А. В. Гридина</i> ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	8
<i>А. Е. Горбачева*, Ю. А. Ефимова*, Е. Н. Фаге*, А.В. Усова</i> ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТАЗОВОЙ БОЛИ	10
<i>М. Г. Гудкова*, О. И. Ярошенко*, А. В. Усова</i> ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ИНФАН- ТИЛИЗМОМ НА ФОНЕ КОРРЕКЦИИ ГОРМОНАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ	11
<i>М. Г. Гудкова, А. Ю. Рябикина, Ю. А. Ефимова, И. Н. Сухина</i> РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОК НГМУ	13
<i>Д. В. Дондоков, С. С. Покацкая, О. Д. Дубданова</i> ХОЛЕСТАТИЧЕСКИЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ	14
<i>Н.С. Дорофеева*, А.В. Усова</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН НОВОСИБИРСКА НА ИХ СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ	15
<i>Е.А. Дубкова*, Д.В. Осипенко*, А.В. Усова</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ФОРМЫ ПЕРВИЧНОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С МИКРОАДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА	16
<i>Кавалян К.В., Гюльмалиева У.С., Мамедова У.Ю.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ЦИТОФЛАВИН» ДЛЯ ПРОФИЛАК- ТИКИ ПЛОДА ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ИЛИ ПОЗДНИХ ВЫКИДЫШАХ	18
<i>Ю.С.Ковалева, М.В.Соловьев</i> СОСТОЯНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБО- ЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА, ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МАТКИ И ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА	19

<i>Е.Ю. Кранц, А.О. Степанова</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПРИ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ	21
<i>М. Ю. Романова*</i> ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ПОСЛЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	22
<i>А. Ю. Рябикина*, И. Н. Сухина*</i> ЗАКОНОМЕРНОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ МЕНО-ПАУЗЫ ОТ МЕНАРХЕ	24
<i>А. Ю. Рябикина, М. В. Волков, Е. Г. Бодренко, С. А. Бурдукова, Т. А. Колесникова</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ВЕРТИКАЛЬНЫХ РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА	25
<i>М. В. Серякова, Ю. В. Шоркин</i> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЭНДОМЕТРИЯ.....	27
<i>А. А.Складан</i> ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	28
<i>М. Н. Сырнева, Ю. С. Бакланова, И. С. Дмитриева, Г. И. Искандерова, С. И. Керимова, С. Г. Ткабладзе</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО СРОКА И ТАКТИКИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ.....	29

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

<i>Т. Н. Бабаева</i> СИНДРОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ У ГЕМОТРАНСФУЗИОННОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ	31
<i>К.С. Батрак, И.И. Лобов, В.А. Шаманский</i> ДЕБЮТ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В ИРКУТСКЕ В ПЕРИОД С 2008 ПО 2011 ГОДЫ	32
<i>Н.Е. Беляева</i> РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ В РАЙОНАХ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	33
<i>М. В. Васильченко, Е. С. Полторацкая</i> ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ	34
<i>С.М. Воевода, В.В. Замосковцева, Е.К. Кулманакова, М.Н. Афонькина, Е.С. Гричанова</i> РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	36

<i>З.Н. Глебкина</i> ИСХОДЫ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	37
<i>В. Е. Гнатюк</i> ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	39
<i>Л. П. Евстигнеева, Ю. С. Гаврилова</i> КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬ- НЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ СНИ- ЖЕНИЕМ НОЧНОГО ДАВЛЕНИЯ (“OVER-DIPPERS”).....	40
<i>А. Ш. Зетова</i> ГИПЕРУРИКЕМИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА: ВЗАИМО- СВЯЗЬ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ И МИКРОСОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	41
<i>Т.К. Каримов, В.В. Сарапулов, И.Д. Захаркина, Е.А. Кондратюк</i> ВОСПРИЯТИЕ, ВНИМАНИЕ И ОСОБЕННОСТИ НЕРВНОЙ СИСТЕ- МЫ У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	43
<i>В. Г. Каширских, Ю. Н. Обгольц</i> САРКОМА КАПОШИ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: КЛИ- НИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	44
<i>Э. И. Кискаева</i> МЕСТА ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА И ЛИПОДИСТРОФИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	45
<i>М. А. Колесникова, В. А. Головки</i> ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИЙ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГЕМОФАГОЦИТАРНОГО СИНДРОМА	47
<i>Е. И. Кондракова</i> АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ	49
<i>Е.И. Кондракова, М.А. Трубникова</i> ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ НГМУ	50
<i>М.А. Кондратова</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	51
<i>М.А. Кондратова*, И.В. Каракчиева, О.В. Токарева</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ С ЭНДОКРИННОЙ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	53
<i>А.С. Копнина</i> КЛИНИЧЕСКИЕ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕН- НОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ГАСТРОПАРЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	54

<i>М. А. Кравченко</i> НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	56
<i>Н. В. Кругликова</i> ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА НА ЭТАПЕ ПЕРИОДИ- ЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА.....	57
<i>Ю. Д. Курочкина</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕБАКТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА ПРИ АНТИФОСФОЛИПИД- НОМ СИНДРОМЕ И ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА	58
<i>П. И. Лыгин, С. С. Дземидович</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРОМ- БОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТА СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	59
<i>Ю.В.Макарова</i> ДИНАМИКА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ЧЕРЕЗ 3 ГОДА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНО- КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	60
<i>А.С. Мальшева</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА	61
<i>Л.Х. Набиян</i> АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	63
<i>Ф. В. Никольский, Д. Е. Ситкина, Е. В. Бухтоярова, М. Н. Афонькина, Е. С. Гричанова</i> ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ	64
<i>С. Р. Ноговицина, Е. Н. Березикова, И. А. Гребенкина, А. А Попова, Н. Ф. Яковлева</i> ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК. РЕАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА.....	66
<i>Ю.О. Останина, Ю.В. Храпунова</i> ВТОРИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ПАЦИЕНТА С ДВУХСТВОРЧАТЫМ АОРТАЛЬНЫМ КЛАПАНОМ	67
<i>Ю.О. Останина*</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА У ЖЕНЩИН С ИСХОДНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ.....	69
<i>Ю.О. Останина, Т.А. Смолина*, А. А.Емельянова*</i> КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ КАК ФАК- ТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ЖЕНЩИН	70

*Е.М. Парфентьева**

НАРУШЕНИЕ БАЛАНСА МЕЖДУ ФИБРОГЕННЫМИ И АНТИФИБРОГЕННЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ..... 71

В. В. Печурина, В.С. Путьро**

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЯТЕН ТУЖИЛИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ 73

Ю. А. Плотникова

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ И ОСТЕОПЕНИИ 74

О. С. Прокофьева, А. А. Воевода

КОМОРБИДНЫЕ ФОРМЫ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ 75

В. А. Семенова, А.А. Складан О.А. Филоненко

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ..... 77

О. Б. Серегина, О.В. Березина, Л.Н. Грицай*

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ 78

Е. А. Сокорева

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ 79

Е.А.Старостина

УСПЕШНОЕ УСТРАНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНОЙ С ПОРОКОМ МЕНКЕБЕРГА С ПОМОЩЬЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) 81

Т.Д. Субботина, А. Ч. Янгутова

ФАКТОРЫ РИСКА И СИМПТОМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ СИНУСИТАМИ 82

К. А. Сувалова

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САРКОИДОЗА 83

*А. В. Сударикова**

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПАРАЦИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ..... 84

*Г. Б. Сушкова, М. А. Кондратова**

СИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ..... 85

О. С. Тарасенко

ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ДИЕТИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА..... 86

Е.Н. Таркунова, А.В. Межин

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА 88

<i>Р.В. Тарновский*</i> , <i>Н.В. Тамкович*</i> , <i>А.В. Мишенин*</i> , <i>О.В. Березина*</i> МЕТОД БИОЧИПОВ (microarray) В ДИАГНОСТИКЕ ХРОМОСОМНЫХ АББЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ	89
<i>Р.В. Тарновский*</i> АУТОИММУННЫЙ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ СИНДРОМ (ALPS) ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ, ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕС- КОГО ТЕЧЕНИЯ	90
<i>И.А. Толмачёв</i> АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ИНФЕКЦИОН- НОГО ЭНДОКАРДИТА	92
<i>Т. С. Тоголина*</i> , <i>С. Р. Ноговицина*</i> , <i>Е. Н. Березикова</i> , <i>А. А. Попова</i> , <i>Н.Ф. Яковлева</i> ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕ- ДОСТАТОЧНОСТИ	93
<i>О.И. Харитонова*</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ШУМА НА ОРГАН СЛУХА	94
<i>Д.В. Цайзер*</i> ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ РАБОТНИКОВ НЕФТЕГАЗОВОГО КОМПЛЕКСА	95
<i>Е.А. Чекалина</i> , <i>Е.Н. Новохотько</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ СИСТЕМ- НЫХ ВАСКУЛИТАХ	97
<i>Л.О. Яковлева</i> , <i>Л.Ю. Карпова</i> СОСТОЯНИЕ НУТРИЦИОННОГО СТАТУСА И ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	98
<i>М.А. Калачева</i> , <i>О. А. Коровина</i> СОДЕРЖАНИЕ ЛИПИДОВ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОСОМА- ТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЛЕЧЕНИЯ.....	100
<i>М.А. Калачева</i> , <i>О.А. Коровина</i> ДИНАМИКА МИНУТНОГО ОБЪЕМА КРОВОТОКА В МАГНИТОВОЗМУ- ЩЕННЫЕ ДНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ.....	101
<i>Ф.В. Никольский</i> , <i>Е.А. Олейник</i> , <i>Д. Ю. Коллойда</i> , <i>П. В. Же- ребцов</i> , <i>Е. Л.Сарычев</i> , <i>И. В. Карпушкина</i> , <i>А. Г. Усенко</i> , <i>Т. Ю. Козырева</i> , <i>Н. П. Величко</i> , <i>О. Н. Ницета</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЭТАНОЛОМ У МУЖ- ЧИН С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ	102

<i>М.А. Калачева, О.А.Коровина, Д. Ю. Коллойда, Е. Л. Сарычев, П. В. Жеребцов, И. В. Карпушкина, А. Г. Усенко, Т. Ю. Козырева, Н. П. Величко, О.В.Нищета</i>	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УКСУСНОЙ КИСЛО- ТОЙ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ	104

УПРАВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

<i>Л.А.Иващенко*</i>	
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ «СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС» В РАБО- ТУ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА БУЗ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «ОБЛАСТ- НАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»	106
<i>М. Ю. Дорошенко*</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬ- НОСТЬЮ В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ	107
<i>М.А.Заиграева*</i>	
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПОЛИКЛИНИКИ	109
<i>Е.И. Кныш*</i>	
РОЛЬ И ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	110
<i>Н.В. Лубинец*</i>	
ВЗАИМОСВЯЗЬ САМООЦЕНКИ И КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТ- НОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ	112
<i>И. А. Оснач</i>	
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ТРУДА И БЫТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	113
<i>Т.В. Петельская*</i>	
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИН- СКОГО ПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА.....	114
<i>И. А. Садовенко*</i>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР (НА ПРИЕМЕ ОМСКОГО РАЙОНА).....	116
<i>Б. Г. Турабаева*</i>	
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ХИРУРГИЧЕС- КОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 9»	117
<i>Т. П. Гришина*</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ УПРАВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ НА ПРИМЕРЕ МБУЗ «МИНУСИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬ- НАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»	119

<i>Е. В. Драчева*</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕН- ТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВОБРАЩЕНИЯ	120
<i>В. М. Иванова*</i> ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕ- НИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ.....	121
<i>С. А. Иванова*</i> РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА «КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНЫ»	123
<i>Н. Г. Кустова*</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ПРО- ФИЛАКТИКЕ ВБИ	124
<i>Н. Ю. Сафронова</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ	126
<i>О. Ю. Симаненкова*</i> РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ ПРО- ЦЕССА ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	127
<i>Е. В. Тузлаева*</i> КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАБОТЕ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ГБУЗ НСО «ГНОКБ»	128
<i>Т. П. Шведова*</i> ОСОБЕННОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СЕСТРИНСКИМИ КАДРАМИ ОТДЕЛЕ- НИЯ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ	130
<i>Е. В. Яцковская*</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОТДЕЛЕНИИ СМЕШАННОГО ТИПА.....	131

ГИГИЕНА, ЭКОЛОГИЯ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

<i>С.К. Борсуков, Е.Ю. Малмыгина</i> ПРИМЕНЕНИЕ МОБИЛИЗАЦИОННО-ТРАКЦИОННОЙ МЕТОДИКИ В ВОС- СТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП	133
<i>О.Л. Рогачёва</i> ВЛИЯНИЕ АЭРОТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ ЭЛЕ- МЕНТОВ-ПОЛЛЮТАНТОВ В НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ПОЛЫНИ СИВЕРСА	135

<i>Н. В. Тимошенко, М. В. Марченко</i> ПАТОЛОГИЯ ГОЛОСА У ЛИЦ РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ.....	136
<i>Е. Е. Демидов, А. А. Воронько</i> О СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПИЛОТОВ.....	137
<i>Е. Г. Бондаренко, С. А. Бурдукова</i> ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДА РАБОТ- НИКОВ МЕТРОПОЛИТЕНА.....	139
<i>А. А. Фирман</i> О ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ БАНКА.....	140
<i>К. С. Доронина, Е. Н. Фаге</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОДОСНАБЖЕНИЯ РАЗНЫХ СТРАН.....	141
<i>О. М. Павлова, А. С. Павлов</i> ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕЗОТЕРАПИИ	142
<i>М. А. Бердников, Д. А. Ким</i> О НЕКОТОРЫХ ДЕТЕРМИНАНТАХ ЗДОРОВЬЯ	144
<i>П.Ю. Штуккина, А.А. Кужно</i> О ПРИЧИНАХ АБОРТА	145
<i>Е. В. Авакумова</i> ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДА ХИРУРГОВ.....	146
<i>А.С. Морозова, Е.А. Баргаева</i> О ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ СНА	147
<i>А.А. Ситникова</i> ГИГИЕНА ОДЕЖДЫ	148
<i>И. Р. Ахмедгареев, С. В. Цой</i> ГЕЛЬМИНТОЗЫ НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКИЙ ОБЛАСТИ.....	149
<i>А.А. Принева, К.К. Сабурова</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРУДА И ВОПРОСЫ здо- РОВЬЯ ШАХТЕРОВ	150
<i>М. Г. Асатрян, Г. В. Карамова</i> ВНИМАНИЕ. ПРОБЛЕМА! ВЫСОКИЕ КАБЛУКИ У ШКОЛЬНИЦ	151
<i>М.В. Батищева, П.В. Медведев</i> ОПАСНОСТИ БЕСКОНТРОЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕН- НЫХ ПРЕПАРАТОВ	152
<i>В.О. Попова</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА МУЗЫ- КАНТОВ, ИГРАЮЩИХ НА СТРУННЫХ ИНСТРУМЕНТАХ.....	154
<i>Т.А. Малькова, А.В. Неведомская</i> РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ	156

<i>С.И. Ворошилов, Н.Е. Скудин</i> К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ССЗ В МЕТЕОЗАВИСИМЫЕ ДНИ	157
<i>Ю. С. Тимофеева, Т. А. Фёдорова</i> БИФИДОКЕФИР И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЕГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРИ РИСКЕ РАЗВИТИЯ «СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ».....	158
<i>А.Е. Горбачева, Ю.А. Ефимова</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕПРАВИЛЬНОЙ РАБОЧЕЙ ПОЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....	160
<i>Н.Н. Гусельникова, Е.А. Лымарева, А.А. Миндолина</i> ВЫСОКИЕ КАБЛУКИ И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ	162
<i>А.К. Лазарева, Н.С. Романовская</i> ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ	163
<i>А.В. Звонкова, М.В. Решетникова</i> ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ	165
<i>А.С. Антипьева, Е.В. Киметова</i> РОЛЬ ПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	166
<i>А. Ю. Абуздина, А. С. Александрова, Е. В. Масюткина</i> ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОГО СОСТАВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ	167
<i>Н.Б. Тазранова, О.Ю Фрисс</i> ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ.....	168
<i>Т. А. Колесникова, Е. А. Дармокрик, С. В. Гончаренко</i> КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА И ИХ БЕЗОПАСНОСТЬ	169
<i>К.Ю. Азарова, А.С. Рогова</i> ФЕТАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ И БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИХ ИС- ПОЛЬЗОВАНИЯ	171
<i>И.Ф. Валитова, А.В. Бодиева</i> УСЛОВИЯ ТРУДА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ ОАО «РЖД»	172
<i>В.А. Кухарева, Н.С. Сизёва</i> УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ И АДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ У ШКОЛЬ- НИКОВ МЛАДШИХ КЛАССОВ	173
<i>А.А. Лазаренко, Ю.А. Кирьянова</i> АНАЛИЗ РИСКА НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ	175
<i>Д.С. Свейковский</i> О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	176

<i>О.А. Загорулько, Л.В. Лаврищева</i> ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РЕЖИМА ЗАНЯТОСТИ СТУДЕНТОВ	177
<i>Е.А. Баяндина, В.И. Мишуренко</i> УЧЕБНАЯ НАГРУЗКА КАК ФАКТОР ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ	178
<i>Д. К. Мняян, С. С. Петеян, М. А. Федоров</i> РАДИАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЙОНОВ Г. НОВОСИБИРСКА	180
<i>А. А. Чалая</i> МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ АПТЕК.....	181
<i>А.В. Степанова</i> О НЕКОТОРЫХ ГЕЛЬМИНТОЗАХ.....	182
<i>А.С. Оноприенко</i> ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ РИСК ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ГОРОДСКИХ ПОЧВ МЕТАЛЛАМИ.....	183
<i>Ю.Н. Авдоница, Д.А. Масников</i> СТЕПЕНЬ ЗАКАЛЕННОСТИ И ФОРМИРУЮЩИЕ ЕЕ ФАКТОРЫ.....	185
<i>М.Н. Ильина</i> ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НИТРАТАМИ В НОВОСИБИР- СКОЙ ОБЛАСТИ.....	186
<i>Т. А. Ивлева</i> БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЧИСТКА СТОЧНЫХ ВОД	187
<i>А. М. Монгуш, Н. А. Соловьянова</i> ПОИСК И ВЫДЕЛЕНИЕ ПРИРОДНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ — АНТАГОНИСТОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ	188
<i>А.Е. Пристойко, Н.А. Соловьянова</i> ПОИСК И ВЫДЕЛЕНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ КИШЕЧНОЙ ГРУППЫ, ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ УРБАНИЗИРОВАННЫЕ ЭКОСИСТЕМЫ	189
<i>Е. Б. Никитина</i> ЖЕСТКОСТЬ ВОДЫ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАГРЯЗНЕНИЯ. РАЗВИТИЕ МАКРОЗООБЕНТОСА РЕКИ ИРТЫШ С РАЗЛИЧНЫМИ ГИДРОХИМИ- ЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ	190
<i>Л. В. Сарыглар*</i> МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА ЮНО- ШЕЙ, ИСПОЛНИТЕЛЕЙ ТЫВИНСКОГО ГОРЛОВОГО ПЕНИЯ	192
<i>Л. В. Полякова*, Ю. Т. Буда</i> ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК СПОРТСМЕНОВ	193

<i>А. Э. Рустамова</i> ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕН- ТОВ СИБГГА	195
<i>Е.С. Полторацкая, Т.Д. Сырчина</i> ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ	196
<i>Н.И. Денисова, Н.А. Соловьянова</i> ИССЛЕДОВАНИЕ НАЛИЧИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНЫХ МИКРООРГАНИЗ- МОВ В АЭРОЗОЛЯХ ВОЗДУХА	198
<i>Т. Н. Юрьева, Р.В. Елина</i> ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	199

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

<i>К. Ю. Азарова, Е. А. Баяндина</i> ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ В НОВОСИБИРСКЕ ЗА 2000-2011 ГОДЫ	201
<i>О.Г. Артамонова, Е.С. Новикова, М.А. Трубникова</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	202
<i>Т. В. Болдина</i> ОСТРЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА СИФИЛИС У БЕРЕМЕННЫХ	204
<i>А. А. Бугримова</i> СПИД-АССОЦИИРОВАННАЯ САРКОМА КАПОШИ, КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	205
<i>Н. Б. Куликова</i> ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ И МИ- КОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЙ	206
<i>Д. А. Лаврищева, О. М. Павлова, А. С. Павлов</i> КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: XX ВЕК И СОВРЕМЕННОСТЬ	208
<i>А. С. Морозова</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО СИФИЛИСУ В ГОРОДЕ НОВОСИБИРСКЕ (2000-2010 ГГ.)	209
<i>О. М. Павлова, А. С. Павлов, Д. А. Лаврищева</i> КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ: ВЧЕРА И СЕГОДНЯ	210
<i>Е. П. Симонова</i> ОНИХОДИСТРОФИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА	212

*О. А. Щелкунова**

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРИХОФИТИИ..... 213

ДОВУЗОВСКАЯ ПОДГОТОВКА

О.О. Брюхова

СЖИГАНИЯ ПОЛИЭТИЛЕНА ЭКОЛОГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ ПРИ ВЫСОКИХ ТЕМПЕРАТУРАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОКСИДА КАЛЬЦИЯ 215

Е.С. Долгова

ОПИОИДНЫЕ НАРКОТИКИ. ДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ..... 216

И. Марандина

КАЛЬЦИЙ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА 218

С.С. Толстых

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КАРДИОХИРУРГИИ..... 219

А. Я. Родный

ПОТЕНЦИАЛ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА 220

А.Ю.Аникина

СНИЖЕНИЕ ЛИБИДО ПРИ ПРИЕМЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ КЛАССА СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА..... 222

Е.М.Матвеева

ТЕСТИКУЛЯРНАЯ ФЕМИНИЗАЦИЯ 223

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ФТИЗИАТРИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ

А. А. Бакумова, А. В. Белова, Ю. Н. Патрушева

ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ 225

Д. Д. Блинова, Е.Н Усолкина**

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВОЙ ВСПЫШКИ ГЕПАТИТА А У ВЗРОСЛЫХ В НОВОСИБИРСКЕ В 2011 ГОДУ 226

О.А. Верейкина, И.В. Балабушевич

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИХОРАДКИ ДЕНГЕ У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ 228

Ю.П.Илюшина, С.Р.Галеева, Е.В Бухтоярова

СЛОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА 229

О.А. Карле, М. А. Корепанова

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 230

М. А. Мелешикина

КЛИНИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР И ТЯЖЕСТЬ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА
В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ 232

О.В. Хан

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АНГИНОЗО-БУБОННОЙ ФОРМЫ ТУЛЯРЕМИИ 233

ИСТОРИЯ

Р.В. Бамбизов, Д.В. Мотузко

К 110-ЛЕТИЮ ТРЕТЬЕГО РЕКТОРА НГМИ Г.Д. ЗАЛЕССКОГО 235

О.В. Ионкина

АКАДЕМИК ЮРИЙ ИВАНОВИЧ БОРОДИН – ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ
АНАТОМ И ЛИМФОЛОГ 236

О. С. Исакова

УРОВЕНЬ ВОЕННОЙ ХИРУРГИИ В КАМПАНИЮ 1812 г., КАК ПОКА-
ЗАТЕЛЬ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ 238

В.И. Ииценко

ГРИГОРИЙ ДЕНИСОВИЧ ЗАЛЕССКИЙ — НОВАТОР В ТЕРАПИИ 239

В.И. Куликова, О.И. Сухачева

Г.Д. ЗАЛЕССКИЙ КАК ПЕДАГОГ 241

Е.В. Лычагина

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЧЕЛОВЕЧЕСКОМ ТЕЛЕ В ЭПОХУ КЛАССИЧЕС-
КОЙ АНТИЧНОСТИ 242

А. Е. Опре

МЕДИЦИНА В ИСКУССТВЕ АНТИЧНОСТИ 244

*А.П. Семенов**

ЗАСЛУГИ ГРИГОРИЯ ДЕНИСОВИЧА ЗАЛЕСКОГО ГЛАЗАМИ МОЛОДЫХ
ВОСПИТАННИКОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ 245

ЛИНГВИСТИКА

D. Barakova

SOME FEATURES OF FUNCTIONING OF MEDICAL TERMS IN FICTION 247

И. Г. Кармалицкий, Т. В. Краснякова

КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ КАК ОТРАЖЕНИЕ ОБЫДЕННОГО СОЗНАНИЯ 248

Ю. В. Ромашика

ОБРАЗ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЫ В НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫХ МЕДИЦИН-
СКИХ ЖУРНАЛАХ 249

<i>А.А. Севастьянов</i> COMPARATIVE ANALYSIS AND ETYMOLOGY OF HEALTH-RELATED WORDS AND NOTIONS IN THE RUSSIAN AND ENGLISH LANGUAGES	251
<i>В. И. Куликова</i> THE IMAGE OF A HEALTHY CHILD IN CARTOONS	252
<i>Д. Акша-оол</i> THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF ENGLISH AMONG MEDICAL STAFF	253
<i>В. А. Дёмин</i> ОБРАЗ ВРАЧА В АНТИЧНОЙ ЛИНГВОКУЛЬТУРЕ	254
<i>А. Д. Джикия</i> LANGUAGE TEACHING GAMES AND CONTESTS	255
<i>Н. Г. Ехалова</i> ТИПЫ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА В РЕЧЕВОЙ СИТУАЦИИ «ВРАЧ - ПАЦИЕНТ» ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА	255
<i>М.Э. Зарубицкая</i> THE IMAGE OF A DOCTOR IN RUSSIAN AND ENGLISH ANECDOTES	257
<i>К. В. Ившина</i> ОСОБЕННОСТИ НАИВНОЙ СЕМАНТИЗАЦИИ ПРОСТОРЕЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ	258
<i>В.Н Кусова, Т.Е. Лукьянова</i> PRESCRIPTION AS A GENRE	259
<i>Е. А. Лобачева</i> ЖАНРЫ МЕДИЦИНСКОГО ФОЛЬКЛОРА	260
<i>Л.А. Лукьянова</i> ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ ОБЫДЕННЫМ ЯЗЫКОВЫМ СОЗНАНИЕМ	261
<i>Т. А. Паламарчук</i> СЦЕНАРИЙ БОЛЕЗНИ В ТЕКСТАХ НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ	263
<i>Е. Raholchuyuk</i> MEDICAL SUPERSTITIONS	264
<i>И. В. Проничева, О. Г. Чехова</i> КОНЦЕПТ «ЗДОРОВЬЕ» И «БОЛЕЗНЬ» В АНГЛИЙСКОЙ И РУССКОЙ ЛИНГВОКУЛЬТУРАХ	265
<i>В. К. Фишер</i> МЕДИЦИНСКИЙ ЖАРГОН (ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИН- СКИЙ ЖАРГОН)	266

<i>Ю. Д. Цокурова</i> ФОБИИ В ТЕМАТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ БЛОГОВ	267
<i>Д. Архипов</i> МУЗЫКАЛЬНАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ГРАММАТИКИ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА	268
<i>Д.И.Батанов, Е.В.Фишер</i> ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ КАК ЖАНР	269

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

<i>А.В.Михальченко</i> МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ	270
<i>Ю.А. Прыгова*, Л.А. Савельева*, О.Б. Богомякова*</i> КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КРОВОТОКА НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ С ПОМОЩЬЮ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ.....	271
<i>А. В. Романчук</i> СРАВНЕНИЕ МСКТ-АНГИОГРАФИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ С «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ».....	272
<i>А.А. Некрасов</i> ОСОБЕННОСТИ ГРЫЖЕОБРАЗОВАНИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПО ДАННЫМ МРТ	273
<i>Ю. А. Серякова*</i> ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МАММОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.....	274
<i>Е.С.Белозёрова*</i> РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ИНОРОДНЫХ ТЕЛ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ	276
<i>Ф.В. Журавков*</i> РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ТИПОВ АТРЕЗИЙ ПИЩЕВОДА	277
<i>Ф.В. Журавков</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРЕДНЕГО АТЛАНТО-ОКИПИТАЛЬНОГО ВЫВИХА (ДИСЛОКАЦИИ).....	278
<i>И. В. Гулиева</i> ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА	280

МОРФОЛОГИЯ

Ю. А. Пименова

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ И ОРГАНАХ ЛИМ-
ФОИДНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТАФИЛОКОК-
КОВОМ ПЕРИТОНИТЕ..... 281

А. М. Ляшенко, Д.Н. Мерекин, Е.А. Оленев

ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЛИМФОДРЕНАЖ
ГОЛОВНОГО МОЗГА..... 282

Д.Н. Мерекин, А.М. Ляшенко, Е.А. Оленев

ОСОБЕННОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА
ТКАНЕВОЕ ЗВЕНО ЛИМФАТИЧЕСКОГО РЕГИОНА ГОЛОВНОГО МОЗГА..... 284

А.Ю. Александрова, О.В. Арёфьева

РОЛЬ МАКРОФАГОВ ВНЕЗАРОДЫШЕВЫХ ОРГАНОВ В ФОРМООБРАЗО-
ВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ..... 285

А. Ю.Алексеев, Д. Н.Трошин

АКОНИТ ДЖУНГАРСКИЙ – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК ПРОТИВО-
ОПУХОЛЕВЫХ И ПРОТИВОМЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ 286

Н.С. Апраксина, Н.А. Михеева

ВЛИЯНИЕ ВИБРАЦИИ НА РАЗВИТИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ 287

М.С. Аринова, А.А. Выродова, О.Б. Жукова, Е.В. Семиненко

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ПРИЧИ-
НА СМЕРТИ..... 289

Д.А.Белова, Е.И.Литовченко, К.Ю.Плющёва

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ В МБУЗ ГКБ № 1
Г. НОВОСИБИРСКА ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА..... 290

*М. В. Бирюкова, Т. П. Скрипалёва**

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ
ВИБРОВОЗДЕЙСТВИЯ..... 291

К.Е. Яценко

ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 293

А.С. Виноградов, Д.М. Первойкин, Н.В. Самсонова

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОДВЗДОШНЫХ
ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МЕЛАТОНИНА 294

А.И. Глебашев

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧ-
НОЙ ЖЕЛЕЗЫ 295

А. И. Глебашев

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ ПОЛОВЫХ ГОМОНОВ ПРИ
РАКЕ И ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 297

<i>А.Н.Корнаухов*</i> ИЗУЧЕНИЕ БИОСИНТЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ТКАНЕВЫХ ЭЛЕМЕН- ТОВ ПОЧКИ У КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ	298
<i>Д. А. Козупеева, А. Ю. Поротинова, Т. А. Харитонова</i> МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОС- ТИКА ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ.....	299
<i>С.К. Мильев</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕС- КОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ	301
<i>И.П. Краснова, Е.В. Мезит, М.Н. Шарипова</i> МОЛЕКУЛЯРНО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И МОЛЕКУЛЯР- НОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕС- КОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА	303
<i>И.В. Назаров*</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ СОМАТОТИПА ПАЦИЕНТА И РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕ- ОБРАЗНОГО ОТРОСТКА	304
<i>И.В. Назаров*</i> ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ	305
<i>Д.П. Осипов*</i> ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У МАЛЬЧИКОВ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	307
<i>С. В. Остапец, Л. В. Литвинов, И. С. Манойлов</i> КРАНИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У СТУДЕНТОВ НГМУ	308
<i>Н.Д. Попова, К.А. Пученина</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ: ТРУДНОСТИ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ	310
<i>Е.О. Слепнева</i> ЖЕЛТОЧНЫЙ МЕШОК КАК КРИТЕРИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА (ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЙ).....	311
<i>К.Ю. Сотникова</i> СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ В ВОРСИНЧАТОМ ХОРИОНЕ ПРИ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ	312
<i>В. В. Спиридонов, Ю. В. Храпунова</i> РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	314
<i>Н.В.Телятникова*</i> ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ К ЭСТРОГЕНАМ И ПРОГЕСТЕРОНУ В МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ТРОМБОФИЛИИ	315

<i>Л. А. Черникова, О. В. Ионкина</i> МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ «МАТЬ — ВНЕЗАРОДЫШЕВЫЕ ОРГАНЫ — ПЛОД» ПРИ ГИПОКСИИ	317
<i>Е. И. Воронина, А. В. Сенькова</i> ВАРИАНТЫ ОПУХОЛЕВОЙ ПРОГРЕССИИ В ИСХОДНО ФЕНОТИПИ- ЧЕСКИ РАЗЛИЧНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЛИМФОСАРКОМАХ	318
<i>Ю. А. Степанова, Ю. А. Степанова</i> МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ КОШКИ В ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	319

НЕВРОЛОГИЯ И НЕЙРОХИРУРГИЯ

<i>З. Ш. Аннаев</i> СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ДОСТАВКИ БОРА В ОПУХОЛЕВЫЕ КЛЕТКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ПРИМЕРЕ ГЛИОБЛАСТОМ	322
<i>Г. С. Сергеев</i> ЧИСЛЕННЫЙ АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ДЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ И ПЕРФУЗИОН- НЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНО- ГО МОЗГА	323
<i>Е. А. Баргаева, С. В. Цой</i> ТЕЧЕНИЕ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ РИСКА	324
<i>Е. Г. Бодренко, С. А. Бурдукова</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТ У ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ	326
<i>К.В.Рерих*, А.И.Демянчук*</i> ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ДИНАМИКУ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕ- ФИЦИТА ПРИ ОСТРОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НИЖНЕШЕЙНОГО УРОВНЯ	327
<i>Д. Ю. Бакланова, М. А. Колесникова</i> ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ПРИМЕРЕ МЕНИНГИОМ, НЕВРИНОМ И ГЛИОБЛАСТОМ	329
<i>О. А. Зелинская, З.Р. Омарова</i> ВЛИЯНИЕ БЕЗАЛКОГОЛЬНЫХ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ.....	330
<i>Д.С. Свейковский</i> ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	331

<i>К.С. Доронина</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА СО В ЛЕГКИХ И КУРЕНИЯ.....	332
<i>А. К. Лазарева, Ю. С. Тимофеева, Н. В. Тимошенко</i> АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДРОЖАТЕЛЬНОЙ И АКИНЕТИКО-РИГИДНОЙ ФОРМАХ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	333
<i>Т.А. Малькова, А.В. Неведомская*</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ И СИНДРОМА БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА ПРИ ШЕЙНОЙ МИЕЛОПАТИИ.....	335
<i>Е.Е. Демидов, А.В. Лаврищева</i> НАСЛЕДСТВЕННАЯ МОТОРНО-СЕНСОРНАЯ НЕЙРОПАТИЯ – БОЛЕЗНЬ ШАРКО-МАРИ-ТУТА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ	336
<i>А. С. Павлов, О. М. Павлова</i> ОБОСТРЕНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	337
<i>Е.Ю. Кранц, А.С. Будueva, Д.И. Кудина</i> ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПОЗВОНОЧНОМ СТОЛБЕ.....	338
<i>М.В. Батищева</i> СОЧЕТАНИЕ SPINA BIFIDA И МИКРОАНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ: ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ	339
<i>С.А. Владимиров, Е.А. Коротков</i> РЕТРОБУЛЬБАРНЫЙ НЕВРИТ КАК ДЕБЮТ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.....	341
<i>Т.Х. Агаева</i> РОЛЬ СКОЛИОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ШЕЙНО-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В РАЗВИТИИ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ	342
<i>К.В. Алексанян</i> КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ЭЛЕМЕНТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ.....	344
<i>Л.А. Манухина</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ И НАЛИЧИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ СО СТЕПЕНЬЮ СНИЖЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ.....	345

О. А. Загорулько, М. В. Марченко

МЕНИНГИОМА. ОСЛОЖНЕНИЯ МЕНИНГИОМ. МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ.....	346
--	-----

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А. А. Аникин

АНАЛИЗ ПРОГРАММ ПОСТРОЕНИЯ И РАСЧЕТА СЕТЕВЫХ МОДЕЛЕЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	348
---	-----

В. И. Максимова, О. И. Лесовых, А. Е Садовская

ВНЕДРЕНИЕ ОМС В ЧАСТНЫЕ КЛИНИКИ	349
---------------------------------------	-----

А. М. Шилкина

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ РОССИИ И ГЕРМАНИИ	350
--	-----

М. Ю. Романенко

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ	352
--	-----

А. С. Антипова

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	353
---	-----

Ю. И. Головлёва

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ ПОСЛЕ ВСТУПЛЕНИЯ РОССИИ В ВТО.....	354
---	-----

О. С. Есипович

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ И ВЕЛИКОБРИТАНИИ	356
---	-----

Ю. И. Стецун

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАРКЕТИНГА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	357
--	-----

М. В. Капелюх

РЕФОРМА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ	358
--	-----

Р. А. Казаков, Е.Г. Тоцкая, А.Ф. Гусев

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТЕНТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ОДНОГО ИЗ ЭТАПОВ РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОГО ЦИКЛА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	359
--	-----

В. В. Кан, А. Ф. Гусев

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	361
--	-----

<i>Е. С. Костина</i> ЭКОНОМИКА ПРИРОДОПОЛЬЗОВАНИЯ В ГЛОБАЛЬНОЙ СЕТИ ИНТЕРНЕТ	362
<i>А. В. Мальцев, К. С. Астракова</i> СТЕПЕНЬ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ВНЕДРЕ- НИЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	364
<i>А. В. Мальцев, К. С. Астракова</i> ЗАДАЧИ ИНФОРМАТИЗАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	365
<i>А. В. Мальцев, К. С. Астракова</i> ПОРТАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МУНИЦИПАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ	366
<i>О. Г. Артамонова, И. Е. Брындина</i> ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ О ПРОГРАМ- МАХ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В Г.НОВОСИБИРСКЕ	368
<i>А. Н. Колесников, В. А. Шадрин</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	369
<i>А. В. Мальцев, К. С. Астракова</i> АНАЛИЗ ПРОГРАММЫ ИНФОРМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕ- НИИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	371
<i>В. И. Максимова</i> ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	372
<i>А. В. Яценко</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ БОЛЬ- НЫМ С ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГКБ №1 Г.НОВОСИБИРСКА	373
<i>Е. С. Полторацкая, Т. Д. Сырчина</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ НОВОСИБИРСКИХ ВУЗОВ	374
<i>М. Ю. Долгих, К. А. Орлова</i> УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ И МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	376
<i>О. В. Есипенко, М. Н. Плюснина</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ БОЛЬ- НЫМ С ИНСУЛЬТАМИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГКБ №1 Г.НОВОСИБИРСКА.....	377
<i>А. А. Аникин, А. С. Фунтиков</i> СТРАХОВАНИЕ ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	378
<i>В. В. Кожухов</i> ФИНАНСИРОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В НСО	379

<i>А. С. Фунтиков</i> ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	381
<i>А. С. Фунтиков</i> К ПРОБЛЕМЕ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	382
<i>Г.С. Луппа, Д.Ю. Соколов, А.П. Омелянская</i> ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	383
<i>А.Е. Третьяков</i> АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ: ОНКОПСИХОЛОГИЯ КАК СИНТЕЗ НАУК, НАПРАВЛЕННЫХ НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ	385

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ, МАТЕМАТИКА

<i>О. Н. Логачева, И. А. Кривошапкин, Н. В. Самсонова, Г. С. Жангирова</i> СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРФЕРОНА- γ И ИНТЕРФЕРОНА- α В СЫВОРOTКЕ КРОВИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ	386
<i>И.А. Кривошапкин, О.Н. Логачева, Н.В. Самсонова, Г.С. Жангирова</i> СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ М, А И G В СЫВОРOTКЕ КРОВИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ	387
<i>И.А. Кривошапкин, О.Н. Логачева, Н.В. Самсонова</i> БИОЦИДНАЯ И ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ МАКРОФАГОВ КРЫС ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ	389
<i>Н.В. Долотина, Н.В. Самсонова, С.Н. Алексеенко</i> ИЗМЕНЕНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕДИАТОРОВ ГЕМОПОЭЗА В СЫВОРOTКЕ КРОВИ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ	390
<i>Н.В. Долотина</i> СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕЙКОЦИТОВ КРОВИ И КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ	392
<i>Н.Д. Попова, К.А. Пученина, Е.Г. Юрина</i> ЛАКТОФЕРРИН КАК МАРКЕР АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	393

<i>М. С. Сувханова, А. С. Эшенкулова, З. Р. Рыскельдиева, М. С. Шувалова, М. А. Пишинограева</i> ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЭЛЕКТРОЛИТОВ В КРОВИ У РЕАДАПТИРОВАН- НЫХ К НИЗКОГОРЬЮ ЖИВОТНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	394
<i>О. А. Туралина, Н. В. Самсонова, Г.С. Жангирова, К.С. Рязанова</i> ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКА р53 В ГЕПАТОЦИТАХ КРЫС ПРИ ПЕРСИСТЕН- ЦИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	396
<i>Г. С. Жангирова, Н. В. Самсонова, О. А. Туралина, К. С. Рязанова</i> ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКА-РЕГУЛЯТОРА АПОПТОЗА BCL-2 В ГЕПАТОЦИ- ТАХ КРЫС ПРИ ПЕРСИСТЕНЦИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ	397
<i>А.В. Малафеев, Т.М. Шогунбеков, Е.В. Белобородова</i> ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ И ФАКТОРА РОСТА ЭНДО- ТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХСН РАЗЛИЧНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА.	399
<i>К.С. Рязанова, О.А. Туралина, Г.С. Жангирова, Н.В Самсонова</i> ЭКСПРЕССИЯ ПРОАПОПТОТИЧЕСКОГО БЕЛКА ВАХ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ПЕРСИСТЕНЦИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	400
<i>И.Б. Лукьянов, С.Н. Алексеенко, Д.Б. Кузьменко</i> СООТНОШЕНИЕ СТРОМЫ И ПАРЕНХИМЫ ОПУХОЛИ WALKER-256 ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ.....	401
<i>Т.И. Батлук, Н.И. Терещенко, И.Б. Лукьянов, Д.Б. Кузьменко</i> ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ.....	403
<i>В.В. Спиридонов, Ю.В. Храпунова, Е.М. Парыгина, Е.В. Бубнова, Д.Б. Кузьменко</i> ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНЯХ СЕРДЦА И ЛЁГ- КИХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ	404
<i>Н. С. Апраксина, С. К. Мильев, Н. А. Михеева, Э. В. Редозубов, Ю. В. Павленок, Д. Б. Кузьменко*</i> ИЗМЕНЕНИЯ В СЕРДЦЕ И ЛЁГКИХ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ.....	405
<i>М. В. Мешков, Ю.Д. Гирич, К. В. Ткач, Т. П. Сизова, А. С. Соловьёва, А. С. Красносельская</i> ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕ- НИЯ ВДОЛЬ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	406

<i>М. В. Мешков, Ю. Д. Гирич, В. В. Кацук, М. В. Каранов, А. С. Лысенко</i> МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ВДОЛЬ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	408
<i>М. В. Мешков, Ю. Д. Гирич, А. О. Лубошникова, М. П. Бедерева, Д. М. Первойкин</i> ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОПРОТИВ- ЛЕНИЯ ВДОЛЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	409
<i>Н. В. Самсонова, Г. С. Жангирова, О. А. Туралина, К. С. Рязанова</i> ДИНАМИКА ЭКСПРЕССИИ БЕЛКА VAD НА ГЕПАТОЦИТАХ КРЫС ПРИ ПЕРСИСТЕНЦИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ	411

ПЕДИАТРИЯ

<i>Н. В. Батрак</i> СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА И ОЖИРЕ- НИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	414
<i>Е. А. Баяндина, А. С. Зуева</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАЗЛИЧ- НОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. НОВОСИБИРСКА	415
<i>М. А. Ефимова, Н. В. Замкова, А. Н. Глазова, А. П. Кузнецова</i> ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУ- ШЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	416
<i>Т. С. Белкина, А. О. Затолокина</i> ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	418
<i>О. И. Петрусенко</i> ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ	419
<i>Н. А. Костылева</i> ДИАГНОСТИКА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕЛЕВОЙ И СТАНДАРТНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	420
<i>О. С. Щербина, И. А. Холкина</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ.....	422
<i>А. В. Аткина, Э. Р. Аглеева, Е. Н. Амарцев, Ю. А. Никоненко</i> РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ. ФАКТОРЫ РИСКА	423
<i>А. В. Соколова, О. А. Басова</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И СКЛЕРО- ДЕРМИИ У ДЕТЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	424

<i>В.А. Квашевич, Д.А. Мусурманкулова</i> СТРУКТУРА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ, СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ИХ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	426
<i>Ю.А. Татаренко</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ДЕТСКОМ СТАЦИОНАРЕ	427
<i>Н.Г. Гулевская, Е.А. Горелова, Ю.С. Захарченко, Е.В. Бехтольд, А.В. Сердюк, М.Г. Шаблий</i> ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НОВОСИБИРСКА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)	429
<i>Н. Г. Гулевская, М. Г. Шаблий, Л. М. Чумак, Е. В. Шрайнер, М. В. Маслакова, О. В. Косачева, А. В. Имегенов, А. С. Газенкамф, С. В. Качуровская*</i> ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ НОВОСИБИРСКА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)	430
<i>С.А. Семенникова, Ю.Ю. Платошечкина, О.А. Маткова, И.В. Гапоненко, И.С-Д. Садыева</i> ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ	431
<i>А.В. Сагайдачная, Е.С. Платошечкина, К.В. Вебер</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	432
<i>А.В. Гридина, В.Н. Кабакова, Е.Е. Югова</i> ОШИБКИ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ	433
<i>Н. А. Бочко, О. А. Карле</i> ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СИНУСИТОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	434
<i>Я. Я. Яковлева, Ю. А. Татаренко*, Л. А. Прокудина*</i> ВОЗМОЖНОСТИ ДИЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ	435
<i>Бакумова, А.В. Белова, Ю.Н. Патрушева, Я.Я. Яковлева</i> ТЕРАПИЯ ТОНЗИЛЛИТОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ А.А.	437

ПСИХИАТРИЯ

<i>С. О. Федяй</i> ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ НА ХРОНИЗАЦИЮ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ СЛУХОВЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ ПРИ ПАРАНОЙДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ	439
--	-----

<i>Т. Д. Сырчина, Е.В. Семенова</i> АУТО- И ГЕТЕРОНОЗОГНОЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	440
<i>В. В. Полетаев</i> ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ НА СПЕЦИ- ФИКУ АФФЕКТА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ.....	442
<i>А. А. Ботбаев, И.К. Карпова, В.В. Полетаев</i> ИЗУЧЕНИЕ РЕПЕРТУАРА ОПЕРАЦИЙ МЫШЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО - ВОЛЕВОГО ДЕФФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	443
<i>С. Ю. Бушман</i> ПРИЧИНЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ШОППИНГ-АДДИК- ЦИИ У ЖЕНЩИН	444
<i>А. Ю. Столярова</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРАХА И АГРЕССИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	445
<i>Н. П. Беглякова</i> ЭТАПЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ ТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИСТРИО- НИЧЕСКОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА: ФОРМУЛИРОВКА ЗАДАНИЙ, ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАДЕЖ- НОСТИ ЧАСТЕЙ.....	447
<i>А. А. Киселева</i> КОНСТРУИРОВАНИЕ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ РАЗВИ- ТИЯ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОШКОЛЬНИКОВ	448
<i>К. К. Коробкова</i> ОТНОШЕНИЕ К СЕБЕ И ОКРУЖАЮМ В КОНТЕКСТЕ ПОЛОРОВЕВЫХ ОТНОШЕНИЙ	449
<i>И.Н. Куллина</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И РИСКА ВОЗ- НИКНОВЕНИЯ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....	451
<i>И.А. Курусъ</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И ПРЕОБЛАДА- ЮЩИХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ.....	452
<i>А. В.Ларин</i> ЭТАПЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ ТЕСТА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАДЕЖНОСТИ ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ ФОРМ ОПРОСНИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧ- НОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА	453
<i>Е.В.Лычагина</i> КОМОРБИДНОСТЬ ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА И АДДИКЦИЙ	454

<i>К.В. Носик</i> ОЦЕНКА ДЕПРЕССИИ, ДИССОЦИАЦИИ И СИМПТОМОВ ПТСР У МИГ- РАНТОВ-СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ.....	455
<i>И.Ю. Климова, И.А. Пономарёва</i> КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕ- НИЕМ КАННАБИНОИДОВ НА РАННИХ ЭТАПАХ ЗАВИСИМОСТИ.....	457
<i>М.А. Грабов</i> АРТ-ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ.....	458
<i>А.М. Карпушкин</i> ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИССОЦИАТИВНЫМ И КОНВЕР- СИОННЫМ РАССТРОЙСТВАМ.....	460
<i>А.С. Кравченко*</i> ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ.....	461
<i>К.В. Патока, А.Ю. Ратушина</i> ТИПЫ ЛИЧНОСТИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	462
<i>И.А. Пономарёва, И.Ю. Климова</i> ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ.....	463
<i>Е.И. Чубукова</i> АГРЕССИЯ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ.....	465
<i>Ш.Р. Ховалыг</i> ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ «РИСУНОК СЕМЬИ»	466
<i>В.А. Чучунова</i> СОСТАВЛЕНИЕ ВОПРОСОВ И ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУК- ТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНТЕРНЕТ- АДДИКЦИИ	467
<i>А.С. Шлее</i> ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	468
<i>Е. Н. Павлова</i> ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ МОТИВА «ЦВЕТOK» СТУДЕНТАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА.....	470
<i>А.М. Храменкова</i> ХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ	471
<i>К.С. Косолапова</i> СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ДИАГ- НОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЕКТИВНОГО МЕТОДА (ТЕСТ «ЧЕЛОВЕК ПОД ДОЖДЕМ»).....	472

<i>А.О. Чепурова</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ «РИСУНОК СЕМЬИ» ШКОЛЬНИКАМИ СТАРШИХ КЛАССОВ СРЕДНЕЙ И ВЕЧЕРНЕЙ ШКОЛ	474
<i>А.Ю. Смоляр</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	475
<i>К.А. Ченцова</i> ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО И ЕГО ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ У ДЕТЕЙ	476
<i>С. С.Макарова</i> ЭТАПЫ КОНСТРУИРОВАНИЯ ТЕСТА. РАЗРАБОТКА ЗАДАНИЙ ТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАССИВНО-АГРЕССИВНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА	478
<i>С. В. Гиркин</i> ТЕСТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА: ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАДАНИЙ И ВНУТРЕННЕЙ СОГЛАСОВАННОСТИ ТЕСТА	479

ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА

<i>С.Ю. Бушман</i> РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ АДДИКЦИЙ К ПОКУПКАМ.....	481
<i>Ю.В. Меньшикова</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ЗАПУЩЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ ТАБАЧНОЙ АДДИКЦИИ.....	482
<i>Е.И. Ульяхина</i> МОРФОЛОГИЯ СКАЗКИ В СОВРЕМЕННОМ КИНЕМАТОГРАФЕ.....	484
<i>Е. А. Рогожина</i> РАЗЛИЧИЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ	485
<i>Н.Б. Захарова</i> РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ОБЛАСТИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	487
<i>Л.Р. Рафаэлова</i> ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВЫХ АДДИКЦИЙ У ЖЕНЩИН	488

<i>А.В. Ефремов</i> РОЛЬ РОССИЙСКОЙ АРМИИ В ПАТРИОТИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ	490
<i>А. Брагина</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ РУССКОГО ЧЕЛОВЕКА	490
<i>И.Шеломенцев</i> ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОАНАЛИЗА ПРИ РАБОТЕ С ВОЕННОСЛУЖА- ЩИМИ –УЧАСТНИКАМИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ.....	492
<i>И. С. Сырова</i> МИФОЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	494
<i>Ж.С. Калел</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В МЕНЕДЖМЕНТЕ	495

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

<i>В.В. Барышникова</i> СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ К ОБУ- ЧЕНИЮ В ВУЗЕ	497
<i>Н.А. Бурдуковская</i> ВНУТРИСЕМЕЙНОЕ НАСИЛИЕ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА	498
<i>Ф.К. Савельев</i> ПРОБЛЕМЫ МОЛОДЕЖНЫХ СУБКУЛЬТУР В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ.....	499
<i>Ю.В. Стрельникова</i> САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИН- СКОГО ВУЗА	500
<i>Е. В. Тищенко</i> ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИНТЕГРАЦИИ В ОБЩЕСТВО СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	502
<i>А.С. Фидоринова</i> ВЛИЯНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕ- ВОЙ КОМПОНЕНТ ЛИЧНОСТИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА	503

СТОМАТОЛОГИЯ, ОТОРИНОЛАРИНОЛОГИЯ, ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

<i>М.К. Агзаев</i> ПОКАЗАТЕЛЬ УРОВНЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	505
<i>А.А. Гузанова</i> ФУНКЦИИ ПОЛОСТИ РТА И ПОСЛЕДСТВИЯ ИХ НАРУШЕНИЙ	506

<i>Д.Л.Шумилова</i> СНИЖЕНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ ПОСЛЕ КОНТУЗИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ	507
<i>И. М. Пунтусенко, С. В. Андреев</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ФУРУНКУЛАМИ И КАРБУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ГОРОДЕ НОВОСИБИРСКЕ.....	509
<i>Н. С. Апраксина, О. Б. Трemasова</i> ОЦЕНКА УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ДЕ- ТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ	510
<i>М.М. Пупышева</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ.....	511
<i>И.А. Мельникова</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА 3D-ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	512
<i>О.Е.Захарова</i> РОТОВЫЕ ДЫХАНИЕ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.....	513
<i>А. В. Вострикова, Г.А. Асеев, Е.Е. Бобылева</i> ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПОЛОСТИ РТА МЕТО- ДОМ АНКЕТИРОВАНИЯ.....	514
<i>О. А. Залавина, К.А. Росинский, Ш. Х. Разыков</i> РОЛЬ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИЧЕС- КОЙ ПАТОЛОГИИ	516
<i>Е. С. Исаева, Ю. С. Боровая</i> ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТНОЙ АНАТОМИИ ЗУБОВ МЕТОДОМ ОДОНТОМЕТРИИ	517
<i>Ю.С. Суртаева</i> МЕТОД КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ СЛИЗИСТОЙ ЯЗЫКА.....	519
<i>Я.Б.Славута, О.Б.Трemasова</i> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ-ТЕРАПЕВТОВ Г. НОВОСИБИРСКА	520
<i>Ю.С.Борисова, А.А.Хандоженко</i> АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА НОВОСИБИРСКА ПО ДАННЫМ КЛИНИКО- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.....	521
<i>С.А.Фидиркина</i> ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ С ПОМОЩЬЮ ЭРБИЕВО-ХРОМОВОГО ЛАЗЕРА НА КАЧЕСТВО ЛЕЧЕ- НИЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА.....	523

В. П. Носова

АНАЛИЗ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ
В ВОЗРАСТЕ ОТ 7 ДО 17 ЛЕТ 524

И.Г. Карнаушенко, С.В. Андреев

АНАЛИЗ УРОВНЯ ЭМПАТИИ У СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕС-
КОГО ФАКУЛЬТЕТА..... 526

Т. В. Емельянцева, С. К. Мильев

ИЗУЧЕНИЕ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПЕРВЫХ НИЖНИХ ПОСТОЯН-
НЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ Г.НОВОСИБИРСКА..... 527

О. Заверткина О.К., Пучкова Е.Д.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕ-
ТАННЫХ ЭНДОПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ 529

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

В.А. Грицингер, Д.Ю. Соколов

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПРИЖИЗНЕННОСТИ И ДАВНОСТИ
ОБРАЗОВАНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ
КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ
СЕРДЦА 531

Е.В. Кузнецов, И. А. Корж

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ МИКРО-
ЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
СОЧЕТАННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НАРКОТИЧЕСКИМИ
ВЕЩЕСТВАМИ И ЭТАНОЛОМ 532

А.П. Лыгденова, Н.Г. Ощепкова

МЕТОДИКА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКА-
ЮЩИХ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ 534

А.Н. Мозжерина

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ПОЛИМОРФИЗМ RS2228314
ГЕНА SREBF2 В СЛУЧАЯХ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ
СРЕДИ МУЖЧИН Г.НОВОСИБИРСКА 535

О.А. Саковчук, И.Д. Старикова

ОЦЕНКА ОПИСАНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК В ИССЛЕДОВАТЕЛЬС-
КОЙ ЧАСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ЭКСПЕРТОВ 537

Е.В. Царенко

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМИНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛО-
ГИЙ ПРИ ИЗНАСИЛОВАНИИ 538

УПРАВЛЕНИЕ ФАРМАЦЕИ

Е.А. Ковалевская

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ 540

А.В. Чеснокова

МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАРФЮМЕРНО-КОСМЕТИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ, РЕАЛИЗУЕМОЙ ЧЕРЕЗ АПТЕЧНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ 542

В.А. Белякова

ОПТИМИЗАЦИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 543

В.Д. Задворнов

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ УРОВНЕ (НА ПРИМЕРЕ ИСКИТИМСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)..... 544

И.Б. Исаева

НЕОБХОДИМОСТЬ СОЗДАНИЯ БИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КЛАСТЕРА В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ..... 546

А.В. Кныш

СОСТАВЛЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА БОЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ 547

В.Ю. Князева

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ РАЦИОНАЛЬНОГО МЕНЕДЖМЕНТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПОРЯДКА В ОТДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ 548

Ю.Н. Морева

ИЗУЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 550

Е.А. Сергеева

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ РЕЦЕПТУРЫ В Г. НОВОСИБИРСКЕ 551

М.С. Сушкова, Е.Ф. Шарахова

КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ АДАПТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ 552

М.П. Блудова

МЕРЧАНДАЙЗИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ АПТЕЧНЫХ ПРОДАЖ..... 554

Ю.В. Белова

ПОСТРОЕНИЕ КОНКУРЕНТНОЙ КАРТЫ ТОРГОВЫХ НАИМЕНОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ 555

ФАРМАКОГНОЗИЯ

Ю.В.Лигостаева

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕСТЫ 557

А.Ю. Клепикова

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЫРЬЯ
«ПОЛЫНИ ГОРЬКОЙ ТРАВА» 558

И.А. Данильцев

ЭКСТРАКТ КОРЫ КОРИЦЫ СУХОЙ – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ АНТИДИАБЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ..... 560

Н.А. Бурлева

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТЯНИКИ КАМЕНИСТОЙ 561

Ю.А. Глущенко

БИОЛОГИЧЕСКИ-АКТИВНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ В СОСТАВЕ ХОЛОСАСА..... 562

В. М. Говор

ПОЛУЧЕНИЕ ЖИДКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ВИТАПАНТА МЕТО-
ДОМ ДВУХФАЗНОЙ ЭКСТРАКЦИИ..... 564

О.В. Губа

РАЗРАБОТКА СОСТАВА КАПЕЛЬ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ КАПЕЛЬ ВЕТЕРИ-
НАРНОГО НАЗНАЧЕНИЯ С УРОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ 565

В.С. Давыдова

РАЗРАБОТКА СОСТАВА, ТЕХНОЛОГИИ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕКАР-
СТВЕННОЙ ФОРМЫ, АППРЕТИРОВАННОЙ НА ТКАНОМ МАТЕРИАЛЕ 566

М.Ю.Иванова

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ТОКСИЧНОСТИ ЦЕЗИЯ
ХЛОРИДА IN VIVO И ЕГО ЦИТОТОКСИЧНОСТИ НА ПЕРВИЧНЫХ
И ПЕРЕВИВАЕМЫХ КЛЕТОЧНЫХ КУЛЬТУРАХ..... 567

А.В. Караваева

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ-АКТИВНЫХ
СОЕДИНЕНИЙ В НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ОНОСМЫ ПРОСТЕЙШЕЙ 569

Е.О. Кокорева

ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ
ЛАБАЗНИКА ШЕСТИЛЕПЕСТНОГО 570

Я. И.Солдатенко

ВЫДЕЛЕНИЕ И ОЦЕНКА ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ СВОЙСТВ БИОЛО-
ГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ШТАММОВ ГРИБОВ-БАЗИДИО-
МИЦЕТОВ..... 572

Н.М. Харавинкина

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ПЛОДАХ ШИПОВНИКА
РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ..... 573

М. А. Шилова

АКОНИТ ДЖУНГАРСКИЙ – ПЕРСПЕКТИВНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ 574

ФАРМАКОЛОГИЯ, ФАРМАЦЕЯ, ХИМИЯ

А.Н. Голомидова

РОЛЬ КОМПЛЕКСА ТЕТРАГИДРОКОРТИЗОЛ-АПОЛИПОПРОТЕИН А-1
В РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ КРЫСЫ 576

*Т.О. Мурашко, А.А. Иванов, П.С. Постников, А.О. Немцев,
А.А. Никитенко*, А.А. Бондарев, И.В. Смирнов*

РОЛЬ ГЛИКОНА И АГЛИКОНА ФЕНОЛГЛИКОЗИДА В РЕАЛИЗАЦИИ
ЕГО ДИУРЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ..... 577

Н.Н. Козлов

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО
АССОРТИМЕНТА АНАБОЛИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ
НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ 579

Д.А. Кургачёв

КИНЕТИКА ГАЗОВЫДЕЛЕНИЯ И КАТАЛИЗ РЕАКЦИИ МЕЖДУ ГИДРОКСИ-
ЛАММОНИЕМ И НИТРИТОМ В ВОДЕ, ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕ И ДИОКСАНЕ 580

К.Виноградова, Ю.Пильник

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ КИСЛОРОДНЕЗАВИСИМОЙ БИОЦИДНОС-
ТИ ПОЛИМОРФНОЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕН-
ТАЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 582

Н. Гуртцкая

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА И ТРЕВОЖНО-
ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ 583

А. Д. Джикия

ЭНЕРГИЯ В «ДОЛГ» 584

*Д.Г. Шубин**

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В СИРО-
ПАХ ДЛЯ ДЕТЕЙ 585

Е.Г. Юрина, Ю.А. Чумаченко, Н.А. Радченко, А.О. Терещенков

ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСРАКТА ЛАБАЗНИКА ПРИ
ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ ПАРАЦЕТАМОЛОМ..... 586

П. Маложен

ГОД СПУСТЯ ИЛИ ПАТОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ РАДИАЦИИ 588

К.И. Поляков

ОСОБЕННОСТИ ГОМЕОПАТИИ. ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ МОНОПРЕПА-
РАТ ПРОТИВ ОЖИРЕНИЯ 589

<i>А.В. Пьяных, А.О. Терещенков, Н.А. Радченко, Ю.А. Чумаченко, Е.Г. Юрина, В.В. Иванова*</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙ- СТВИЯ КАРСИЛА И СУХОГО ЭКСТРАКТА КОРЫ БЕРЕЗЫ ПРИ ТОКСИ- ЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ.....	590
<i>А.О. Терещенков, Н.А. Радченко, Ю.А. Чумаченко, В.В. Иванова*, Е.Г. Юрина</i> ИЗУЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ЭКСТРАКТА РЕПЕШКА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ ПАРАЦЕТАМОЛОМ	592
<i>Н.В. Ткачева, О.Н. Огнева, Ю.В. Лигостаева*</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЭКСТРАКТОВ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННОМ ПАРАЦЕТАМОЛОМ	593
<i>Н.А. Швеи, О.О. Расстрепанова, Ю.К. Воронина, Н.А. Юдина</i> ОЦЕНКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ЭК- СТРАКТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ КРЫС	595

ФИЗИОЛОГИЯ, ИММУНОЛОГИЯ

<i>М. Н. Мартынова</i> ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА С ПОМОЩЬЮ ФУНКЦИОНАЛЬ- НЫХ ПРОБ С ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА.....	597
<i>Д.Г. Посашкова, О.С. Скотникова, М.С. Вантеев, Н. В. Тушайкин</i> ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ С АДАПТАЦИЕЙ И ОТНОШЕНИЕМ К ЖИЗНИ	698
<i>И.И. Вяльцев, Т.В. Гончарова, К.А. Астапенко, Ю.О. Власенко</i> ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МЕЖПОЛУШАР- НАЯ АСИММЕТРИЯ У СТУДЕНТОВ НОВОСИБИРСКИХ ВУЗОВ.....	600
<i>А. О. Вигриянова, Б.Ж. Касенова, Е.А. Лунева, Я. Б. Санду</i> СРАВНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОСУСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, НЕ ЗАНИМАЮ- ЩИХСЯ СПОРТОМ	601
<i>А. Ким, Г.Г. Егорян</i> КРОВЬ – МАГНИТОЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА ОРГАНИЗМА	603
<i>К.Ю. Утюпина, Я.А. Краснер</i> ОСОБЕННОСТИ Fe- и рН-ЗАВИСИМОГО ОКИСЛЕНИЯ АДРЕНАЛИНА	604

<i>М. С. Санников, К. К. Калюжная.</i> АНАЛИЗ РЕГУЛЯЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И ДЕОКСИГЕНАЦИИ ОКСИГЕМОГЛОБИНА В МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОМ РУСЛЕ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЮНОШЕЙ	605
<i>А.С. Бегенина</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕДУЩЕЙ РЕПРЕЗЕНТАТИВНО СЕНСОРНОЙ СИСТЕМЫ И УСПЕВАЕМОСТИ	606
<i>К. И. Поляков</i> ВИТАЛЬНЫЕ ПОТЕНЦИИ ЭЛЕМЕНТОВ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ	608
<i>В.Д. Бут, М.С. Даниличев</i> ВЛИЯНИЕ НИЗКОЧАСТОТНЫХ МАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА АКТИВНОСТЬ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ.....	609
<i>А.А. Черданцева, К.К. Калюжная</i> РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА В РЕГУЛЯЦИИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА.....	610
<i>Е.В. Стрюкова, И.А. Дубровин</i> ВЛИЯНИЕ МАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ НА АКТИВНОСТЬ ПЛАЗМЕННЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ.....	612
<i>Е.М. Шумбасова</i> РЕАКЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ВЫЗВАННЫЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ ДЫХАНИЯ.....	613
<i>К. К. Калюжная, М. С. Санников</i> РЕГУЛЯЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ НА ТРЕХКРАТНУЮ ОККЛЮЗИОННУЮ НАГРУЗКУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА	614
<i>А. Л. Варнаков, Е. А. Мушкатчев</i> КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ ПРИ КАРДИОБИОУПРАВЛЕНИИ	616
<i>А.В.Титенко, В.Г. Ефименко</i> ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT И TQ У СТУДЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ	617
<i>В.И. Напрюшкина</i> ОСОБЕННОСТЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 12-15 ЛЕТ	618
<i>Н.А. Радченко, Ю. К. Воронина</i> ВИРТУАЛЬНАЯ 3D РУКА – КАК СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА ДВИЖЕНИЯ	619

<i>О.В. Кисленок, С. А. Ледовских</i> ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У СТУДЕНТОВ ПРИ БИОУПРАВЛЕНИИ.....	621
<i>М.Г. Карпова, А.С. Сокол</i> ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	622
<i>Е.В. Полежаева, М. А. Колесникова</i> ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	623
<i>Д. О. Тайшин, В. Ю. Дружинин</i> ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ Л ИЧНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОУПРАВЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	625
<i>Р.А. Гагин, В.В. Курилин</i> ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БЕЛКА ВИРУСА НАТУРАЛЬНОЙ ОСПЫ (VARV-CrmB) НА TNF-ОПОСРЕДОВАННОЕ СОЗРЕВАНИЕ ДЕНДРИТ- НЫХ КЛЕТОК УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ДОНОРОВ	626
<i>В.А. Вечканов</i> ЭФФЕКТ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЭЛЕКТРОМАГНИТ- НОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ТЕРАГЕРЦОВОГО ДИАПАЗОНА НА ОСМОРЕЗИС- ТЕНТНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ КРЫСЫ.....	627

ФИЛОСОФИЯ

<i>Е.О Хмелевская, В.О. Свечникова, Е.А. Филоненко</i> ИМЕЕТ ЛИ ПРАВО ВРАЧ БЫТЬ ОБЫВАТЕЛЕМ?	629
<i>М.О. Буркацкая</i> ФИЛОСОФИЯ ЛЮБВИ Э. ФРОММА	629
<i>О.С. Чернова, Ю.В. Пузь.</i> ЛЮБОВЬ: МЕТАФИЗИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЮБВИ	631
<i>А.Е. Горелова</i> ВРЕМЯ. ПРОСТРАНСТВО. ИЗМЕРЕНИЕ	632
<i>В.Ю. Дружинин*</i> БХАГАВАД-ГИТА В КОММЕНТАТОРСКОЙ ТРАДИЦИИ ГАУДИЯ-ВАЙШНАВОВ	634
<i>М.Ю. Ивлева</i> АНТУАН ДЕ СЕНТ-ЭКЗЮПЕРИ КАК ФИЛОСОФ, ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ДЕТ- СКОГО СОЗНАНИЯ К ВЗРОСЛЫМ ОТКРЫТИЯМ	635

<i>Н.А. Оглоблина, Я.В. Чвора</i> КОНЦЕПЦИЯ ЖИЗНИ ПОСЛЕ СМЕРТИ В СОВРЕМЕННЫХ МИРОВЫХ РЕЛИГИЯХ	636
<i>А.С. Усачева</i> ОТНОШЕНИЕ СНА К РЕАЛЬНОСТИ	637
<i>Л. В. Никифорова</i> ФИЛОСОФСКИЕ АСПЕКТЫ КЛОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА.....	639
<i>Г.Г. Егорян, А. Ким</i> НАРКОМАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	640
<i>Я.А. Красюк</i> ОБРАЗ ЧЕЛОВЕКА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ.....	641
<i>А.Е. Опре, Е.С. Шатохина</i> АРИСТОТЕЛЬ И ПОЛИТИЧЕСКИЙ СТРОЙ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: ОЛИГАРХИЯ ИЛИ ДЕМОКРАТИЯ	642
<i>А.О. Вигриянова, Я.Б. Санду</i> АЛКОГОЛЬ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА И ВИДА С ТОЧ- КИ ЗРЕНИЯ МЕДИЦИНЫ И БИОЛОГИИ.....	644
<i>А. Е. Дружинина, С.В. Изаак, Н.О. Кузнецова</i> ФИЛОСОФИЯ ЛЮБВИ	645
<i>О.С. Лобанова, С.А. Воробьёва</i> ВОСПРИЯТИЕ ЖИЗНИ И СМЕРТИ В ЗАПАДНОЙ ФИЛОСОФИИ: АНТИЧ- НОСТЬ И СРЕДНЕВЕКОВЬЕ	646
<i>Т.В. Филимонова, Е.В. Фишер</i> СВОБОДА ЛИЧНОСТИ И СФЕРА ЭТИЧЕСКОГО СОЗНАНИЯ.....	647
<i>Е.В. Фатеева</i> СВОБОДА ЛИЧНОСТИ В ГОСУДАРСТВЕ.....	648
<i>Д.Ю. Коровкина</i> «УТОПИЯ» ТОМАСА МОРА В РЕАЛЬНОМ МИРЕ	649
<i>Е.В. Кисюкова</i> СВОБОДА ЛИЧНОСТИ В СФЕРЕ РЕЛИГИОЗНОГО СОЗНАНИЯ.....	650
<i>Е.В. Федосова, М.А. Пянко</i> ПРОБЛЕМА РАЗУМА В ИСТОРИИ ФИЛОСОФИИ	652
<i>М.О. Авдеенко, С. И. Симеренко</i> ИСТИНА: ОБЪЕКТИВНА ИЛИ СУБЪЕКТИВНА?	653
<i>А. К. Бояркин, Д. А. Д. Павличенко</i> МЕТОД ДИНАМИЧЕСКОГО ПРОГРАМИРОВАНИЯ И ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ИНОСКАЗАНИЕ КАК СПОСОБ ВЫРАЖЕНИЯ МЫСЛИ	654

<i>А.В.Будаев, С.Ю.Шмакотин</i> ПРЕДЕЛЬНЫЕ ОБОБЩЕНИЯ = ПРЕДЕЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ.....	656
<i>Т. З. Гаджиев</i> ПРОБЛЕМА ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ	657
<i>С.А. Кисленко, М.С. Войтко</i> ФЕНОМЕН ОДИНОЧЕСТВА	658
<i>С.А. Байрамова, Н.Ю. Назарбекова</i> СУЩНОСТЬ ЛЮБВИ. ЛЮБОВЬ В ФИЛОСОФСКОМ АСПЕКТЕ.....	659
<i>Д.И.Батанов</i> ЧТО ТАКОЕ ВОПРОС?.....	660
<i>С.Б.Рахимгулова*</i> НЕИЗВЕСТНОЕ В ФИЛОСОФСКОМ НАСЛЕДИИ Ф. ШЛЕЙЕРМАХЕРА	662
<i>Н.А. Короткая, Е.В. Горбунова</i> ПРОБЛЕМА ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ	662

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

<i>Е. Н. Мезенцев*</i> КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	664
<i>Н.И. Севрюкова</i> ХИТОЗАН – ГЕЛЬ И ЛИМФОКОРРЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	666
<i>М. З. Шутова</i> АНТРОПОЛОГИЯ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР СТРОЕНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА И ЕЕ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ И ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ.....	667
<i>Б. А. Суцинский</i> ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ	668
<i>А.Р. Аветисян*, А.К. Шапилов.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ОСТЕОПЛАСТИКИ И ЗАДНЕЙ ВНУТРЕННЕЙ ФИКСАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ С ДЕФЕКТАМИ КОСТНОЙ ТКАНИ	670
<i>К.К. Антоненко</i> ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИИ	671

<i>Н.В. Антонова</i> МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН КИСТИ	673
<i>К.С.Астракова</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СИЛИКОНОВЫХ И НИТИНОВЫХ СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВОДА	674
<i>Л.Ю. Гарибова, Ю.Ю. Кулябин, Л.А. Монакова.</i> ПЕРИАЦЕТАБУЛЯРНАЯ ТРОЙНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ТАЗА– ЭФФЕКТИВ- НОСТЬ И ОБОСНОВАННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ТАЗО БЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	676
<i>И. А. Ефремов</i> ТАКТИКА ВРАЧА–ХИРУРГА ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	677
<i>П.В. Животенюк</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АКРОМИАЛЬНО-БУТОРКОВОГО КОНФЛИКТА	678
<i>И.Е. Ковешников, М.А. Колесникова</i> ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КОЭФФИЦИЕНТА ПОВЕРХНОСТНОГО НАТЯЖЕНИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА В НОЗОЛОГИЧЕСКОМ И ПРОГНОСТИ- ЧЕСКОМ АСПЕКТАХ	680
<i>О.П.Колесников</i> ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕ- НИЙ У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.....	681
<i>О.П.Колесников</i> АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОРТО- ПЕДИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	682
<i>О.П.Колесников</i> ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕКОН- СТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА БРЮШНОЙ АОРТЕ	683
<i>Е.Д. Кривенкова, Д.С. Врбиче</i> РОЛЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУК- ЦИИ УРЕТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОН- НЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	685
<i>Е.А. Левдина, Т.М. Смарж</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА РАСПОЛОЖЕНИЯ СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА.....	686
<i>И.А.Наумова</i> РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ	688

Ю.Н.Патрушева, Г.С.Жангирова.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНАЛИЗА ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ
У БОЛЬНЫХ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ДЛЯ ПРОГНОЗИ-
РОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА И ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ 689

К.Г. Пахомов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БИЛЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА ПО АНАЛИ-
ЗАМ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ЗА 10 ЛЕТ 690

А.М. Улитина, И.О. Рерих.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРОСТАТЫ НА ФОНЕ
ЕЕ ГИПЕРПЛАЗИИ 692

*А. В. Филоненко, И. Ю. Саматов**

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ У ПОЖИЛЫХ
БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ. 693

*И.Ю.Шелухина**

УЩЕПЛЕНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ В ОТВЕРСТИИ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ..... 695

Е.Е. Щёкина, Е.В. Григоров, Е.Г. Юшина, Е.М. Зяблицкая*
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

В СИБИРИ..... 696

*О. Р. Эшиматов, Ж. О. Акматов**

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АНЕВ-
РИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ..... 698

*О.Р. Эшиматов, Ж.О. Акматов**

ДИАГНОСТИКА АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ..... 699

Е.Н. Юрченко

ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ И КИСТАХ
СРЕДОСТЕНИЯ 700

Д.И. Шумахер; Э.Г. Шумахер; И.Н. Сухина; Д.С. Унчикова

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В СЕРДЦЕ КРЫС
ПРИ ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ МЕТИЛМЕТАКРИЛАТА 701

Д.И. Шумахер; Э.Г. Шумахер; И.Н. Сухина; Д.С. Унчикова

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ЛЕГКИХ КРЫС
ПРИ ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ МЕТИЛМЕТАКРИЛАТА 702

МАТЕРИАЛЫ
III Российской (итоговой) конкурс-конференции
студентов и молодых ученых
«АВИЦЕННА-2012»
12 апреля 2012 года

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 03.04.2012. Формат 60×84/16
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Ризография
Усл. печ. л. 44,76. Тираж 100 экз. Изд. № 80 с.

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