



ISSN: 1819-0901
Medicina v Kuzbasse
Med. Kuzbasse

Медицина в Кузбассе



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Учредитель:

НП «ИД Медицина
и Просвещение»

Адрес:

г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43
e-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

А.А. Черных
И.А. Коваленко

Издание зарегистрировано
в Южно-Сибирском
территориальном управлении
Министерства РФ по делам
печати, телерадиовещания
и средств массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004,
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35

Тираж: 1500 экз.

Журнал распространяется
по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М., Колбаско
А.В., Калентьева С.В. - ответственный секретарь, Подолужный В.И. -
зам. главного редактора, Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов
В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глуш-
ков А.Н. (Кемерово), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово),
Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев
Г.К. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кеме-
рово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Селдцов А.М.
(Кемерово), Сергеев А.С. (Кемерово), Сыгин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А.
(Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н. (Кемеро-
во), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер
Т.И. (Кемерово), Vaks V.V. (Вакс В.В.) (Лондон, Великобритания)

АДРЕС РЕДАКЦИИ

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22А.
E-mail: kemsma@kemsma.ru

Решением Президиума Высшей аттестационной комиссии
Министерства образования и науки России от 19 февраля 2010 года № 6/6 журнал включен
в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий,
в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций
на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

Журнал входит в Российский Индекс Научного Цитирования

Обязательные экземпляры журнала находятся в Российской Книжной Палате,
в Федеральных библиотеках России и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал и Базы данных ВИНТИ РАН

ОГЛАВЛЕНИЕ:

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Начева Л.В., Ткаченко Т.С. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ КСЕНОПАРАЗИТАРНОГО БАРЬЕРА КАК АДАПТИВНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ	3
--	---

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Куреков И.В., Долгих В.Т. ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗОНА И ГИПОКСЕНА В ПЕРИОД АЛКОГОЛЬНОЙ АБСТИНЕНЦИИ	9
---	---

Захарова Ю.В. БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА БИФИДОБАКТЕРИЙ В АССОЦИАТИВНОМ СИМБИОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ	14
--	----

Мясоедова С.С., Леванова Л.А., Подонина Н.М. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН	17
---	----

Берсенева О.В., Калентьева С.В. КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ В Г. КЕМЕРОВО	20
--	----

Колесникова Н.Б., Калентьева С.В. СЕЗОННАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ	23
---	----

Ардашев И.П., Стаценко О.А., Афонин Е.А., Калашников В.В., Калашников В.Вл., Воронкин Р.Г. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАРАННОЙ КОСТИ	29
--	----

Максимов С.А., Благовещенская О.П., Вавин Г.В., Зинчук С.Ф. ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТВЕРДОЙ ФАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	33
--	----

Корнилов А.А., Ухтина Н.В., Селедцов А.М. РЕЗИДУАЛЬНАЯ ОРГАНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У МОЛОДЫХ	37
---	----

Маниковская Н.С., Сумбаев Е.А. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «ПАРАЗИТ-ХОЗЯИН» НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ОНТОГЕНЕЗА ГЕПАТОТРЕМАТОД	40
--	----

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

Язова М.А., Грачева Т.Ю. ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ УДОСТОВЕРЕНИЯ ЗАВЕЩАНИЙ В БОЛЬНИЦАХ	43
--	----

ИНФОРМАЦИЯ

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ В ЖУРНАЛ «МЕДИЦИНА В КУЗБАССЕ»	46
--	----

МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

НОВЫЕ КНИГИ	48
-------------------	----

Все статьи публикуются бесплатно

Электронную версию журнала Вы можете найти на интернет-сайте www.medpressa.kuzdrav.ru
Электронные версии статей доступны на сайте Научной Электронной Библиотеки по адресу www.elibrary.ru

Начева Л.В., Ткаченко Т.С.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ КСЕНОПАРАЗИТАРНОГО БАРЬЕРА КАК АДАПТИВНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

При хронических процессах, протекающих с образованием кист любого генеза, организм формирует биологический защитный барьер, представленный однотипными структурными компонентами: гиперплазия эпителия, незрелая соединительная ткань, фиброз. Такой барьер называют ксенопаразитарным. Создание его обусловлено адаптацией двух сочленов биологической системы.

Ключевые слова: киста; ксенопаразитарный барьер; система «паразит-хозяин».

Nacheva L.V., Tkachenko T.S.

*Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo*

FUNCTIONAL MORPHOLOGY OF XENOPARASITIC BARRIERS AS AN ADAPTIVE REACTION IN CHRONIC INFLAMMATION OF DIFFERENT ETIOLOGY

In chronic processes with formation of cysts of any genesis the organism forms the biological protective barrier represented by structural components of the same tape: hyperplasia of epithelium, immature connective tissue, fibrosis. This barrier is called xenoparasitic. Its formation is due to adaptation of two co-members of biological system.

Key words: cyst; xenoparasitic barriers; «parasitic-host» system.

Медицина не всегда учитывает морфологический субстрат адаптационного процесса, который трудно поддается прямому клиническому наблюдению. Выдающийся клиницист, нейрохирург Бурденко Н.Н. (1957) высказал следующее: «...Из поля зрения физиологов и врачей выпала морфологическая адаптация, которая, без сомнения, является, если не единственной, то самой характерной для живых систем».

Современная медицина оценивает патогенность повреждающих агентов (паразитов и микроорганизмов) на организменном уровне, не без оснований считая, что она является причиной клинических проявлений заболевания. Однако, это лишь одна из сторон

паразито-хозяинных взаимоотношений, в которой сфокусированы, по меньшей мере, три их особенности: 1) степень резистентности хозяина, 2) степень вирулентности паразита, 3) состояние конкретной эпидемической (эпизоотической) ситуации. По мнению Давыдовского И.В. (1956), патогенность паразитов зависит от множества причин и сродни по своей полиморфности «устойчивости хозяина».

Астафьев Б.А. считает, что у паразитирующих организмов существует, так называемый, «ген патогенности». Возможно, что эта точка зрения является ошибочной и патогенность не результат воздействия какого-то «особого гена», а проявление генотипических различий в одном или, скорее, в комплексе специфических свойств. Давыдовский И.В. полагал, что понятие патогенность столь же неопределенно, как понятия: болезнь или здоровье. Он же отмечал, что представление о патогенности, как о видовом качестве, ошибочно и нарушения симбиоза с непатогенными микроорганизмами бывают даже чаще, чем с патогенными.

Антропоцентрический подход к изучению вариантов взаимоотношений между организмами не всег-

Корреспонденцию адресовать:

Начева Любовь Васильевна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел.: дом. 8 (3842) 58-08-02; сот. +7-903-907-27-22.
E-mail: nacheva@mail.ru

да способен отыскать истину и часто является причиной устоявшихся в биологии и медицине ложных суждений. Представление о том, что паразитарная инвазия — это обязательно паразитоз, развивающийся как болезнь, справедливо лишь отчасти. Наблюдения над бинарными системами паразитарного типа позволяют усомниться в категоричности суждений о том, что попадание паразита в хозяина — это обязательно развивающаяся болезнь. Биологическая адаптация паразита состоит лишь в способности подавлять активность реакции тканей хозяина. Адаптация хозяина выражается в способности образовывать биологический — «ксенопаразитарный» [10] — барьер как адаптивный защитный блок.

Современная морфология из науки о структуре превратилась в науку о структурном выражении функции. Функциональная морфология способствовала объективному получению информации о разнообразных процессах жизнедеятельности органов и функций организма в процессе адаптации к не одностипным раздражителям или чужеродным агентам.

Пальцев М.А. с соавт. (1995) утверждали, что соединительная ткань и её производные занимает в организме высших животных и человека особое место. Она объединяет другие ткани и органы структурно и интегрирует их по существу, обеспечивая транспорт метаболитов. Тканевая организация, развитие и функционирование многоклеточных организмов во многом определяются различными межклеточными взаимодействиями, которые можно рассматривать как универсальный механизм, разбивающий традиционные взгляды на физиологические и патологические процессы.

Богомолец А.А. (1957), изучая гистологию соединительной ткани, описал следующие её функции: трофическую, связанную с регуляцией питания клеток и их участия в обмене веществ; пластическую, выражающуюся в активном участии в процессах регенерации; защитную, осуществляемую путём выработки иммунных тел, фагоцитоза и процесса организации, и механическую функцию. Учение Богомольца А.А. о соединительной ткани сыграло большую роль в том смысле, что оно привлекло к этой проблеме внимание патофизиологов и клиницистов и поставило вопрос о значении реактивности целостного организма в патогенезе различных заболеваний. Ранее Шаде Г. (1923) рассматривал межклеточное вещество соединительной ткани как «самостоятельный полноценный орган», который играет важную роль в физиологических и патологических процессах. Он считал, что соединительная ткань выполняет следующие физиологические функции: коллоидно-механическую; диффузную, депонирующую воду, соли и некоторые питательные вещества; регу-

лирующую концентрацию веществ за счет ионно-осмотических процессов.

Соединительная ткань представляет собой биологическую систему, осуществляющую комплекс вегетативных функций, в которой все находятся в теснейшем взаимодействии друг с другом, которая живо реагирует на те или иные нарушения в организме изменением морфологических и функциональных особенностей клеточных элементов. Разновидности соединительной ткани отличаются определенными чертами строения, соответствующими их специализированным функциям. Однако такие отличия заключаются в основном в микро- и макроархитектонике, в различных количественных соотношениях структурных и химических элементов, которые сравнительно не многочисленны и с удивительным постоянством обнаруживаются во всех разновидностях соединительной ткани, что и позволяет говорить о системе, объединенной общим мезенхимальным происхождением, общими принципами структуры и функции.

Ответная реакция организма на повреждение осуществляется с помощью саморегулирующейся системы со стереотипной динамикой, принципиально не зависящей от типа повреждающего фактора, хотя он и определяет некоторое своеобразие реакции. Конечной целью этой реакции является ликвидация повреждения, т.е. максимальное анатомическое восстановление ткани с минимальными в данных условиях функциональными потерями [7].

При всем многообразии функций и структурных вариантов соединительной ткани единство этой системы определяется богатыми возможностями метапластических переходов и адаптивных изменений. Соединительная ткань, выполняя многообразные и сложные функции в организме, обеспечивая гомеостаз, принимает активное участие в развитии патологических процессов. В ответ на внедрение в организм раздражающего агента, вызывающего более или менее выраженное повреждение тканей, наступает воспалительная реакция. Выделяют несколько видов реакций — лейкоцитарную, макрофагическую и фибробластическую, с последующим образованием соединительной капсулы. Чужеродным агентом могут быть организмы разного уровня организации, от прокариотических «паразитов» или условно-патогенных микроорганизмов до крупных представителей многоклеточных эукариотических организмов (плоских, круглых червей, яиц, личинок паукообразных и насекомых).

Для защиты организма от чужеродных начал одной из форм клеточной реакции является формирование гранулёмы, которая может вызвать развитие реакции гиперчувствительности замедленного типа. Именно она и занимает большое место в хроническом воспалении. В общем, клеточном ансамбле оча-

Сведения об авторах:

Начева Любовь Васильевна, доктор биол. наук, профессор, зав. кафедрой общей биологии с основами генетики и паразитологии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Ткаченко Татьяна Селиверстовна, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

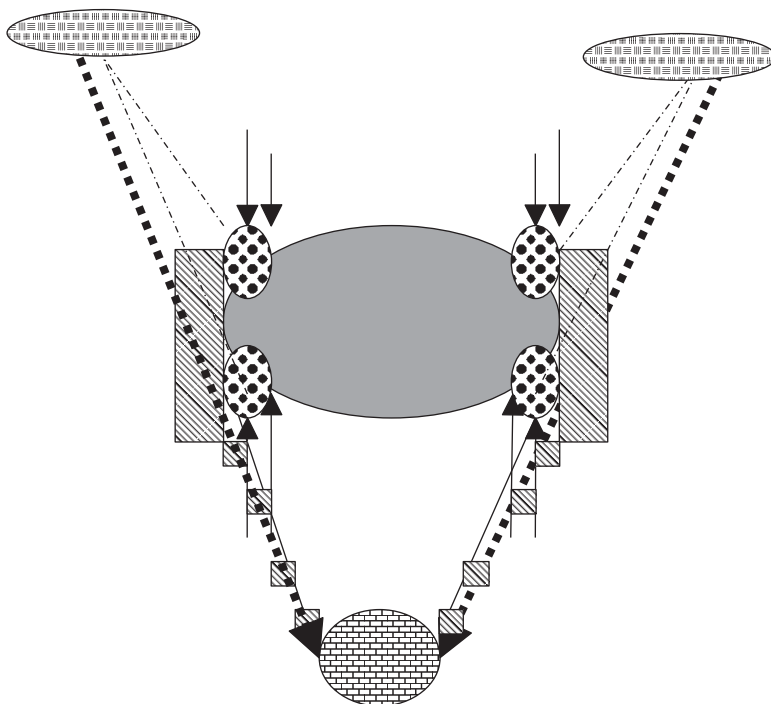
га хронического воспаления, помимо мононуклеарных фагоцитов, имеется набор разных классов лимфоцитов и их производных: нейтрофилы, эозинофилы, тучные клетки. Они взаимосвязаны друг с другом по принципу «всё связано со всем». Сложность состоит в том, что из всего многообразия связей в патогенезе приходится вычленять главные, детерминирующие развитие процесса. Наибольшего внимания заслуживают в этом отношении функциональные взаимодействия между нейтрофилами, макрофагами, лимфоцитами и фибробластами в очаге. Развитие состояния клеточной гиперчувствительности к паразитарным агентам имеет сложный генез. Антиген паразита, проникающий в организм хозяина, связан с дендритными клетками Лангерганса, которые мигрируют в лимфатические узлы и презентуют антиген Т-лимфоцитам, что обуславливает иммунный ответ (схема). Чужеродные вещества связываются с поверхностными молекулами клеток Лангерганса, образуя новые антигены, которые индуцируют развитие гиперчувствительности замедленного типа [15]. В разнообразных периапикальных образованиях (гранулемах, гранулемах с эпителиальным компонентом, радикулярных кистах) клетки Лангерганса обнаруживаются в тесной связи с эпителиальными остатками Малеяссе (ЭОМ) [20]. Содержание клеток Лангерганса коррелирует с активностью пролиферативных процессов в эпителиальном компоненте периапикальных поражений, а также со степенью инфильтрации ЭОМ лимфоцитами. Предполагается [24], что клетки Лангерганса выделяют факторы, которые непосредственно регулируют пролиферацию клеток ЭОМ. Вероятно, клетки Лангерганса оказывают и не прямое влияние на пролиферацию клеток ЭОМ, поскольку они принимают участие в регуляции миграции лимфоцитов, секреторные продукты которых обладают митогенным свойством в отношении клеток ЭОМ. Но в течение всей жизни ЭОМ не находятся в покое, как это было признано, а функционируют, выполняя защитную роль, вырабатывая противовоспалительные цитокины, лизоцим и противомикробный пептид β -дефензин-1 [20, 21, 22].

Кистам, как образованиям воспалительного происхождения, присущи все гистологические признаки воспаления, которое никогда не прекращается окончательно [1]. Развитие в кистах челюстей воспалительного процесса происходит в 47,4-56,9 % случаев [3]. Инфицированность кистозных полостей, по нашим данным, имеет место в 83,5 % наблюдений. Около 64 % больных поступают в клинику на ле-

чение в стадии нагноения содержимого кисты [14]. У 52 % пациентов имеет место хроническое течение, с образованием свищей на десне, в лунках удалённых зубов, на коже лица, в полости носа.

При исследовании микрофлоры содержимого кисты Евдокимов А.И. с соавторами (1972) обнаружил те же микроорганизмы, которые постоянно встречаются в полости рта. В содержимом кистозной полости была выявлена кокковая флора — стрептококки, стафилококки [8]. Среди больных околокорневыми кистами положительная реакция на внутрикожное введение стрептококкового фибриаллергена выявлена в 60-72 % случаев [9, 19]. Микрофлора околозубных очагов при периодонтите идентична микробам воспалённой пульпы и инфицированных корневого канала. Она является весьма разнообразной: из корневого канала в 74 % случаев высеян зеленающий стрептококк [23], а в 51,5 % нашли грамм-положительную сапрофитную палочку и, в меньшем количестве, сапрофитные кокки, гемолитический и негемолитический стрептококки, энтерококк, грамотрицатель-

Схема
Клеточный механизм формирования кисты



- радикулярная киста
- эпителиальные остатки Малеяссе
- лимфатические узлы
- клетки Лангерганса с антигенами чужеродных агентов
- поражённый зуб
- транспрезентантный путь клеток Лангерганса
- иммунный ответ, клеточная пролиферация
- связывание антигена «паразита» с клетками Лангерганса

ные палочки, анаэробные бактерии. Римская А.С. (1934), Роозенфельд Е.Ф. (1936), Ребреева Л.Н. (1941) и другие исследователи также обнаружили полимикробную флору с преобладанием зеленающего и молочнокислого стрептококка, белого, золотистого стафилококка (91-95 %) и лишь в 5-9 % случаев определяли палочковидные и анаэробные формы. По наблюдениям Ребреевой Л.Н. (1962), в апикальных гранулёмах обнаруживаются и актиномицеты, бактериоиды, фузобактерии, вибрионы и спирохеты. Изучение микрофлоры кист демонстрирует наличие разнообразного чужеродного агента, который активирует эпителиальные остатки Маляссе. Они активно участвуют в воспалительной реакции при бактериальной инфекции, играя важную роль в защитных механизмах, связанных с формированием радикулярных кист. Стенка кисты представляет собой защитный барьер и формируется при любом виде чужеродных агентов как естественная реакция адаптивно-компенсаторного характера.

Изучение чужеродных агентов, вызывающих воспаление, привлекало внимание в течение всего прошлого столетия. Было показано, что любой околоверхушечный очаг, как в стадии острого, так и хронического воспаления, является инфицированным, включая наружную стенку гранулёмы и прилежащую стенку альвеолы. По мнению Беляева И.Б. (1974), микрофлора, токсины микробного и тканевого происхождения, находящиеся в корневых каналах, вызывают не только воспаление тканей, но и сенсibilизацию и интоксикацию организма. При длительном течении таких воспалительных процессов может возникнуть хронический сепсис. На наш взгляд, именно образование кисты препятствует распространению инфекции в организме в целом, то есть мобилизует повреждающего агента в одном месте. Морфофункциональная реакция тканей организма формирует защитный барьер ксенопаразитарного типа. Микрофлора околокорневой кисты является активатором тканевой реактивности больного, то есть выступает в роли стимулятора, мобилизующего ткани хозяина на защиту от антигенной атаки микроорганизмов. Одонтогенная киста или «паразитарная» увеличивается медленно в течение многих месяцев и даже лет, незаметно для больного, не вызывая субъективных ощущений. В «недрах» воспалительной инфильтрации зарождается программа фиброзных преобразований зоны повреждения. Отличием «паразитарной» кисты от одонтогенной является только то, что они имеют разных провокационных раздражителей, выделяющие соответственно разные антигены. Но обладают выраженной однотипной реакцией морфологических перестроек в виде гиперплазии, разрастания соединительной ткани и фиброза. Попав в экстремальные условия, организм хозяина мобилизует разные «программы адаптивного поведения», конечной целью которых служит полноценное приспособление за счёт повышения резистентности к стрессорам. С одной стороны, это типичная картина для хронических процессов, а с другой — коадаптация между микроорганизмом (или паразитом) и хозяином с

формированием защитного, ксенопаразитарного барьера.

Первоначальную реакцию организма на внедрение инфекционного или инвазионного агента следует рассматривать не только как универсальный приспособительный ответ, но и как биологически активный процесс, обладающий обратной связью в конкретных, постоянно меняющихся условиях. Биологическая сущность адаптивности воспалительной реакции с её пользой для организма наиболее ярко выступает при хроническом воспалении любой этиологии, особенно протекающей с образованием кисты.

Темерханов Ф.Т. высказал мысль о том, что не выяснены морфофункциональные особенности формирования одонтогенной кисты, хотя по этому поводу существует ряд гипотез. Происхождение радикулярной кисты изучалось многочисленными исследователями. Ранее предполагалось, что радикулярная киста формируется из внутричелюстного гноиника, однако эта теория в настоящее время имеет лишь историческое значение.

Овруцкий Г.Д. с соавторами (1999) считают, что околокорневая киста — продукт длительного хронического воспалительного процесса в околоверхушечной области, чаще всего эпителиальных гранулём или, по мнению Мигунова Б.И. (1963), киста является результатом увеличения полости кисто-гранулём. Солнцев А.М. с соавт. (1982) полагают, что активированный хроническим воспалительным процессом или иными, ещё не изученными, факторами эпителий островков Маляссе пронизывает ткань околокорневой гранулёмы, формируя сетевидные или тяжистые структуры. Развивающиеся в дальнейшем дистрофические изменения и трофические нарушения в околокорневой гранулёме приводят к гибели части клеток и образованию полостей, выстланных эпителием и заполненных жидкостью. Это служит началом развития околокорневой кисты.

В паразитологии есть мнение, что «паразитарная» киста недостаточно изучена и так же не выяснен её механизм образования в разных органах и тканях «хозяина».

Штейнпрейс Т.А. [17] установила, что хаплонетра паразитирует в легком лягушки без образования капсулы, располагаясь в ячейках септ первого порядка. Стенки септ легкого выполняют роль псевдокапсулы, не ограничивая движение паразита в своей полости, препятствуют активному его перемещению через ткань легких. При этом стенка септ легкого служит ксенопаразитарным барьером, обеспечивая сохранность и паразита, и хозяина.

Исследования по патоморфологии печени кошек, спонтанно зараженных описторхами, показали, что сибирская двуустка, паразитируя в желчных протоках печени, вызывает изменения стенки протоков, которые выражаются метаплазией, разрастанием молодой соединительной ткани и образованием фиброзного слоя. В связи с этим, мы считаем, что стенка протоков при описторхозе также является ксенопаразитарным барьером, выполняющим защитную функцию в системе «паразит-хозяин».

Возникновение ксенопаразитарного барьера является необходимым в триаде биологических систем: «паразит — хозяин», «плод — мать (хозяин)», «опухоль — организм (хозяин)», ибо он не только объединяет, но и разъединяет неоднородные организмы, которые должны достичь динамического взаимовыгодного соглашения, предотвращая иммунные конфликты [12]. По этой концепции, хозяин в этих трех паразитарных системах ведет себя однотипно, то есть, ограничивая возможности «паразита», вступает с ним в определенный компромисс, который направлен на обеспечение трофики и относительное сбережение «чужеродного агента» до разрешающего момента, связанного с достижением зрелости «паразита». В процессе формирования ксенопаразитарного барьера «паразит», независимо от уровня своей организации, осуществляет ряд необходимых действий: 1) подача ложной информации — псевдоэффект; 2) образование плотного контакта — адгезия; 3) создание воровской зоны — клеточномимикрия [5].

Ксенопаразитарный барьер — это структура защитного типа, сформированная из тканей хозяина в тех местах, где произошло проникновение чужеродного агента. «Ксенос» в переводе означает «чужой», то есть не существующий в норме, а образующийся только в патологии.

Само понятие ксенопаразитарного барьера в системе «паразит-хозяин» принадлежит профессору Логачеву Е. Д. [10]. Под этим барьером подразумевается морфологическая структура, выполняющая роль ограничения перемещения паразита и предотвращения дальнейшего повреждения тканей хозяина. Он обеспечивает приспособление и паразита, и хозяина. Многогранность взаимоадаптивных реакций в системе «паразит — хозяин» нашла отражение во многих исследованиях [10, 13].

Воробьева Е. И. (1992) считает, что важным свойством ксенопаразитарных барьеров является мобилизация паразита, избирательная проницаемость и сохранность хозяина. В то же время, реакция тканей хозяина «учитывает интересы паразита и помогает ему», то есть формируются относительно компромиссные отношения. Например, капсула вокруг паразита обеспечивает его питание и жизнеспособность [4]. Но некоторые авторы полагают, что адаптация хозяина не способствует улучшению условий для существования паразитов, населяющих его организм. Взаимоотношения в системе «паразит — хозяин» остаются антагонистическими, воздействие паразита на хозяина всегда патогенное, повреждающее [6]. Однако многие из исследователей, изучающих отношения между паразитом и хозяином, замечают в паразитизме черты симбиоза [10, 18].

Сформированная киста не является простым воспалительным разрастанием, а представляет собой, как

мы уже утверждали, сложную систему взаимодействия по принципу обратной связи. Предшествовавший кисте воспалительный процесс с образованием гранулёмы только подтверждает роль длительных, в том числе и воспалительных, раздражений в этиологии и патогенезе радикулярной и «паразитарной» кист.

Хроническое воспаление — это наиболее сложная сосудисто-мезенхимальная реакция организма на повреждение. Она направлена не только на ликвидацию повреждающего агента, но и на восстановление повреждённой ткани. При рассмотрении вопроса о самоизлечении околокорневых кист без оперативного вмешательства небезинтересными представляются сведения о самоизлечении кист. Стефна и Мильхен в течение 15 лет наблюдали методом рентгенографии за 36 кистами челюстей (в период от 14 месяцев до 15 лет). Они установили, что в 15 случаях кисты увеличивались в размерах, а в 17 — оставались неизменёнными. В 3 случаях кисты уменьшались в размере, и в одном — киста полностью ликвидировалась. Овруцкий Г. Д. с соавторами (1999) считают, что частичное или даже полное восстановление костного дефекта при кисте и без хирургического вмешательства бывает нередко. На возможность «самоисцеления» кист указывали и другие [2, 16]. В паразитологии морфологически описано самоосвобождение от кист в легких собаки при парагонимозе [11] с явлениями реалъевализации.

ВЫВОДЫ:

1. Стенка кист любого генеза — это ответная защитная реакция организма «хозяина» на развитие хронического воспалительного процесса, имеющая однотипное морфофункциональное проявление, выраженное гиперплазией, разрастанием соединительной ткани с пролиферацией клеточных элементов и фиброзом.
2. Стенка кист — это ксенопаразитарный барьер, который создает условия для симбиотического, относительно благоприятного на некоторое время сосуществования в системе «паразит — хозяин».
3. Механизм формирования кист различного происхождения до конца не изучен, но функциональная морфология открывает дальнейшие пути решения этого вопроса.
4. Клетки Лангерганса являются транспрезентными структурами для антигенов чужеродных агентов и иммунной системой хозяина.
5. Образование кисты, независимо от уровня организации чужеродного агента, представляет собой морфофункциональную «программу адаптивного типа», созданную полиморфностью взаимоотношений паразита и хозяина.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андрусон, М. В. Клинико-морфологическое исследование околокорневых кист челюстей // М. В. Андрусон // Стоматология. — 1959. — № 2. — С. 44-46.

2. Астахов, Н.А. К вопросу о патогенезе зубных околокорневых кист /Н.А. Астахов: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 1908. – 117 с.
3. Бакиев, Б.А. Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей /Б.А. Бакиев: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Фрунзе, 1986. – 233 с.
4. Березанцев, Ю.А. Трихинеллёз /Ю.А. Березанцев. – Л.: Медицина, 1974. – 160 с.
5. Богданов, В.Р. Некоторые дискуссионные вопросы паразитизма /В.Р. Богданов //IX науч. конф., посвященная теор. и практ. вопросам общей и экологической паразитологии: тез. докл. Май, 1991 г. – Кемерово, 1991. – С. 23-26.
6. Всеволодов, Б.П. Изменения в организме хозяев, связанные с внедрением паразитов и миграцией их на ранних стадиях развития /Б.П. Всеволодов //Основы общей гельминтологии. – М.: Наука, 1976. – Т. III. – С. 68-70.
7. Елисеев, В.Г. Соединительная ткань. Гистофизиологические очерки /В.Г. Елисеев. – М.: Медгиз, 1961. – 416 с.
8. Кускова, В.Ф. Характеристика стрептококков полости рта /В.Ф. Кускова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1951. – 18 с.
9. Лившиц, Ю.Н. Изучение эффективности неоперативного лечения околокорневых кист челюсти /Ю.Н. Лившиц: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 1974. – 18 с.
10. Логачёв, Е.Д. Пути развития эволюционной гельминтологии (в порядке постановки проблемы) /Е.Д. Логачёв //Работы по гельминтологии. – М.: Наука, 1981. – С. 112-118.
11. Начева, Л.В. Морфологические исследования взаимоотношений паразита и хозяина на примере паразитирования легочного сосальщика в лёгком млекопитающих /Л.В. Начева, Е.И. Воробьёва //Паразитарные поражения лёгких. – Владивосток: Владивостокский гос. мед. ин-т, 1990. – С. 43-44.
12. Начева, Л.В. Роль базальных мембран в системе «паразит-хозяин» при паразитировании трематод в различных эндостациях млекопитающих /Л.В. Начева, Т.А. Штейнпрейс //Проблемы медицины и биологии: сб. науч. тр. – Кемерово, 1998. – С. 92-93.
13. Паразитарная инвазия и паразитоз /Л. В. Начева, Г.Н. Чернобай, А.А. Замигулов и др. //Проблемы медицины и биологии: сб. науч. тр. – Кемерово, 2000. – Ч. 2. – С. 79-80.
14. Рождественская, М.Ф. Клиника, диагностика и лечение околокорневых кист, деформирующих гайморову пазуху /М.Ф. Рождественская: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Львов, 1967. – 18 с.
15. Ройт, А. Основы иммунологии /А. Ройт. – М.: Мир, 1991. – С. 237-238.
16. Рывкинд, А.В. Патологическая гистология зубных гранулём /А.В. Рывкинд //Одونتология и стоматология. – 1924. – № 1-2. – С. 23-27.
17. Штейнпрейс, Т.А. Морфо-экологические исследования взаимоотношений в системе «паразит – хозяин» на примере паразитирования трематод у холоднокровных и теплокровных животных /Т.А. Штейнпрейс: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. – М., 2000. – 24 с.
18. Шульц, Р.С. Основы общей гельминтологии. Морфология, систематика, филогения гельминтов /Шульц Р.С., Гвоздев Е.В. – М., 1970. – 492 с.
19. Ямашев, И.Г. Клиника и лечение околокорневых кист челюстей в связи с состоянием реактивности организма /И.Г. Ямашев: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 1973. – 17 с.
20. Immunocytochemical examination of immune cells in periapical granulomata and odontogenic cysts /Z. Gao, I.C. Mackenzie, B.R. Rittman et al. //J. oral. Pathol. – 1998. – Vol. 17. – P. 84-90.
21. Expression of inflammatory cytokines and beta- defensin 1 mRNAs in porcine epithelial rests of Malassez in vitro /F. Liu, Y. Abiko, M. Nishimura et al. //Med. Electron. Microsc. – 2001. – Vol. 34. – P. 174-178.
22. Differential in situ distribution of interleukin-8, monocyte chemoattractant protein-1 and RANTES in human chronic periapical granuloma /I.J. Marton, A. Rot, E. Schwarzinger et al. //Oral Microbiol. Immunol. – 2000. – Vol. 15. – P. 63-65.
23. Ott, A. Antibiotica in der Zahnheilkunde /A. Ott //Dtsch. Zahnärztl. Z. – 1961. – P. 12.
24. Immunohistochemical analysis of CD 1a-labeled Langerhans cells in human dental periapical inflammatory lesions-correlation with inflammatory cells and epithelial cells /T. Suzuki, H. Kumamoto, K. Ooya et al. //Oral. Dis. – 2001. – Vol. 7. – P. 336-343.

Куреков И.В., Долгих В.Т.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1,
Омская государственная медицинская академия,
г. Омск

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЗОНА И ГИПОКСЕНА В ПЕРИОД АЛКОГОЛЬНОЙ АБСТИНЕНЦИИ

Обследовано и пролечено 228 пациентов, находившихся в состоянии алкогольной абстиненции, из их числа 63 пациента получали комплексную терапию, включавшую озонированный физиологический раствор хлорида натрия и препарат гипоксен. Доказано, что данная схема лечения, за счет сбалансированного антиоксидантного и антигипоксантного действия, способствует нормализации процессов свободно-радикального окисления, активирует антиоксидантную систему защиты, тем самым, обеспечивая купирование психических и соматических проявлений алкогольной абстиненции. Показано, что своевременное назначение данной терапии способствует профилактике развития металкогольного психоза, снижению тяжести алкогольной абстиненции, нормализации когнитивных и мнестических функций.

Ключевые слова: *алкогольный абстинентный синдром; озон; гипоксен; свободно-радикальное окисление.*

Kurekov I.V., Dolgikh V.T.

The City Hospital of the First Help of № 1,
Omsk State Medical Academy,
Omsk

VALUE OF COMPLEX THERAPY WITH USE OF OZONE AND HYPOXEN IN ALCOHOLIC ABSTINENCE

It is surveyed and treated 228 patients who were in a condition of an alcoholic abstinence, from their number 63 of the patient received the complex therapy including the ozonized normal saline solution of Sodium chloridum and a preparation hypoxen. It is proved that the given scheme of treatment at the expense of balanced antioxidant and antihypoxant actions promotes normalisation of processes of is free-radical oxidation, activate antioxidant system of protection, thereby providing cupping of mental and somatic implications of an alcoholic abstinence. It is shown that timely appointment of the given therapy promotes development preventive maintenance metalcohol a psychosis, to depression of gravity of an alcoholic abstinence, normalisation cognitions and mnesitic functions.

Key words: *the alcoholic abstinent syndrome; ozon; hypoxen; free-radical oxidation.*

Заболееваемость алкоголизмом в России на протяжении многих лет остается стабильно высокой, отношение лиц, злоупотребляющих алкоголем, к числу лиц, состоящих на учете в наркологических диспансерах, составляет 1 : 30. На этом фоне повышается риск возникновения критических, угрожающих жизни состояний [1]. К неблагоприятным тенденциям относится и омоложение алкоголизма: выросла доля лиц моложе 30 лет. Металкогольные психозы имеют особое значение в оценке уровня алкоголизации общества, так как именно эти сос-

стояния являются наиболее критическими, определяющими летальность. При отсутствии алкоголя в крови на фоне длительной алкоголизации формируется алкогольный абстинентный синдром — комплекс психопатологических, вегетативных, неврологических и соматических расстройств. Постоянными симптомами при этом являются психический и физический дискомфорт и выраженное влечение к принимаемому веществу [2]. На сегодняшний момент нет четко отработанной схемы патогенетической терапии подобного рода состояний, существующие методы

лечения сводятся к дезинтоксикации и коррекции электролитных нарушений с использованием транквилизаторов и нейролептиков. Поскольку нельзя полностью решить эту проблему, то необходимо найти пути наиболее эффективной терапии, не только обеспечивающей непосредственные лечебные мероприятия, но и способствующей улучшению состояния здоровья, уменьшению рецидивов и улучшению качества жизни пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В разработку включено 228 пациентов в возрасте $42 \pm 1,0$ лет с тяжелой степенью алкогольного абстинентного синдрома. Пациенты были распределены на 4 группы. В I группу включены 55 пациентов, получавших стандартную детоксикационную терапию. Она включала 5 % раствор глюкозы (800 мл/сут), 4 % раствор KCl (10 мл/сут), 25 % раствор MgSO₄ (10 мл/сут), 2,4 % раствор эуфиллина (5 мл/сут), 1 % раствор тиамина хлорида (5 мл/сут), 0,9 % раствор NaCl (800 мл/сут) и 5 % раствор кислоты аскорбиновой (5 мл/сут). Общий объем инфузии составлял 1600 мл/сут. Во II группу вошли 53 пациента, которые, наряду со стандартной детоксикационной терапией, получали озонированный физиологический раствор хлорида натрия (400 мл/сут с концентрацией озона 1200 мкг/л). Лечение проводили в течение семи дней с момента поступления в стационар. В III группу включены 57 пациентов, получавших, на фоне стандартного лечения, 7 % раствор гипоксена в объеме 4 мл. В IV группе (n = 63) пациенты, в дополнение к стандартной детоксикационной терапии, получали в течение 7 дней инфузии озонированного физиологического раствора хлорида натрия (400 мл/сут с концентрацией озона 1200 мкг/л) и 7 % раствор гипоксена в объеме 4 мл. Из психотропных препаратов применяли фенозепам в дозе 1 мг/сут внутривенно и хлорпротексен внутрь в дозе 120 мг/сут. Контролем служили 30 клинически здоровых мужчин в возрасте $42 \pm 1,0$ лет, не злоупотреблявших алкоголем (V группа).

Использовались клинические, биохимические, гематологические, биофизические и статистические методы. Исследовали психоневрологический статус, оценивая уровень сознания, наличие психомоторного возбуждения, чувство тревоги и продуктивной симптоматики: бред, галлюцинации. Кроме того, исследовали также когнитивные функции, память, мышление, критику с использованием шкалы психического статуса, а также степень выраженности алкогольного абстинентного синдрома [3].

Корреспонденцию адресовать:

Долгих Владимир Терентьевич,
644043, г. Омск, ул. Ленина, 12,
ГОУ ВПО «Омская государственная
медицинская академия»,
Тел.: раб. 8 (3812) 23-03-78; сот. +7-913-155-28-60.
E-mail: prof_dolгих@mail.ru

Обследование проводили по единой схеме, включавшей изучение гематологических показателей (содержание эритроцитов и гемоглобина, количество лейкоцитов и расчет лейкоцитарной формулы), определение биохимических показателей крови, характеризующих функциональное состояние почек и печени. Биохимические исследования проводили, используя спектрофотометр СФ-46 и фотоэлектрокалориметр КФК-2. В сыворотке крови исследовали содержание общего белка (г/л), глюкозы (ммоль/л), билирубина (мкмоль/л), мочевины (ммоль/л), мочевой кислоты (ммоль/л), аммиака (мкмоль/л), активность трансаминаз (ммоль/чл), холестерин и триглицериды (ммоль/л) стандартизированными методами. Регистрацию хемилюминесценции плазмы крови осуществляли аппаратом «Хемилюминомер-003» с компьютерным обеспечением и выводом хемилюминограмм на принтер по методу Р.Р. Фархутдинова и соавт. [4]. Определяли такие параметры хемилюминограмм, как светосумма (S плазмы, 30 сек), вспышка (I_{max} плазмы, имп./сек), максимальная светимость (I_{max}/S), продукты липопероксидации — диеновые и триеновые конъюгаты (ДК и ТК), основания Шиффа (ОШ) и активность супероксиддисмутазы.

Все исследования проводили с соблюдением этических стандартов биоэтического комитета Омской государственной медицинской академии, разработанными в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека».

Статистическая обработка результатов исследования включала определение характера распределения, сравнительную оценку групп с использованием соответствующих параметрических и непараметрических критериев (t-критерий Стьюдента, критерий Вилкоксона, Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни). Статистическую обработку полученного материала осуществляли с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA-5» и EXCEL, согласно современным требованиям к проведению анализа медицинских данных. Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Суммация антигипоксического эффекта озона и гипоксена обуславливала более выраженные изменения в системе перекисного окисления и более значительное усиление мощности антиоксидантной системы. На 3-и сутки исследуемые показатели практически достигали контрольных параметров с последующим положительным эффектом. Следует отметить, что с улучшением исследуемых показателей улучшалось и общее самочувствие пациентов: снижались симптомы абстиненции, появлялся аппетит, улучшались когнитивные и мнестические функции, исчезали волевые нарушения, восстанавливался сон. Уменьшалось число соматических жалоб. К 5-м суткам лечения паци-

енты переводились из палаты интенсивной терапии в соматические отделения для дальнейшей терапии.

Поскольку на 7-е сутки происходило окончательное закрепление положительных результатов комплексной терапии, то целесообразно привести данные 7-х суток исследования, где можно наглядно увидеть преимущество использования комплексной терапии озоном и гипоксеном (табл. 1).

Из таблицы 1 следует, что после курса комплексной терапии с использованием гипоксена и озона нивелировались проявления адренергического синдрома. После курса терапии все биохимические показатели либо соответствовали контрольным, либо были близки к ним.

Антиоксидантный эффект у пациентов этой группы был более выражен, чем в группах с использованием монотерапии озонированным физиологическим раствором и гипоксеном, о чем свидетельствуют данные, приведенные в таблице 2. Поскольку нормализация параметров в системе ПОЛ происходила уже к 3-м суткам, имеет смысл привести данные именно за 3-и сутки: показатели практически достигали контроля, в то время как в I и II группах они были значительно меньше. Отмечалось снижение I_{max} плазмы, S плазмы, конечных продуктов липопероксидации — ДК и ТК, оснований Шиффа. Снижался тга плазмы и уровень общих липидов.

Быстрое восстановление мощности антиоксидантной системы обусловлено сбалансированным эффектом, направленным на поддержание баланса в системе ПОЛ. С одной стороны, использование озонотерапии за счет интенсификации ферментных систем и усиления обменных процессов выработки энергетических субстратов посредством озонлиза полиненасыщенных жирных кислот, а с другой стороны, действие гипоксена, направленное на усиление клеточного дыхания за счет шунтирующего механизма способствует выраженному содружественному антигипоксическому эффекту [5].

К пятым суткам лечения наблюдалось практически полное восстановление психической сферы, лишь в нескольких случаях отмечались мнестические нарушения, нарушения сна, что характерно для длительно протекающей энцефалопатии на фоне постоянной алкоголизации (табл. 3). Применение комплексной терапии в этих условиях не только повышает устойчивость к гипоксии, но способствует большей оксигенации крови и связывает токсичные продукты перекисидации. Все это подтверждает целенаправленное антипсихотическое действие проводимой терапии, а также необходимость ее применения в лечении абстинентных состояний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Положительный эффект парентерального введения озона при патологических процессах и заболеваниях, сопровождающихся гипоксией, основан на активации кислородзависимых процессов. Озонида, образующиеся в результате озонлиза ненасыщенных жирных кислот, модифицируют структурно-функциональное состояние клеточных мембран, обеспечивают активацию ферментных систем и, тем самым, усиливают обменные процессы [6], восстанавливая нормальное функционирование системы ПОЛ и антиоксидантной защиты. Кроме этого, активируется дополнительный шунт, в ходе которого образуется очень важное соединение — 2,3-дифосфоглицерат, которое определяет прочность связи гемоглобина с кислородом. Образование его улучшает отдачу кислорода оксигемоглобином [7], сдвигает кривую диссоциации оксигемоглобина влево и, тем самым, улучшает кислородное обеспечение тканей. На этом фоне улучшается общее самочувствие больных, восстанавливаются психические функции.

В основе антигипоксической эффективности гипоксена лежит его способность шунтировать 1-й и

Таблица 1
Влияние комплексной терапии озон + гипоксен на функциональные показатели пациентов, страдающих алкоголизмом и находящихся в состоянии отмены алкоголя ($M \pm \delta$)

Исследуемый показатель	Контроль (n = 30)	7-е сутки исследования			Стандартная терапия (n = 55)
		Озон (n = 53)	Гипоксен (n = 57)	Озон + гипоксен (n = 63)	
ЧСС, мин ⁻¹	75,7 ± 2,5	77,3 ± 1,5#	75,4 ± 1,6#	75,3 ± 1,4#	79,3 ± 1,3*
САД, мм рт. ст.	121,2 ± 1,5	123,5 ± 4,1#	121,6 ± 1,2#	120,3 ± 1,5#^	127,2 ± 3,7*
ДАД, мм рт. ст.	82,3 ± 1,2	83,9 ± 3,2#	82,5 ± 1,4#	82,1 ± 1,2#	84,8 ± 1,2
t, °C	36,7 ± 0,9	36,6 ± 0,1#	36,0 ± 0,5*##^	36,2 ± 0,1#	36,9 ± 0,1

Примечание: * $p < 0,05$ по отношению к контролю; # $p < 0,05$ по сравнению с обычной детоксикационной терапией;

^ $p < 0,05$ по сравнению с группами.

Сведения об авторах:

Куреков Игорь Владимирович, врач-нарколог, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1, г. Омск, Россия.

Долгих Владимир Терентьевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой патофизиологии с курсом клинической патофизиологии, ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Росздрава», г. Омск, Россия.

Таблица 2
Сравнительная оценка показателей активности
антиоксидантной системы на 3-и сутки лечения (M ± δ)

Исследуемый показатель	Пациенты, страдающие алкоголизмом. 3-и сутки исследования			
	Контроль (n = 30)	Озон (n = 53)	Гипоксен (n = 57)	Озон + гипоксен (n = 63)
Imax плазмы, имп./сек.	120,2 ± 5,0	142,1 ± 0,5*	136,4 ± 0,8*	122,3 ± 0,3^
S плазмы, 30 сек	112,1 ± 3,0	129,6 ± 0,8*	123,2 ± 1,3*	115,0 ± 0,7^
Imax / S	109,3 ± 9,0	82,7 ± 0,7*	75,7 ± 0,3*	105,7 ± 0,3^
tga плазмы	133,5 ± 7,0	149,1 ± 0,2*	142,3 ± 1,4*	135,2 ± 0,4^
ДК, отн. ед./мг	90,6 ± 3,5	113,9 ± 1,2*	110,9 ± 0,1*	96,9 ± 0,1^
ТК, отн. ед./мг	23,7 ± 5,0	39,2 ± 3,0*	35,0 ± 2,0*	28,2 ± 2,0^*
СОД, ед./мл	330,3 ± 5,7	253,7 ± 3,2*	305,5 ± 3,2*	333,0 ± 0,5^*
Общие липиды, г/л	88,4 ± 3,3	101,2 ± 0,2*	96,3 ± 0,7*	90,1 ± 0,9^
ОШ, отн. ед./мг	99,5 ± 1,0	115,0 ± 1,3*	115,2 ± 0,8*	103,2 ± 2,3^

Примечание: * p < 0,05 по отношению к контролю;
^ p < 0,05 по сравнению в группах.

Таблица 3
Влияние комплексной терапии на изменение
психического статуса у больных, страдающих алкоголизмом
и находящихся в состоянии отмены алкоголя

Исследуемый показатель, %	Процент выявленных случаев при анализе исследуемого показателя (n = 63), сроки наблюдения			
	При поступлении	3 сутки	5 сутки	7 сутки
Чувство тревоги	99	I - 96 IV - 12^*	I - 75* IV - 0^*	I - 33* IV - 0^*
Психомоторное возбуждение	100	I - 93 IV - 15^*	I - 57* IV - 5^*	I - 39* IV - 0^*
Галлюцинаторно-бредовый синдром	96	I - 77* IV - 5^*	I - 53* IV - 0^*	I - 12* IV - 0^*
Нарушение памяти	98	I - 84* IV - 3^*	I - 55* IV - 3^*	I - 9* IV - 0^*
Нарушение мышления	95	I - 80* IV - 5^*	I - 62* IV - 0^*	I - 15* IV - 0^*#
Нарушение сна	100	I - 97 IV - 9^*	I - 73* IV - 7^*	I - 35* IV - 0^*

Примечание: группа I - стандартная терапия, IV - комплексная терапия, * p < 0,05 по отношению к показателям при поступлении;
^ p < 0,05 в сравнении между группами I и IV.

2-й комплексы дыхательной цепи митохондрий, ингибированные вследствие гипоксии [8]. С одной стороны, гипоксен увеличивает эффективность использования кислорода за счет сопрягающего эффекта, обусловленного специфическим взаимодействием с 1-м комплексом дыхательной цепи митохондрий [9], а с другой — изменяет конформацию порфирина таким образом, что это приводит к снижению сред-

ства к кислороду. Одновременно происходит модификация ионотранспортных систем эритроцита. В результате связанный гемоглобином кислород легче десорбируется и диффундирует в клетки, а углекислый газ, напротив, более интенсивно связывается порфириновым комплексом эритроцита. Результатом этих реакций будет восстановление процессов клеточного дыхания [10]. Гипоксен, с одной стороны, активирует системы транспорта кислорода от эритроцита в клетку [11], а с другой — обеспечивает непрерывность и интенсивность потока восстановительных эквивалентов с 1-го на 3-й комплекс дыхательной цепи, минуя убихиноное звено. Иначе говоря, гипоксен восстанавливает процесс генерации макроэргических фосфатов, нарушенный или прерванный теми или иными патологическими процессами.

В результате проведенного исследования было отмечено, что в группе, где использовалась комплексная терапия, все показатели приближались к контрольным значениям и превышали аналогичные показатели в группах с монотерапией. Кроме того, следует учитывать, что существенные изменения показателей отмечены уже на третьи сутки использования комплексной терапии. На фоне нормализации антиоксидантной системы происходило улучшение соматического и психического состояния. К концу лечения полностью восстанавливался сон, купировались продуктивная симптоматика и чувство тревоги, улучшались когнитивные, мнестические функции, происходило снижение степени тяжести ад-рэнергического синдрома: уменьшалось АД и ЧСС, нормализовалась температура тела, купировалась продуктивная симптоматика, что нашло подтверждение при анализе полученных результатов химилюминесценции и биохимического исследования.

Таким образом, назначение комплексной терапии с использованием озонированного физиологического раствора хлорида натрия и препарата гипоксен способствует профилактике развития металкогольного психоза, купированию проявлений абстиненции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бехтель, Е.Э. Донозологические формы злоупотребления алкоголем /Е.Э. Бехтель – М.: Медицина, 2006. – 126 с.
2. Агаронов, В.Р. Металкогольные психозы (клиника и лечение) /В.Р. Агаронов //Наркология. – 2007. – № 1. – С. 63-70.

3. Москвичев, В.Г. Соматическая патология у больных с неотложными состояниями, связанными с употреблением этанола /В.Г. Москвичев, Р.Ю. Волохова, А.Л. Верткин //Лечащий врач. – 2007. – № 1. – С. 77-81.
4. Фархутдинов, Р.Р. Хемилюминесцентные методы исследования свободно-радикального окисления в биологии и медицине /Р.Р. Фархутдинов, В.А. Лиховских. – Уфа, 1998. – 90 с.
5. Барабой, В.Н. Перекисное окисление, биоэнергетика в механизме стресса. Нарушение биоэнергетики в патологии и пути их восстановления /В.Н. Барабой. – М.: Медицина, 1993. – 273 с.
6. Юрьин, Р.Р. Лечение алкоголизма антигипоксантами /Р.Р. Юрьин. – М.: Медицина. – 2004. – 120 с.
7. Dolinak, D. Global hypoxia per se is an unusual cause of axonal injury /D. Dolinak, C. Smith, D.I. Graham //Acta Neuropathol. (Berl.). – 2002. – Vol. 100, N 5. – P. 553-560.
8. Данелия, Т.З. Гипоксия и ее последствия /Т.З. Данелия //Русский медицинский журнал. – 2002. – Т. 7, № 12. – С. 357- 362.
9. Lewen, A. Possible roles of free radicals in alcoholic tissue damage /A. Lewen, P. Matz, P.H. Chan //Free Radic. Res. Commun. – 2000. – Vol. 9, N 3. – P. 205-211.
10. Шамов, С.А. Этиопатогенетические основы интенсивной терапии алкогольных психозов /С.А. Шамов, П.З. Рыхлецкий, Э.Р. Ахметов //Наркология. – 2006. – № 6. – С. 5-7.
11. Hoffman, P.L. Biochemical pharmacology of alcohol /P.L. Hoffman //Psychopharmacology. – 2003. – N 8. – P. 1335-1339.



БОЛЬШОЙ МОЗГ И ЖИЗНЕННЫЙ ОПЫТ – ДВА КРИТЕРИЯ ВЫСОКОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Почему некоторые люди умнее, чем другие? Учёные Университета Буффало и Университета Нью-Йорка предложили свою гипотезу: согласно их исследованию, некоторые аспекты мозговой структуры и функций затрагивают способность к обучению, усвоению новой информации и индивидуальные различия интеллекта.

Когнитивная пластичность нашего мозга – это способность изучать и совершенствовать наши навыки, такие как решение проблем и память об определённых событиях. Неврологи утверждают, что структурная основа когнитивной пластичности заключена в корковой области мозга с взаимосвязанными нервными клетками. В различных областях коры головного мозга существуют специфические колонки, которые различаются по количеству и разнообразию нейронов в них. Таким образом, наши способности к обучению и новым знаниям меняются на различных этапах жизни и с возрастом, считают специалисты.

Исследования по изучению различных видов животных и человека предполагают, что чем больше по размеру кора головного мозга, тем выше интеллектуальный потенциал. По мнению экспертов, более широкая кора мозга несёт в себе большее количество корковых модулей с различными типами нейронов. Иными словами, американские специалисты полагают, что чем больше мозг, тем эффективнее работают функции коры и распределяются задачи для выполнения. Также медики сделали вывод, что жизненный опыт порождает развитие нейронов, увеличивает их разнообразие и способствует познавательной пластичности, тем самым, улучшая интеллект и умственные способности.

Источник: Ami-tass.ru

Захарова Ю.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА БИФИДОБАКТЕРИЙ В АССОЦИАТИВНОМ СИМБИОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Изучен качественный состав микробного сообщества толстой кишки 600 детей. Рассмотрены основные структурно-функциональные элементы ассоциативного симбиоза. Установлено, что основу взаимодействий симбионтов составляет изменение персистентного потенциала условно-патогенных микроорганизмов и антагонизма бифидофлоры. Приведен материал, характеризующий роль межклеточных взаимодействий симбионтов на уровне «прокариот-прокариот», раскрывающий патогенетическую основу изменения антибиотикорезистентности в ассоциациях.

Ключевые слова: ассоциативный симбиоз; персистенция; антибиотикорезистентность.

Zakharova J.V.

*Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo*

BIOLOGICAL PROPERTIES OF BIFIDOBACTERIA IN ASSOCIATIVE SYMBIOSIS OF THE LARGE INTESTINE

The qualitative composition of microbial environment of the large intestine in 600 children was investigated. Main structural and functional elements of associative symbiosis are reviewed. It is revealed that the basis of interaction between symbionts is determined by change of persistence potential of opportunistic microorganisms and antagonism of bifidoflora. Data characterizing the role of symbionts intercellular interactions on the level «prokaryotes- prokaryotes», unveiling pathogenetic basis of the change antibiotic resistance in associations is provided.

Key words: associative symbiosis; persistence; antibiotic resistance.

Ассоциативный симбиоз — это многокомпонентная интегральная система, включающая хозяина в качестве макропартнера, стабильный доминантный микросимбионт (нормальная микрофлора) и минорные ассоциации бактерий (условно-патогенные или патогенные микроорганизмы) с разнонаправленными воздействиями [1]. В толстой кишке доминантную микрофлору составляют бифидобактерии, осуществляющие поддержание микробиологического гомеостаза за счет эволюционно сложившихся

симбиотических взаимодействий с организмом хозяина. Эта доминантная микрофлора контролирует включение в микробиоценоз условно-патогенных или патогенных бактерий-ассоциантов за счет препятствования их адгезии, антагонистического действия и подавления персистентных свойств аллохтонной микрофлоры, т.е. осуществляет поддержание колонизационной резистентности [2].

При изменении ассоциативного симбиоза в сторону аллохтонной микрофлоры за счет антагонизма и последующей интерференции доминантного микросимбионта происходит формирование совершенно новых типов микробных ассоциаций, крайне нежелательных для хозяина, так называемого дисбиоза. В основе формирования новых микробных ассоциаций лежит модуляция биологических свойств бактерий. В настоящее время уже показано изменение персистентных характеристик, антибиотико- и бак-

Корреспонденцию адресовать:

Захарова Юлия Викторовна,
650029, Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел. раб. 8 (3842) 73-28-71.
E-mail: yvz@bk.ru

териофагорезистентности условно-патогенных бактерий при различных степенях дисбактериоза, тогда как данные о поведении бифидофлоры в условиях жесткой конкуренции за экологическую нишу немногочисленны [3].

Цель исследования – установить характер взаимного влияния бифидобактерий и условно-патогенных микроорганизмов при различных степенях микробиологических нарушений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучен микробиоценоз фекалий 600 детей первого года жизни, проживающих в г. Кемерово. Бактериологическое исследование содержимого толстой кишки проводили в соответствии с общепринятой методикой. Идентификацию бактерий проводили с использованием коммерческих тест систем ANAERO-TEST 23, STAPHY-TEST 16, СИБ для энтеробактерий набор № 2. Определение антилизозимной и антиинтерфероновой активности (АЛА и АИА) у 132 штаммов клебсиелл осуществляли с помощью метода отсроченного антагонизма в агаре по Р.М. Murgiana, T.R. Klaehammer (1987) в модификации О.В. Бухарина (1999). Чувствительность к антибиотикам условно-патогенной микрофлоры и бифидобактерий определяли диско-диффузионным методом. Изучена антагонистическая активность 32 штаммов бифидобактерий по отношению к клебсиеллам. Полученные результаты были обработаны с помощью компьютерной программы STATISTICA 6,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ассоциации условно-патогенных бактерий, состоящих из 2-3 представителей, выделяли при 2 и 3 степенях дисбактериоза. В структуре ассоциативных сожителств при 2 степени преобладала ассоциация клебсиелл с золотистым стафилококком (39,1 %, $p < 0,05$), при 3 степени в 7,2 % случаев отмечали совместное персистирование клебсиелл и протеев ($p > 0,05$). При 1 степени дисбактериоза 70 % клебсиелл имели низкие значения АЛА (менее 5 мкг/мл) и АИА (менее 2 ед). При 2 степени дисбиотических состояний 41-47,4 % штаммов обладали средними значениями АЛА и АИА (5-6 мкг/мл и 2-3 ед., соответственно). При дисбактериозе 3 степени у 42,3-50 % клебсиелл регистрировали высокие АЛА (8-9 мкг/мл) и АИА (4-6 ед). Установлено наличие обратной корреляционной связи между величиной персистентных свойств условно-патогенных бактерий и антагонистической активностью бифидобактерий ($r = -0,6$). Так, при 1 степени дисбактериоза зона задержки роста клебсиелл с низкой АЛА при совместном культи-

ровании с бифидобактериями составляла $10,2 \pm 0,3$ мм. При 2 степени, когда клебсиеллы имели преимущественно среднюю АЛА и АИА, диаметр задержки роста вокруг колоний бифидобактерий составил $7,6 \pm 0,1$ мм. Минимальную ингибирующую активность бифидобактерии проявляли в отношении клебсиелл, выделенных при 3 степени дисбиотических состояний и обладающих высоким персистентным потенциалом, так как зона задержки роста соответствовала $2,7 \pm 0,1$ мм.

При изменении степени микробиологических нарушений модулируются не только факторы, обеспечивающие селективное размножение одного из участников микробных ассоциаций, но и антибиотикорезистентность бактерий. Установлено, что при усугублении степени дисбактериоза среди клебсиелл снижается чувствительность к цефазолину (с 66,7 % до 36,7 %, $p < 0,01$), цефуросиму (с 55,6 % до 25 %, $p < 0,01$), гентамицину (с 56,6 % до 30 %, $p < 0,01$), левомицетину (с 53,3 % до 16,7 %, $p < 0,001$).

В отношении золотистых стафилококков при 3 степени микробиологических нарушений регистрировали достоверное снижение активности гентамицина (с 91,4 % до 66,7 %, $p < 0,01$), цефазолина (с 54,2 % до 40 %, $p < 0,05$), доксициклина (с 88,6 % до 50 %, $p < 0,01$) и линкомицина (с 80 % до 50 %, $p < 0,01$). В популяции бифидобактерий также отмечали снижение чувствительности к антибиотикам в зависимости от степени дисбактериоза. При 3 степени микробиологических нарушений чувствительность бифидофлоры к рокситромицину, амоксициллину, ципрофлоксацину составила 10,5 %, 43,7 %, 51,9 %, соответственно, тогда как при первой степени была достоверно выше (22,3 %, 57,5 % и 79,1 %, $p < 0,05$). Кроме того, при глубоких микробиологических нарушениях у доминантных симбионтов в 2 раза снижалась чувствительность к амоксиклаву, офлоксацину, имипенему (до 28,6 %, 34,1 %, 33,4 %, соответственно, $p < 0,01$).

Корреляционный анализ позволил установить обратную сильную связь ($r = -0,89$, $p < 0,01$) между числом резистентных условно-патогенных бактерий и величиной зоны задержки роста бифидобактерий при определении антибиотикочувствительности. Иначе говоря, чем больше число резистентных штаммов условно-патогенных бактерий, тем меньше диаметр зоны задержки роста, т.е. выше вероятность квалифицирования штаммов бифидобактерий как устойчивых.

ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение характера межбактериальных взаимодействий между нормальной микрофлорой и условно-патогенными бактериями в ассоциациях выяви-

Сведения об авторах:

Захарова Юлия Викторовна, канд. мед. наук, доцент кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

ло подавление факторов антагонизма у бифидобактерий и активизацию персистентных свойств минорной микрофлоры. Это позволяет условно-патогенным микроорганизмам избежать регулирующего воздействия на их популяцию доминантной микрофлоры, а также нивелировать действие врожденных факторов защиты, в частности с лизоцима и интерферона. В итоге, численность микробов-оппортунистов растет, развиваются стойкие микрoэкологические нарушения.

С усугублением степени дисбактериоза у условно-патогенных бактерий растет не только персистентный потенциал, но и способность противостоять воздействию антибиотиков, что опять направлено на сохранение доминирующих позиций в кишечнике. При этом также нарастает число резистентных штаммов среди бифидобактерий.

Проявление бактериями резистентности к антибиотикам в повседневной практике — явление негативное, обуславливающее проблемы терапии как дисбиотических состояний, так и различных заболеваний. Однако это справедливо в отношении условно-пато-

генных и патогенных микроорганизмов, тогда как для резидентных представителей биотопов человека антибиотикорезистентность — это свойство, позволяющее сохранять стабильность своей популяции при использовании антибиотиков. Вероятнее всего, однонаправленное изменение антибиотикорезистентности у доминантных и минорных участников толстокишечных ассоциаций связано с существованием чувства кворума, которое используется в регуляции экспрессии генов, кодирующих различные признаки, в том числе и устойчивость к антибиотикам [1]. В виду сходства сигнальных молекул, осуществляющих коммуникативные взаимодействия бактерий в ассоциациях, происходит активация генов резистентности не только у условно-патогенных микроорганизмов, но и у бифидофлоры, что предопределяет возможность использования антибиотиков для коррекции микрофлоры кишечника.

Таким образом, полученные данные расширяют фундаментальные знания о формировании микрoэкологических нарушений в различных биотопах человека.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бухарин, О.В. Инфекция – модельная система ассоциативного симбиоза /О.В. Бухарин //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2009. – № 1. – С. 83-86.
2. Видовая характеристика и факторы персистенции бифидофлоры кишечника в норме и при дисбиозах /Е.В. Иванова, Н.Б. Перунова, А.В. Валышев и др. //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2009. – № 2. – С. 89-93.
3. Персистентный потенциал условно-патогенных микроорганизмов /О.В. Бухарин, А.В. Валышев, С.В. Черкасов и др. //Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2005. – № 4. – С. 43-48.



МУЖЧИНЫ БОЛЬШЕ ПОДВЕРЖЕНЫ РИСКУ СТЕНОКАРДИИ

Мужчины больше подвержены риску стенокардии. Такое заявление сделали британские кардиологи на основе обследования нескольких тысяч пациентов в Англии и Шотландии.

Риск развития болезни у мужчин оказался заметно выше. В журнале British Medical Journal исследователи приводят такие цифры: 3,4 % женщин в Англии сталкиваются со стенокардией, а вот для мужчин этот показатель равен 4,8 %. Почему – пока не совсем ясно, но Брайан Бакли, один из авторов исследования, считает, что речь идет о комбинации нескольких факторов. Половые гормоны, большее внимание к собственному здоровью и аккуратность в выполнении предписаний врача – по этим причинам недуг может поражать женщин значительно реже.

Стенокардия – заболевание, связанное с нарушением функционирования сосудов сердечной мышцы, проявляется болями сжимающего характера при физической нагрузке. В тяжелых случаях его приходится лечить хирургическим путем.

Источник: Gzt.ru

Мясоедова С.С., Леванова Л.А., Подонина Н.М.
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 МУЗ Городская клиническая больница № 2,
 г. Кемерово

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН

Проведено бактериологическое обследование микробиоценоза влагалища у 42 женщин с воспалительными заболеваниями и 35 клинически здоровых женщин. Установлено, что у женщин с воспалительными заболеваниями наблюдается дисбаланс микробиоценоза влагалища, характеризующийся резким угнетением индигенной флоры и замещением ее условно-патогенной, как типичной для данного биотопа, так и микрофлорой других биотопов. При этом показано, что ведущими патогенами воспалительных заболеваний у женщин является облигатная неспорообразующая анаэробная микрофлора.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза; условно-патогенная облигатная неспорообразующая микрофлора; дисбиоз влагалища.

Myasoedova S.S., Levanova L.A., Podonina N.M.
 Kemerovo state medical academy,
 Municipal clinical hospital № 2,
 Kemerovo

ETIOLOGY AND THE PATHOGENESIS OF THE INFLAMMATORY DISEASES OF THE REPRODUCTIVE CIRCUIT OF THE WOMEN

The bacteriological research of microbiocenosis vagina in 42 woman with inflammatory diseases and 35 clinically healthy women. Found that women with inflammatory diseases observed imbalance microbiocenosis vagina, characterized by a sharp depression indigenous flora and its replacement opportunistic microorganisms, as typical of the biotope and other microbial biotopes. This showed that the major pathogens inflammatory disease in women is asporogenous obligate anaerobic microflora.

Key words: inflammatory diseases of the pelvic organs; opportunistic asporogenous obligate anaerobic microflora; microbiocenosis vagina.

Последнее десятилетие характеризуется существенными достижениями в изучении этиологии и патогенеза, диагностики и лечения воспалительных заболеваний женских половых органов, тем не менее, отмечен неуклонный рост их частоты. В последнее время в распространении воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) все более негативную роль играют социальные (стрессовые ситуации, низкий уровень жизни, хронический алкоголизм, наркомания) и поведенческие (раннее на-

чало половой жизни, высокая частота половых контактов и т.д.) факторы, снижающие иммунную защиту организма и предрасполагающие к распространению инфекции.

Актуальность проблемы обусловлена не только высокой частотой этой патологии, но и выраженным неблагоприятным ее влиянием на менструальную, половую и репродуктивную функции женщин. В современных условиях воспалительные заболевания половых органов характеризуются рядом особенностей: увеличением значимости условно-патогенной флоры, трансформацией клинической картины в сторону стертых форм и атипичного течения, что создает значительные трудности в диагностике.

Цель исследования — изучение микробиоценоза влагалища у женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза для установления этиологического фактора и механизмов их развития.

Корреспонденцию адресовать:

Мясоедова Софья Сергеевна,
 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
 ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
 медицинская академия»,
 Тел. раб. 8 (3842) 73-28-71.
 E-mail: yvz@bk.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучена микрофлора просветной области влагалища у 42 женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза, средний возраст составил $27,6 \pm 2,3$ лет. В контрольную группу вошли 35 здоровых женщин, средний возраст $22,3 \pm 3,7$ года. Бактериологическое исследование проводили с использованием стандартных микробиологических методов [1]. Для характеристики микрофлоры соответствующих биотопов мы использовали формулу Дажо и Одум. В зависимости от полученных значений, все виды были разделены на постоянные ($C > 50\%$), добавочные ($25\% < C < 50\%$) и случайные ($C < 25\%$). Обработку результатов проводили с использованием методов математической статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Индигенная микрофлора влагалища у женщин представлена лактобациллами, частота выделения которых в контрольной группе составила 71-100 %, а интенсивность колонизации – 7-9lg КОЕ/мл. У женщин с ВЗОМТ частота обнаружения лактобацилл соответствовала значениям контрольной группы (74,5 %), однако по сравнению со здоровыми женщинами их количественный уровень был снижен на 2-4 порядка. Кроме того, изменилась собственная микрофлора влагалища, которая характеризовалась тем, что увеличилась частота обнаружения *Gardnerella vaginalis* по сравнению контрольной группой с 22,9 % до 32 %, бактерий рода *Mobiluncus* spp. – с 2,9 % до 10,6 %, *Corynebacterium* spp. – с 2,9 % до 5,7 %.

Наряду с этим, практически у 50 % пациенток отмечалось появление в больших количествах анаэробной облигатной микрофлоры. Лидирующее положение среди представителей данной флоры занимали бактероиды, частота обнаружения которых составила 14 %, при этом на долю *Bacterioides fragilis* приходилось 29,4 %, а их титр достигал 6lg КОЕ/мл, в отличие от контрольной группы, где они не обнаруживались. Из других представителей неспорообразующей анаэробной влагалищной микрофлоры, не типичных для здоровых женщин, в 4,3 % случаев обнаруживались *Fusobacterium necrogenes* с количественным уровнем 7lg КОЕ/мл, в небольших процентах случаев присутствовали *Leptotrichia buccalis*, *Propionobacterium* spp., *Eubacterium* spp. и *Actinom-*

ycus spp. При этом частота обнаружения кокковой флоры у женщин с ВЗОМТ, по сравнению с контрольной группой, уменьшалась с 89,2 % до 65,5 %.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями имеет место дисбиоз влагалища, на что указывает появление БВ-ассоциированных микроорганизмов: облигатных неспорообразующих анаэробов *Mobiluncus* spp., *Fusobacterium* spp. и микроаэрофилы – *Gardnerella vaginalis*. С современных микробиологических позиций бактериальный вагиноз рассматривается как инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся чрезмерно высоким уровнем облигатно-анаэробных бактерий и резким снижением лактобацилл в микрофлоре влагалища. Однако увеличение интенсивности колонизации влагалищного биотопа облигатно-анаэробной неспорообразующей микрофлоры приводит к развитию воспалительных процессов – бактериальному вагиниту [2]. При этом установлено, что, наряду с типичными представителями вагинальной микрофлоры, в её составе обнаруживается микрофлора, несвойственная для данной экологической ниши. Так, *Bacterioides fragilis* является представителем микрофлоры кишечника и участвует в развитии воспалительных заболеваний пищеварительного тракта, *Leptotrichia buccalis* входит в состав нормоценоза ротовой полости. Появление данной микрофлоры свидетельствует о транслокации микроорганизмов из одного биотопа в другой на фоне сниженной колонизационной резистентности слизистых оболочек у женщин с воспалительными заболеваниями [3]. Снижение частоты обнаружения кокковой флоры у женщин с воспалительными процессами репродуктивного тракта свидетельствует об этиологической причастности представителей условно-патогенной облигатной неспорообразующей микрофлоры в развитии данной патологии.

Характеристика биоценоза влагалища с использованием показателя постоянства позволила выявить отличительные особенности у пациенток и здоровых женщин в составе добавочной и случайной микрофлоры. Так, добавочная микрофлора цервикального канала у женщин с воспалительными заболеваниями была представлена микроорганизмами рода *Bifidobacterium* spp. и *Gardnerella vaginalis*, а у здоровых женщин – *Bifidobacterium* spp., и *Enterococcus* spp. Случайная микрофлора цервикального канала у пациенток отличалась разнообразием и состояла не только из типичных ее представителей (энтерококков), но и микроорганизмов, участвующих в развитии вагинита – *Bacterioides fragilis*, грибов рода *Candida*,

Сведения об авторах:

Мясоедова Софья Сергеевна, старший лаборант кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Леванова Людмила Александровна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой микробиологии, иммунологии и вирусологии, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Подонина Наталья Михайловна, врач акушер-гинеколог, зав. гинекологическим отделением, МУЗ «ГКБ № 2», г. Кемерово, Россия.

Mobiluncus spp., Actinomyces spp., Streptococcus agalactiae, Corynebacterium spp, Fusobacterium necrogenes, Propionibacterium spp., Leptotrichia buccalis, Staphylococcus aureus. Случайная микрофлора влагалища здоровых женщин была представлена типичными ее представителями (Corynebacterium spp.), а также микроорганизмами участвующих в развитии дисбиоза Mobiluncus spp, грибами рода Candida и патогенами, вызывающими воспалительные процессы — энтеробактериями, Staphylococcus aureus. Таким образом, полученные результаты говорят о том, что и у здоровых женщин имеются начальные признаки дисбиоза влагалища.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза имеют полимикробный характер с доминированием условно-патогенных облигатных неспорообразующих микроорганизмов. Предрасполагающим фактором в возникновении воспалительных процессов репродуктивного тракта является дисбиоз влагалища, способствующий развитию восходящей инфекции. Для профилактики ГВЗ органов малого таза необходимо проводить исследование просветной микрофлоры влагалища у здоровых женщин с последующей коррекцией выявленных изменений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах /В.М. Коршунов, Н.Н. Володин и др. – М., 1999. – 80 с.
2. Кира, Е.Ф. Клиника и диагностика бактериального вагиноза /Е.Ф. Кира //Акушерство и гинекология. – 1994. – № 2. – С. 32-35.
3. Бактериальный вагиноз: Информационное методическое письмо. – М., 2005. – 20 с.



ОТСУТСТВИЕ СОЛНЕЧНОГО СВЕТА ПРИВОДИТ К СОКРАЩЕНИЮ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ МОЗГА

В последний летний месяц стоит чаще гулять в солнечную погоду – учёные установили, что отсутствие солнечного света приводит к сокращению когнитивных функций мозга. Исследователи Университета Алабамы использовали погодные данные спутников НАСА для измерения воздействия солнечных лучей на территории разных стран, а затем проанализировали состояние здоровья более 14 тыс. человек. Оказалось, что нехватка солнечного света напрямую ассоциировалась с вероятностью познавательных нарушений и развитием депрессии. Это соотношение оставалось значимым даже после корректировки результатов с учётом сезонов. Специалисты заключили, что погода не только обладает сильным влиянием на наше настроение, но и всерьёз затрагивает работу мозга. Американские психотерапевты полагают, что физиологические механизмы, которые способствуют сезонной депрессии и эмоциональным расстройствам, также могут быть вовлечены в наблюдаемый эффект. Когнитивные функции оценивались путём измерения навыков краткосрочной памяти и временной ориентации. Как и регулирующие гормоны серотонин и мелатонин, ультрафиолет влияет на кровообращение головного мозга и таким образом напрямую сказывается на его работе, объясняют неврологи. По их словам, прояснение роли окружающей среды и влияния погодных условий на мозговые функции может привести не только к более глубокому пониманию психо-неврологических болезней, но и позволит разработать терапии для улучшения повседневной умственной работы.

Источник: Ami-tass.ru

Берсенева О.В., Калентьева С.В.

*Кемеровское областное бюро судебно-медицинской экспертизы,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ В Г. КЕМЕРОВО

Проведен анализ распространенности и динамики смертности от передозировки наркотическими веществами за период 2004–2008 гг., а также влияние гендерных и возрастных факторов на эти показатели. Установлено, что наибольшая частота смертности от отравления наркотиками имела место в 2007 г. с незначительным снижением этого показателя к 2008 г. Смертность от отравлений наркотическими веществами достоверно чаще устанавливалась у лиц мужского пола и в возрастной группе от 25 до 29 лет.

Ключевые слова: *смертность; наркотические отравления; возрастные и гендерные особенности.*

Berseneva O.V., Kalentyeva S.V.

*The Kemerovo state medical academy,
The Kemerovo Regional bureau of medicolegal examination,
Kemerovo*

THE COMPLEX ANALYSIS OF FATAL POISONINGS NARCOTIC SUBSTANCES TO KEMEROVO

The analysis of prevalence and dynamics of death rate from overdose by narcotic substances for the period 2004–2008, and also influence of gender and age factors on these parameters is lead. It is established, that the greatest frequency of death rate from a poisoning with drugs took place in 2007 with insignificant decrease of this parameter to 2008. Death rate from poisonings with narcotic substances authentically more often was established at persons of a male and in age group from 25 till 29 years.

Key words: *death rate; narcotic poisonings; age and gender features.*

В последнее десятилетие наркомания из проблемы индивидуальной переросла в социальную и общенациональную, проникая во все сферы общественных отношений, приводя к множеству негативных явлений: высокой смертности, широкому распространению инфекционных и соматических заболеваний, сопутствующих наркомании, совершению преступлений лицами, употребляющими наркотики. За этот период времени потребление наркотиков в России увеличилось в 9 раз. Каждый год от них гибнут 70 тыс. человек. По данным экспертных оценок

[1, 2, 3], сегодня в России от наркотиков зависят 6 млн. человек.

Несмотря на это, хочется отметить, что до сих пор в г. Кемерово не проводился детальный (комплексный) анализ случаев смерти от отравлений наркотическими веществами. В связи с этим, **целью исследования** явилось проведение комплексного анализа распространенности и динамики смертности от передозировки наркотическими веществами за период 2004–2008 гг., а также влияние гендерных и возрастных факторов на эти показатели.

Корреспонденцию адресовать:

Калентьева Светлана Викторовна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел.: раб. 8 (3842) 73-29-84; сот. +7-951-184-07-22.
E-mail: vabi777@ya.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе Кемеровского областного бюро судебно-медицинской экспертизы изучены акты судебно-медицинского исследования, заключения эксперта, ак-

ты судебно-химического исследования, копии протоколов осмотра места происшествия за период 2004-2008 гг., в которых причиной смерти был установлен диагноз: Отравление наркотиками.

После сбора материала проведена его обработка, анализ и обобщение полученных данных.

Программой сбора материала было предусмотрено составление статистической карты – перечня вопросов, подлежащих изучению.

Программой обработки данных была предусмотрена систематизация материала по принципу группировки данных, позволяющих изучить гендерные и возрастные аспекты смертности от отравления наркотическими веществами. Обработка материала проводилась с использованием компьютерной программы «Statistika 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний показатель смертности за 2004-2008 гг. составил 5,2 %, что несколько ниже общероссийского аналогичного показателя [2, 4]. Максимальный показатель смертности от отравлений наркотическими веществами зарегистрирован в 2007 году (рис. 1), который превышает таковой показатель 2004 года почти в 3 раза, а показатель 2005 г. – более чем в 4 раза. В 2008 году наметилась тенденция к снижению этого показателя, что, при комплексном подходе к вопросу прогнозирования риска смертельного исхода от употребления наркотиков, позволит еще более снизить количество умерших людей с наркотической зависимостью.

Анализируя смертность от отравлений наркотиками с позиции гендерного подхода, установлено, что умершие в большинстве своем являются представителями мужского пола (рис. 2).

Однако следует обратить внимание, что показатель смертности среди мужчин от отравления наркотическими веществами с 2005 по 2007 гг. имел выраженную тенденцию к снижению, тогда как у женщин он достоверно возрос. В 2008 г. отмечается тенденция к противоположным сдвигам вышеуказанных гендерных особенностей смертности от употребления наркотиков.

Представляется важным анализ смертельных случаев от употребления наркотиками по возрасту (табл.).

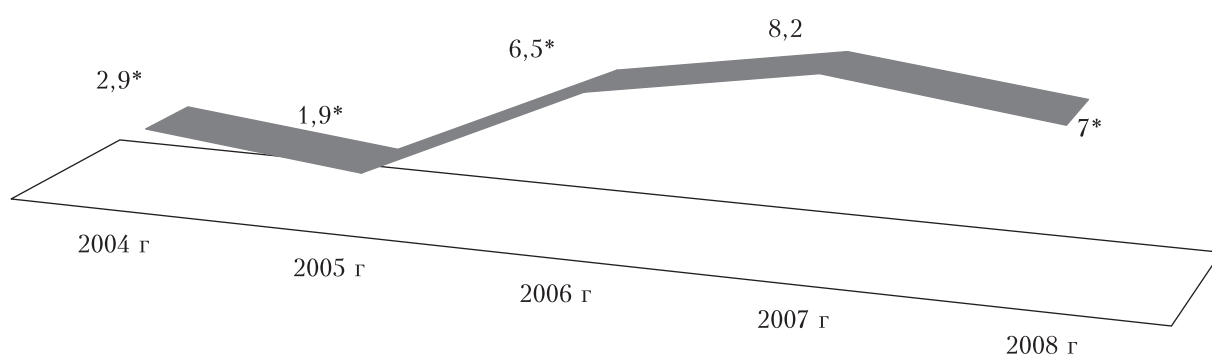
Таблица
Годовая динамика смертности от отравления наркотиками в разных возрастных группах

Возраст	Годы				
	2004 Р (%)	2005 Р (%)	2006 Р (%)	2007 Р (%)	2008 Р (%)
15-19	7	1,4*	1,8*	3,9*	1,3*
20-24	33	27,6	13,8*	13,8*	12,8*
25-29	22,0*	27,6*	37,9	35,1	32,8
30-34	20,0*	29	24,7	24,5	29,3
35-39	11	10,1*	10,1*	17	15,3
40-44	6	2,9*	3,0*	4,6	6,4
45-49	-*	1,4	0,9*	1,1	1,7
50-54	-*	-*	-*	-*	0,4
60-64	1	-*	-*	-*	-*

Примечание: * отмечены достоверные отличия показателей от максимальных значений, выделенных жирным шрифтом, в каждой возрастной группе.

Хочется отметить, что в возрастных группах 11-14 лет и 55-59 лет не зафиксировано смертности от отравлений наркотическими веществами в исследуемые годы. Начиная с 2005 г., также отсутствует летальность в возрастной группе 60-64 лет. А вот в возрастной группе 50-54 года в 2008 г. впервые за-

Рисунок 1
Распространенность и годовая динамика смертности от отравлений наркотическими веществами
(* отмечены достоверные отличия от максимального показателя)

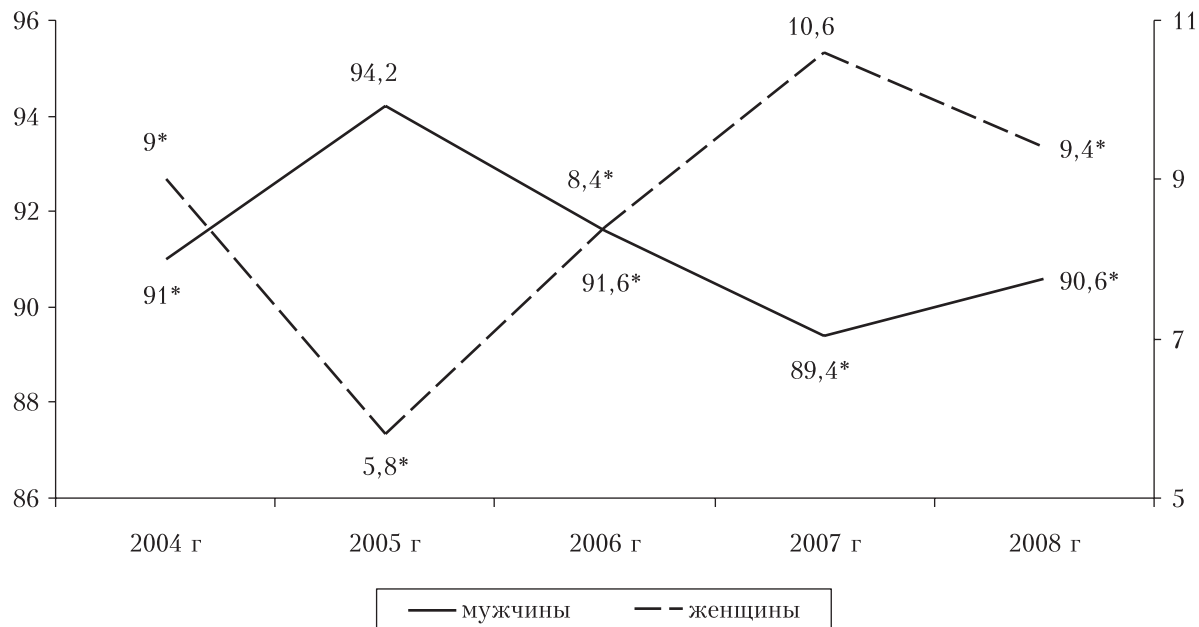


Сведения об авторах:

Берсенева Ольга Владимировна, врач судебно-медицинский эксперт отдела экспертизы трупов, Кемеровское Областное бюро судебно-медицинской экспертизы, г. Кемерово, Россия.

Калентьева Светлана Викторовна, доктор мед. наук, профессор кафедры нормальной физиологии ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Рисунок 2
Гендерные особенности распространенности и годовой динамики смертности от отравлений наркотическими веществами (* отмечены достоверные отличия от максимального показателя)



регистрирована смерть от употребления наркотических веществ.

В результате проведенного анализа установлено, что в возрастных группах 15-19 лет и 20-24 лет имеет место тенденция к снижению летальности от отравлений наркотиками по сравнению с 2004 г. Однако беспокоит тот факт, что этот показатель увеличивается у трудоспособного населения. И наибольшее количество умерших от отравлений наркотическими веществами наблюдается в возрасте от 20 до 34 лет. Если учитывать, что этот возрастной период является к тому же самым детородным, то можно го-

ворить о неутешительном прогнозе в плане демографической ситуации населения и здоровья ныне живущего и будущего поколений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ смертельных случаев употребления наркотиков показывает, что уровень смертельных отравлений наркотиками имеет опасную динамику развития. В основном умирают мужчины – 90,8 % трудоспособного возраста.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Габададзе, Г.Д. Судебно-биохимические показатели активности сывороточной амилазы и холинэстеразы при смертельном отравлении героином /Г.Д. Габададзе, А.Ф. Кинле //Судебно-медицин. эксперт. - 2006. – № 4. – С. 23-25.
2. Стрельцова, М.В. Проблема наркоманий и смертельных отравлений наркотическими веществами в г. Ижевске за период с 2003 по 2006 гг. /М.В. Стрельцова //Проблемы медицины в экспертизе. – 2008. – № 2. – С. 20-22.
3. Амлаев, К.Р. Наркоситуация и распространенность ВИЧ-инфекции в Российской Федерации /К.Р. Амлаев //Профилактическая медицина. – 2009. – № 3. - С. 26-29.
4. ФСКН России: Реальное число погибших в результате передозировки наркотиков в России в 2007 году в 10 раз больше официальных данных //НИА «Нижний Новгород», 2008. – http://www.narkotiki.ru/news_27559.html.

Колесникова Н.Б., Калентьева С.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово*

СЕЗОННАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Целью исследования явилось выявление зависимости частоты и структуры перинатальной смертности от сезона зачатия. Каждый сезон имеет свои особенности в структуре перинатальной патологии. Однако наиболее благоприятными по показателям здоровья новорожденных являются летний и осенний сезоны года.

Ключевые слова: перинатальная смертность; сезоны.

Kolesnikova N.B., Kalentyeva S.V.

*Kemerovo State Medical Academy,
The City Clinical Hospital for Children N 5,
Kemerovo*

SEASONAL VARIABILITY OF THE PERINATAL MORTALITY

The purpose of research was to identify dependence of the frequency and structure of the perinatal mortality on the season of conception. Every season has its own features in structure of perinatal pathology. However the most favorable for the health indicators of newborns are summer and autumn seasons of the year.

Key words: perinatal mortality; the season of birth.

Охрана здоровья матери и ребенка является приоритетным направлением государственной политики в Российской Федерации [1-2]. Особое значение придается повышению эффективности профилактических мероприятий, направленных на снижение перинатальной заболеваемости и смертности, являющихся важными показателями здоровья и качества жизни населения. В последние годы возросший интерес к данной проблеме связан с тем, что параметры рождаемости в России меньше требуемого прироста населения почти в 2 раза, а детское население страны за последние 5 лет сократилось на 12,3 % [3].

Показатель перинатальной смертности в России характеризуется устойчивым снижением — с 17,9 % в 1991 г. до 10,2 % в 2005 г. Снижение репродуктивных потерь достигнуто, преимущественно, за счет снижения ранней неонатальной смертности на 49,6 % и, в меньшей степени, вследствие снижения мертворождаемости (на 34,7 %) [4-5]. Следовательно, мертворождаемость, зависящая в первую очередь от сос-

тояния здоровья матери и адаптационных возможностей её организма — это главный резерв снижения перинатальных потерь. По мнению ряда исследователей [6-9], наиболее эффективным методом профилактики перинатальной заболеваемости и смертности считается прегравидарная подготовка женщин.

В последние годы одним из важных подходов к решению проблем репродуктивного здоровья стало комплексное изучение индивидуальных пространственно-временных вариаций функциональных показателей и реактивности в зависимости от влияния факторов внешней среды.

Ритмичность функций живых систем — важнейшее условие их существования. Ритмические процессы, с помощью которых в организме осуществляются согласование и корреляция физиологических функций с ритмами окружающей среды, являются основой гомеостаза [10-12].

Во время беременности и, особенно, родов иммунная нервная и эндокринная системы работают в виде единого структурно-функционального блока, обеспечивающего возможность адаптации в условиях, когда к организму предъявляются чрезвычайно высокие требования.

У детей, рождающихся зимой и весной, больше вероятность развития бактериальных и вирусных инфекций, которые могут вызвать перинатальные поражения ЦНС [13]. Дети, родившиеся летом, напротив, первые месяцы жизни не ограничены одеждой

Корреспонденцию адресовать:

Калентьева Светлана Викторовна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел.: раб. 8 (3842) 73-29-84; сот. +7-951-184-07-22.
E-mail: vabi777@ya.ru

и болезнями, что важно для развития мозга в раннем онтогенезе — периоде высокой пластичности мозга. Сезонные климатические условия времени рождения могут оказывать влияние и на психику ребенка [14].

Однако влияние сезона календарного года, в который произошло зачатие, на распространенность и структуру перинатальной смертности не изучено.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе исследования, проведенного с 1999 по 2009 годы на базе акушерской клиники МУЗ ДГКБ № 5 г. Кемерово, проведен ретроспективный анализ методом сплошной выборки 22387 историй родов и 22669 историй развития новорожденных детей. Для проведения комплексного анализа перинатальной смертности сделана выборка 408 историй родов и 171 истории развития новорожденных.

Программой сбора материала было предусмотрено составление статистической карты — перечня вопросов, подлежащих изучению, а также проведение клинических и параклинических исследований, характеризующих состояние системы «мать — плацен-

та — плод». Проведена систематизация материала по принципу группировки данных, позволяющих изучить особенности распространенности и структуры перинатальной смертности в зависимости от комплекса биоритмологических и медико-социальных факторов.

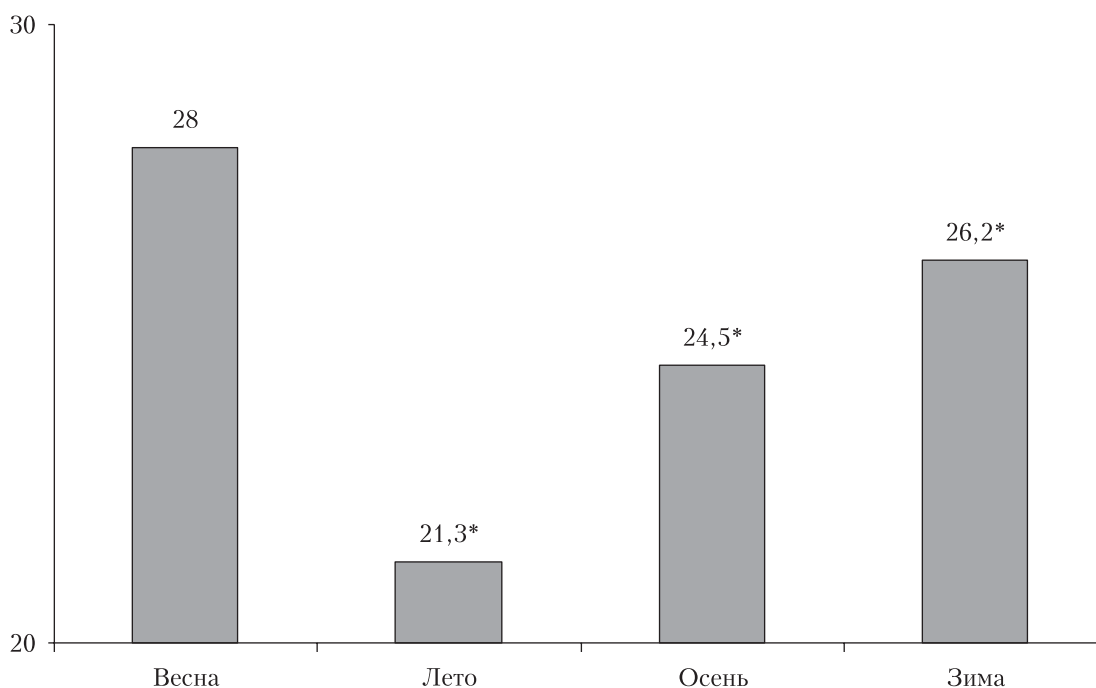
При создании базы данных использовали редактор электронных таблиц Microsoft Excel. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли при помощи пакета прикладных программ «STATISTICA» (версия 6,0).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распространённость перинатальной смертности составила в целом 18 %, что соответствует приведенным в литературе данным [15-17]. В структуре перинатальной смертности преобладала антенатальная гибель плода (0,8 %). Интранатальная гибель плода имела место в 0,4 % случаев. Ранняя неонатальная смертность зарегистрирована в 0,6 % случаев.

При исследовании зависимости перинатальной смертности от сезона календарного года, в котором произошло зачатие, выделены 4 группы: в 1 груп-

Рисунок 1
Распространенность (%) перинатальной смертности в зависимости от сезона зачатия (здесь и далее * обозначены достоверные отличия от максимального показателя)



Сведения об авторах:

Колесникова Наталья Борисовна, зам. главного врача по родовспоможению МУЗ ДГКБ № 5, г. Кемерово, Россия.

Калентьева Светлана Викторовна, доктор мед. наук, профессор кафедры нормальной физиологии, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

пе (98 случаев) этим сезоном была весна (март, апрель и май), во 2 группе (91 случай) – лето (июнь, июль и август), в 3 группе (119 случаев) – осень (сентябрь, октябрь и ноябрь) и в 4 группе (99 случаев) – зима (декабрь, январь и февраль).

Наибольшая распространенность перинатальной смертности (29,2 %) была характерна при зачатии в весенний период (рис. 1), что сочеталось с высокой частотой таких осложнений беременности, как угроза её прерывания, многоводие, задержка внутриутробного развития плода, обострение хронических инфекций во время беременности. Эти виды патологии диагностировались чаще, чем при зачатии в другие сезоны года.

В родах у этой категории женщин чаще имели место нарушения сократительной деятельности матки, такие как слабость и дискоординация родовой деятельности. В данной группе высок процент родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Среди детей, зачатых весной, преобладали новорожденные мужского пола. По данным литературы [18] известно, что они более подвержены влияниям неблагоприятных факторов и у них слабее выражены компенсаторные процессы. Высок процент маловесных детей. Средняя масса тела новорожденного составляла $1958,4 \pm 536,4$ г, что достоверно ниже, чем у детей, зачатых в другие сезоны года. Хорошо известна корреляция показателей заболеваемости и смертности новорожденных с их массой тела. Чем меньше масса тела, тем выше эти показатели [19].

Дети этой группы чаще рождались с обвитием пуповины или имела место патология пуповины (короткая).

При гистологическом исследовании плацент в группе женщин, зачатие у которых произошло весной, достоверно чаще выставляли диагноз: первичная ФПН, субкомпенсированная форма и иммунная альтерация плаценты. Также чаще диагностировались пороки развития плода и новорожденного.

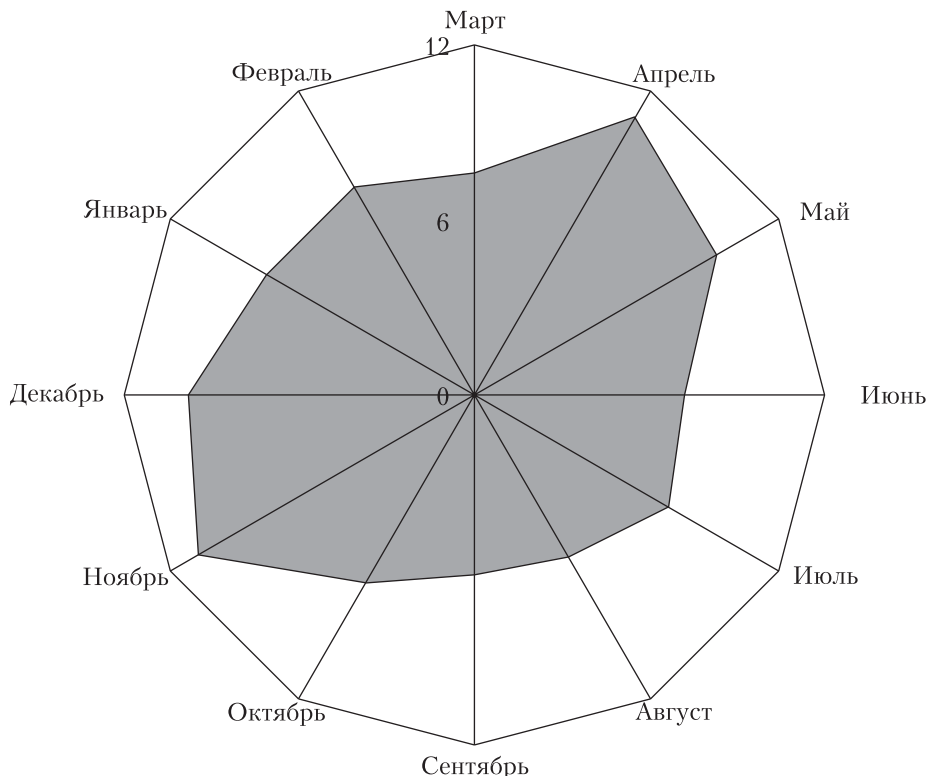
При более детальном рассмотрении вариабельности перинатальной смертности в зависимости от экзогенных ритмов установлено, что наибольшая распространенность перинатальной смертности имела место в апреле-мае и ноябре-декабре (рис. 2).

Высокую распространенность перинатальной смертности в зимний период можно объяснить следующими причинами.

Во время беременности у женщин данной группы чаще, чем у других, имели место преэклампсия и тяжелая форма анемии. В связи с тяжелыми гемодинамическими и гемическими нарушениями во время беременности, во время родов у данной категории женщин роды чаще, чем в других группах, завершались преждевременно. Также имели место такие осложнения родов, как чрезмерная родовая деятельность и прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты. Вследствие гестационных осложнений и патологии родового акта дети, зачатие которых происходило в зимний период года, рождались с многократным тугим обвитием пуповины

Рисунок 2

Распространенность (%) перинатальной смертности в зависимости от месяцев календарного года, в которые произошло зачатие



и низкой массой тела. При острой асфиксии новорожденных быстро включаются механизмы компенсации в связи с нарушением газообмена. Активизируется глюкокортикоидная функция надпочечников, увеличиваются объем циркулирующей крови (ОЦК), частота сердечных сокращений и дыхательных движений, повышаются артериальное давление и двигательная активность.

При морфологическом исследовании последов достоверно чаще, чем в других группах, диагностировались гемодинамические и воспалительные изменения плацентарной ткани и незрелость её структур.

Далее мы изучили зависимость структуры перинатальной смертности от сезонных циклов.

Если в распространенности антенатальной смертности не прослеживается сезонной зависимости, то в частоте интранатальной и ранней неонатальной смертности имеется выраженная зависимость от сезона зачатия (рис. 3).

При весенних максимальных показателях интранатальной смертности наблюдается тенденция к её уменьшению в летне-осенний период и вновь её скачок к зимнему периоду. Распространенность ранней неонатальной смертности в зависимости от сезонов зачатия имеет скачкообразный характер: пик в осенний период календарного года с тенденцией к снижению в летний и зимний сезоны.

У данной категории женщин беременность протекала на фоне высокой распространенности гестозов, что привело к развитию декомпенсированных форм ФПН (по данным гистологического исследования). Вследствие этого у детей на 5-й минуте име-

ла место более низкая оценка по шкале Апгар, что может свидетельствовать о плохих адаптационных возможностях организма.

Дети, зачатие которых произошло в летний период календарного года, вынашивались на фоне более благополучного, по сравнению с другими сезонами, течения гестационного периода. Течение родового акта также сопровождалось наименьшим количеством осложнений. Поэтому достоверно чаще, чем в других группах, дети рождались с массой тела от 3000 г до 4000 г и без асфиксии.

При помесячном анализе структуры перинатальной смертности (рис. 4) установлено, что наблюдаются всплески интранатальной и ранней неонатальной смертности в апреле и декабре. Вариабельность антенатальной смертности мало зависит от экзогенных ритмов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наименее благоприятными для зачатия по показателям перинатальной смертности являются весенний и зимний периоды календарного года, особенно апрель-май и ноябрь-декабрь. Это можно объяснить приведенными в литературе [20-21] данными о повышении в зимне-весеннее время риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, патологии органов дыхания и желудочно-кишечного тракта, снижении физической работоспособности и других нарушений. Авторы связывают это с повышением в эти периоды тонуса симпатической нервной системы и уменьшением функциональной активности эндокринного

Рисунок 3
Структура (%) перинатальной смертности в зависимости от сезонов календарного года, в которые произошло зачатие

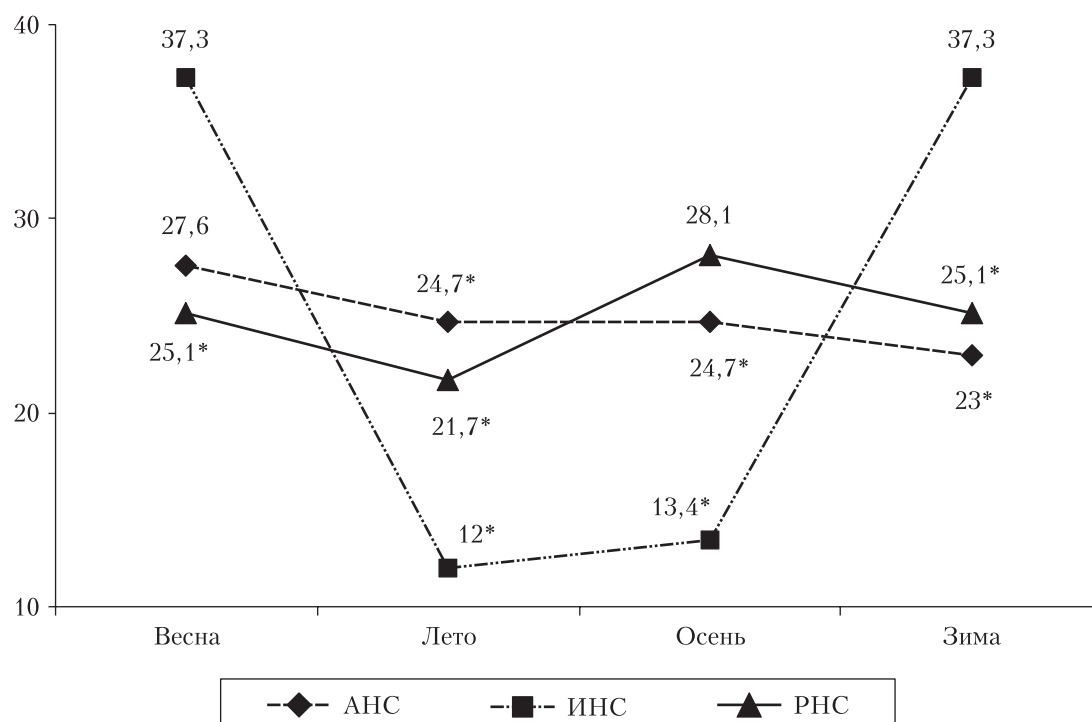
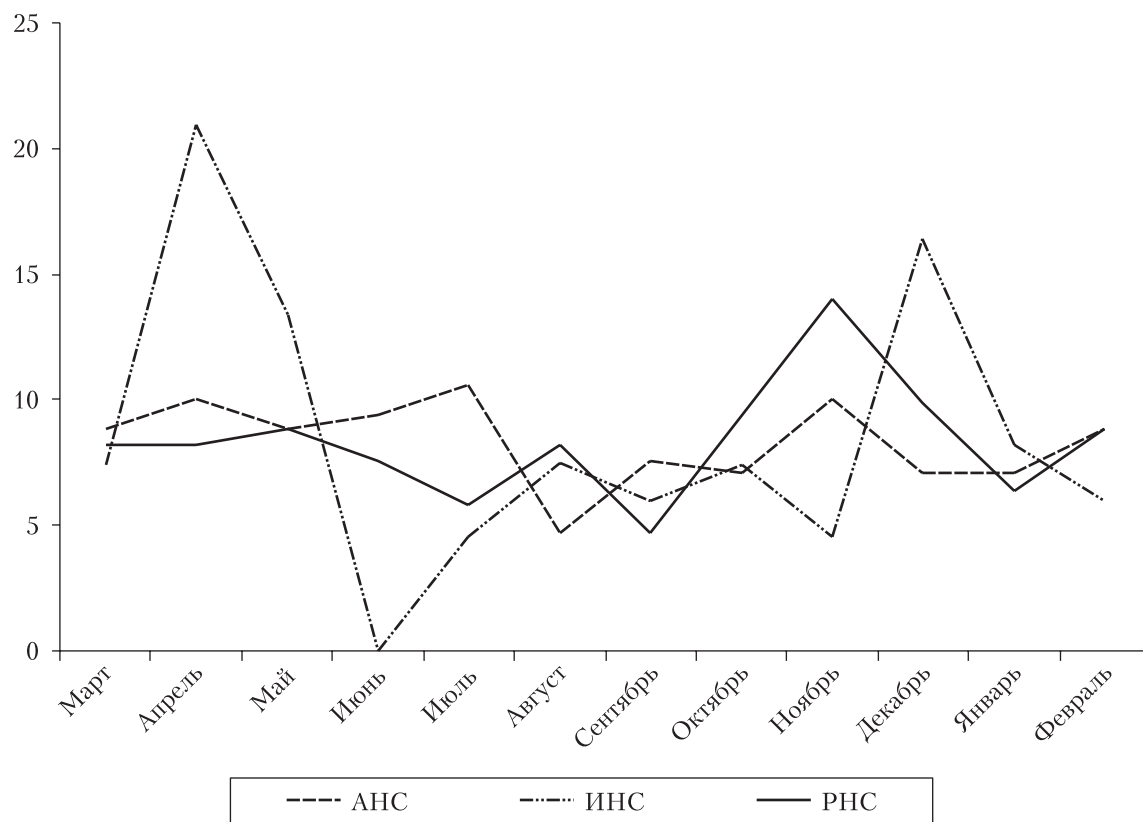


Рисунок 4
Структура (%) перинатальной смертности в зависимости от месяцев календарного года, в которые произошло зачатие



аппарата, что приводит к снижению адаптационных возможностей организма.

Однако в структуре перинатальной смертности не всё так однозначно. Влияние сезонов календарного года на вариабельность антенатальной смертности практически не выражено. Имеется лишь незначительная её тенденция к снижению в периоды зачатия с весны до зимы.

Неблагоприятными периодами для зачатия в плане риска интранатальной гибели плода являются ве-

сенный и зимний периоды (пики в апреле и декабре).

По наступлению ранней неонатальной смертности сезоном риска для зачатия является осенний период календарного года.

Учет предполагаемого времени зачатия ребенка при планировании беременности позволит составить индивидуальный план ведения гестационного периода и родов, что будет способствовать снижению риска перинатальных потерь.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шарапова, О.В. Анализ младенческой смертности в Российской Федерации за период 2001-2005 гг. /О.В. Шарапова, Л.М. Цымлякова //Здравоохранение сегодня. – 2007. – № 8. – С. 16-32.
2. Широкова, В.И. Мы не можем отказать семьям, бесплодным в браке, в возможности иметь детей /В.И. Широкова //Выступление на X Юбилейном всероссийском форуме «Мать и дитя». – 2008. – <http://www.tula-zdrav.ru/news/recent/696.html>.
3. Шарапова, О.В. Состояние и перспективы развития акушерской и неонатологической помощи в стране //Доклад на 4-м Российском форуме «Мать и дитя». – Москва, 2002.
4. Суханова, Л.П. Динамика перинатальной смертности в акушерских стационарах России в 1991-2002 гг. /Л.П. Суханова //Акушерство и гинекология. – 2005. – № 4. – С. 46-48.
5. Стрижаков, А.Н. Беременность высокого перинатального риска: проблемы и пути решения /А.Н. Стрижаков //Российские медицинские вести. – 2008. – Т. 13, № 2. – С. 88-91.
6. Обоскалова, Т.А. Структура и причины перинатальной смертности недоношенных /Т.А. Обоскалова //Акушерство и гинекология. – 2005. – № 5. – С. 39-41.

7. Бегова, С.В. Эффективность прегравидарной подготовки многорожавших женщин с гестозом тяжелой степени и железодефицитной анемией /С.В. Бегова //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2006. – № 5. – С. 17-22.
8. Глушенкова, В.А. Проблемы перинатальной смертности в России /В.А. Глушенкова, И.С. Цыбульская, Л.П. Суханова //Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 9. – С. 49-54.
9. Макаров, О.В. Пути улучшения показателей перинатальной заболеваемости и смертности при недоношенной беременности /О.В. Макаров, П.В. Козлов, Н.Н. Николаев //Российский медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 3-6.
10. Романов, Ю.А. От хронобиологии к хронотопобиологии /Ю.А. Романов //Вестник РАМН. – 2000. – № 8. – С. 8-11.
11. Агаджанян, Н.А. Хроноструктура репродуктивной функции /Н.А. Агаджанян, И.В. Радыш, С.И. Краюшкин. – М., 1998. – 248 с.
12. Хронобиология, хронодиагностика, хронопрофилактика и хронотерапия для каждого /Ф. Халберг, Ж. Корнелиссен, Е. Сюткина и др. //Медикал Маркет. – 1998. – № 2. – С. 13-15.
13. Puri, V.K. Season of birth in Down's syndrome /V.K. Puri, I. Singh //Br. J. Clin. Pract. – 1995. – V. 49. – P. 129-130.
14. Holmes, M.C. Revolutionary birthdays /M.C. Holmes //Nature. – 1995. – V. 373. – P. 468.
15. Краснополянский, В.И. Реальные пути снижения частоты кесарева сечения в условиях современного взгляда на перинатальную смертность /В.И. Краснополянский, Л.С. Логотова //Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – С. 15-20.
16. Савельева, Г.М. Роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности и заболеваемости доношенных детей /Г.М. Савельева, О.А. Трофимова //Акушерство и гинекология. – 2008. – № 4. – С. 20-23.
17. Кузьмин, В.Н. Динамика перинатальных потерь в Чувашской республике /В.Н. Кузьмин //Российский педиатрический журнал. – 2009. – № 3. – С. 46-47.
18. Parental periconceptional smoking and male: female ratio of newborn infants /M. Fukuda, K. Fukuda, T. Shimizu et al. //Lancet. – 2002. – V. 359. – P. 1407-1408.
19. Аккер, Л.В. Ведение беременности и родов у юных первородящих: методические рекомендации /Л.В. Аккер, М.Б. Игитова, О.В. Чекрий. – Барнаул, 1996.
20. Spencer, F.A. Seasonal distribution of acute myocardial infarction in the second national registry of myocardial infarction /F.A. Spencer, R.J. Goldberg, R.C. Becker //J. Am. Coll. Cardiol. – 1998. – V. 31. – P. 1226-1233.
21. Тернер, А.Я. Сезонные влияния на показатели крови и функции почек у юношей и взрослых в покое и после водно-солевых нагрузок /А.Я. Тернер //Физиология человека. – 1998. – Т. 24, № 2. – С. 108-113.



ПОЧЕМУ ВЫСОКИЕ ЛЮДИ СЧАСТЛИВЕЕ НИЗКИХ

Люди ростом выше среднего чаще бывают счастливыми, чем невысокие, пишет Time, ссылаясь на результаты опроса.

Рост выше 5 футов 10 дюймов для мужчин (около 177 см) и 5 футов 4 дюймов для женщин (162 см) чаще бывает у счастливых людей, говорится в докладе американского Национального бюро экономических исследований.

"Счастье – это одна из привилегий высоких людей", – утверждает Ангус Дитон, экономист из Принстона и соавтор исследования. Дитон связывает результаты с образованием и доходами. Исследование показало, что у высоких людей чаще бывает и более высокий уровень образования, а значит и дохода, чем у низких.

Автор статьи Шон Грегори попросил 23-летнего баскетболиста Колмана Коллинса ростом 198 см высказать свое мнение по этому поводу. "Исходя из собственного опыта, я могу сказать, что у высоких людей более приятный характер и они легки на подъем. Им не приходится прилагать дополнительных усилий, чтобы привлечь к себе внимание. Когда они заходят в комнату, их замечают естественным образом". Такое признание, безусловно, способствует повышению их самооценки, говорится в статье.

Источник: Inopressa.ru

Ардашев И.П., Стаценко О.А., Афонин Е.А.,
Калашников В.В., Калашников В.Вл., Воронкин Р.Г.

Кемеровская государственная медицинская академия,
МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского»,
г. Кемерово

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАРАННОЙ КОСТИ

В статье показана актуальность проблемы лечения пациентов с повреждениями таранной кости. Дается анализ оперативного лечения данной категории пациентов.

Ключевые слова: таранная кость; переломы; остеосинтез.

**Ardashev I.P., Statsenko O.A., Afonin E.A.,
Kalashnikov V.V., Kalashnikov V.Vl., Voronkin R.G.**

*Kemerovo State Medical Academy,
The M.A. Podgorbunsky City Clinical Hospital N 3,
Kemerovo*

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE ANKLE BONE INJURIES

Actuality of the problem of treatment in patient with the fractures of talus is shown. A analysis surgical treatment of such patients.

Key words: talus; fracture; osteosynthesis.

Повреждения таранной кости встречаются редко. Переломы и вывихи составляют от 0,5 % до 2,5 %. Учитывая анатомические и биомеханические особенности таранной кости, последствия ее повреждений могут быть печальными [1-10].

Необходимо отметить, что 70-90 % данной категории больных являются людьми молодого, трудоспособного возраста от 20 до 50 лет [5, 7, 11]. Это имеет важное социально-экономическое значение и объясняет постоянный поиск наиболее эффективных способов диагностики и лечения повреждений заднего отдела стопы [6]. При такого вида повреждениях отмечено большое число неудовлетворительных результатов как консервативного, так и оперативного лечения, продолжительный период нетрудоспособности и частота инвалидности от 20 % до 93 % [7, 12, 13]. К числу неудовлетворительных результатов относятся: неправильно консолидированные переломы, сопровождающиеся уплощением свода стопы, асептический некроз таранной кости, укорочение стопы. Все это приводит к развитию деформирующего артроза в подтаранном суставе, болевому синдрому и вызывает тяжелые функциональные нарушения сто-

пы [3, 12]. При последствиях переломов костей заднего отдела стопы от 23,5 % до 78 % пострадавших становятся инвалидами III и II групп [12].

Решающую роль в диагностике повреждений таранной кости играет компьютерная томография, позволяющая достоверно определить степень смещения, количество отломков, характер взаимоотношений в суставах стопы [12, 14, 15, 16].

В клинической практике в настоящее время используются консервативные (репозиция, гипсовая повязка) и оперативные (остеосинтез по Илизарову, открытая репозиция и фиксация винтами) способы лечения. Им свойственна большая разнородность и отсутствие четкого разграничения показаний к применению того или иного способа [3, 7, 12, 13, 17, 18-20].

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе освещаются вопросы лечения поврежденной таранной кости путем открытой репозиции из внутреннего или наружного доступов с фиксацией винтами по методике АО [18]. Это позволяет провести ревизию области перелома, анатомическую реконструкцию и хорошую стабилизацию с различными вариантами пластики дефекта губчатой костной ткани [3, 12, 21, 22].

Корреспонденцию адресовать:

Ардашев Игорь Петрович,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел./факс.: 8 (3842) 73-48-56.
E-mail: kemsma@kemsma.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведен анализ результатов хирургического лечения больных с переломами таранной кости

у 33 пациентов. Преимущественной причиной повреждений была кататравма, мужчин — 22 (66,6 %), женщин — 11 (33,4 %).

В качестве рабочей классификации при повреждениях таранной кости была выбрана классификация Coltart (1952), включающая 4 основных группы: переломы тела таранной кости 5 (15,5 %), перелом шейки таранной кости 14 (42 %), подвывих в подтаранном суставе 9 (27 %), полный вывих таранной кости 5 (15,5 %). Классификация привлекательна тем, что, помимо характера перелома, учитывает степень нарушения кровоснабжения таранной кости [23]. С учетом данной классификации определялись показания к оперативному лечению, избирался наиболее эффективный и наименее травматичный вид вмешательства.

Пациенты поступали в клинику в сроки от 1 до 9 суток после травмы. Клинически отмечалось наличие отека пяточной области, изменения цвета, тургора, эластичности кожных покровов, ограничение объема активных и пассивных движений в голеностопном суставе и суставах стопы. Рентгенологическое исследование включало классические укладки (боковая проекция голеностопного сустава со стопой, аксиальная проекция), по которым оценивали пяточно-таранный угол, конгруэнтность суставных фасеток. Для детальной диагностики повреждения пяточной кости использовали специальные рентгенологические укладки [23-25]. Оценить точное расположение фрагментов таранной кости, состояние суставных поверхностей позволяла мультиспиральная компьютерная томография с объемной трехмерной реконструкцией [14].

При поступлении всем пациентам проводилось: анестезия места перелома, придание конечности возвышенного положения. Медикаментозное лечение включало препараты, улучшающие микроциркуляцию, способствующие уменьшению отека. В большинстве случаев в предоперационном периоде пациентам проводилось скелетное вытяжение за пяточную кость. Пациентам с открытыми повреждениями выполнялась первичная хирургическая обработка с катетеризацией бедренной артерии.

Перед проведением оперативного вмешательства особое внимание уделялось подготовке кожных покровов. Проводились ванночки с растворами антисеп-

тиков, заживление ссадин и субэпидермальных пузырей. Показаниями к оперативному лечению являлись все переломы таранной кости со смещением. Оптимальными сроками оперативного лечения с использованием реконструктивных пластин и винтов нами были избраны 5-7-е сутки с момента травмы. В эти сроки фрагменты костей заднего отдела стопы подвижны, что позволяет осуществить репозицию и стабилизацию с минимальными техническими трудностями. Кроме того, раннее оперативное лечение обеспечивает декомпрессию тканей от сдавления отеком. При операции на таранной кости использовался медиальный дугообразный доступ с остеотомией внутренней лодыжки. Для стабилизации применялись канюлированные винты АО. Для интраоперационной оценки качества репозиции использовался электронно-оптический преобразователь. В ходе операции особое внимание уделялось педантичной репозиции, бережному обращению с мягкими тканями, тщательному гемостазу. Дренажирование ран преимущественно проводилось с использованием вакуум дренажей — активной аспирации (табл.).

Таблица
Лечение переломов таранной кости

	Открытые 7 (21 %)	Закрытые 26 (79 %)
ЧКДО	10 (30 %)	5 (15 %)
Фиксация винтами	2 (5 %)	16 (50 %)

В послеоперационном периоде осуществлялась инфузионная, дезагрегантная, спазмолитическая, противовоспалительная терапия. Проводилось эластичное бинтование конечности. Начиная с третьих суток пациенты занимались лечебной физкультурой, передвигались при помощи костылей с дозированной нагрузкой на конечность.

Клинический пример:

Пациент М., 48 лет. Поступил в отделение травматологии после автодорожной травмы с жалобами на болевой синдром в левой стопе, отек, ограничение движения в голеностопном суставе. При поступлении проведено: компьютерная томография, рентгенография левой стопы. Установлен диагноз: Закрытый оскольчатый перелом таранной кости левой стопы.

Сведения об авторах:

Ардашев Игорь Петрович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Стаценко Олег Анатольевич, канд. мед. наук, зав. ортопедическим отделением, МУЗ «ГКБ № 3», г. Кемерово, Россия.

Афонин Евгений Александрович, канд. мед. наук, ординатор отделения травматологии, МУЗ «ГКБ № 3», г. Кемерово, Россия.

Калашников Владимир Васильевич, зав. травматологическим отделением, МУЗ «ГКБ № 3», г. Кемерово, Россия.

Калашников Владимир Владимирович, ординатор отделения травматологии, МУЗ «ГКБ № 3», г. Кемерово, Россия.

Воронкин Роман Геннадьевич, ординатор отделения травматологии, МУЗ «ГКБ № 3», г. Кемерово, Россия.

Выполнена анестезия перелома. Проведено скелетное вытяжение за пяточную кость. На 8-е сутки пребывания в стационаре выполнена операция: остеотомия внутренней лодыжки, открытая репозиция, остеосинтез таранной кости винтами Synthes. Послеоперационный период протекал без осложнений.

На контрольных рентгенограммах стопы через 6 месяцев отмечена полная консолидация перелома, признаков асептического некроза таранной кости нет. Объем движений в голеностопном суставе полный, движения безболезненные.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе отдаленных результатов (от 1 года до 3 лет) нами использовалась стопабальная шкала AOFAS в модификации Г.В. Коробушкина и Т. Холликова. Результат свыше 80 баллов оценивался как отличный, 60-79 баллов — как хороший, 40-59 — удовлетворительный, менее 40 — неудовлетворительный. При оценке результатов учитывались клинические, рентгенологические, функциональные показатели. По рентгенограммам определялись следующие параметры: наличие и степень артроза, остеопороза, проводилось сравнение полученных значений до и после операции; учитывали послеоперационное состояние суставных фасеток. В раннем послеоперационном периоде имели место поверхностные некрозы краев раны, которые лечились консервативно.

Общая оперативная активность при переломах и перелома-вывихах таранной кости составила 100 % (33 пациента), из них по технологии АО — 54,5 % (18 пациентов), методом ЧКДО — 45,5 % (15 человек).

В отдаленном периоде, в сроки от 6 месяцев до 3 лет, обследованы 29 пациентов. Оценка по шкале AOFAS: Свыше 60 баллов — хороший и отличный результаты, получены при опросе 14 пациентов (76 %), которым выполнялась открытая репозиция и фиксация винтами, и 5 пациентов (35 %), пролеченных методом ЧКДО; от 40 до 60 баллов — удовлетворительный исход, получен при лечении 8 пациентов (24 %), оперированных с использованием погружных конструкций и 8 пациентов (52 %) оперированных по методике Илизарова; менее 40 баллов — неудовлетворительные исходы, при открытой репозиции не отмечены, при лечении методом ЧКДО они получены в 2 случаях (13 %), что мы считаем следствием тяжести полученной травмы (открытый полный вывих таранной кости) и развитием асептического некроза блока таранной кости, несмотря на комплекс профилактических мероприятий и проводимую сосудистую терапию. При консервативном лечении переломов без смещения в 4 случаях (69 %) отмечен хороший результат, в двух (31 %) — удовлетворительный. Относительно высокий процент удовлетворительных результатов в большей мере обусловлен явлениями постиммобилизационной контрактуры голеностопного сустава.

ОБСУЖДЕНИЕ

Появившиеся в последнее время лучевые методы исследования позволили в значительной степени улучшить диагностику переломов таранной кости. В настоящее время большинство ортопедов не представляют себе планирование операции на таранной кости без использования компьютерной томографии [12].

Кроме того, огромное значение придается использованию МСКТ, позволяющей достоверно определить характер перелома, наличие и степень смещения суставных поверхностей. Обследование больных и предоперационное планирование на основе данных МСКТ обеспечивает выбор оптимального способа и объема хирургического вмешательства и, следовательно, сводит к минимуму возможности интраоперационных ошибок [5, 22].

При планировании операции на таранной кости важна подготовка операционного поля и профилактика инфекционных осложнений [1]. Во время операции целесообразно отказаться от применения кровоостанавливающего жгута. Для снятия отека и разрешения гемодинамических расстройств используются гипотермия, возвышенное положение конечности, дезагрегантная терапия [1, 12].

Проведение открытой репозиции переломов таранной кости требует расширенного сепарирования пропитанных кровью тканей. Поэтому довольно часто развивается некроз краев раны, различный по глубине и протяженности [1, 12, 22]. Частота этого осложнения может быть уменьшена за счет бережного разведения краев раны, адекватного ее дренирования в послеоперационном периоде, удержания швов до 3 недель [1].

Для профилактики подобных осложнений некоторые авторы используют принцип поднадкостничного выделения отломков с формированием полноклосного кожного лоскута с сохранением коротких ветвей перинеальной артерии, питающей кожу пяточной области. Это позволяет снизить количество случаев краевых некрозов. Другие авторы используют расширенный доступ типа «бумеранг», который обеспечивает хорошую визуализацию перелома [21, 22].

ВЫВОДЫ:

1. Кататравма является преимущественным механизмом повреждения таранной кости.
2. При планировании и определении тактики лечения необходимо, наряду с рентгенологическим методом исследования, проведение МСКТ.
3. Повреждения таранной кости со смещением — показание к возможно более раннему оперативному лечению с целью реваскуляризации последней и профилактики развития осложнений.
4. Наиболее эффективным методом лечения при переломах таранной кости со смещением является оперативный — открытая репозиция и фиксация винтами и малотравматичным доступом с остеотомией внутренней лодыжки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Даниляк, В. Переломы таранной кости /В. Даниляк //Margo Anterior. – 1999. – № 5-6.
2. Выбор материала для пластики костных дефектов при внутрисуставных переломах пяточной кости /А.В. Жаглин, А.А. Волна, Н.А. Сорокин с соавт. //Травматология, ортопедия XXI века: Сб. тезисов. – Самара, 2006. – Т. 1. – С. 182-183.
3. Каплунов, О.А. Способ лечения посттравматических изменений таранной кости /О.А. Каплунов, А.Г. Каплунов //Травматология и ортопедия России. – 2004. – № 3. – С. 35-37.
4. Коробушкин, Г.В. Клинические системы оценки для заднего отдела стопы и лодыжек, среднего отдела стопы, первого пальца стопы, 2-5 пальцев стопы //Г.В. Коробушкин, Т.П. Холликов //http: www.aofas.org/i4a/peges/index.cfm?pageid=3494.
5. Корышков, Н.А. Особенности лечения повреждений таранной кости /Н.А. Корышков, В.В. Зайцев //Вестник травматологии и ортопедии. – 2003. – № 1. – С. 46-50.
6. Современные аспекты лечения последствий переломов костей заднего отдела стопы /Р.М. Тихилов, Н.Ф. Фомин, Н.А. Корышков с соавт. //Травматология и ортопедия России. – 2009. – № 2. – С. 144-149.
7. Швед, С.И. Лечение больных с переломами пяточной кости методом чрескостного остеосинтеза /С.И. Швед, Ю.М. Сысенко, В.Г. Шилов //Гений ортопедии. – 1998. – № 3. – С. 45-48.
8. Hawkins, L. Fractures of the neektalus /L. Hawkins //J. Bone Joint Surg. – 1970. – N 52A. – P. 991-1002.
9. Rammelt, S. The value of subtalar arthroscopy in the management of intra-articular calcaneus fractures /S. Rammelt, J.M. Gavlik, S. Barthel //Foot Ankle Int. – 2002. – Vol. 23, N 10. – P. 906-916.
10. Vallier, H.A. Talar neek fractures resnets and ontcomes /H.A. Vallier, S.E. Nork, D.P. Bazei //Bone Joint Surg. – 2004. – V. 86A. – P. 1616-1624.
11. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении больных с переломами таранной кости /С.И. Швед, Ю.М. Сысенко, Л.В. Мальцева, В.Г. Шилов //Гений ортопедии. – 1997. – № 1. – С. 50-52.
12. Корышков, Н.А. Рациональные методы диагностики и лечения повреждений стопы /Н.А. Корышков: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2005. – 36 с.
13. Шигарев, В.М. Наш взгляд на современное состояние проблемы лечения переломов таранной кости /В.М. Шигарев, С.Я. Зырянов //Гений ортопедии. – 1998. – № 2. – С. 25-28.
14. Васильев, А.Ю. Спиральная компьютерная томография в диагностике травматических повреждений голеностопного сустава и стопы /А.Ю. Васильев, Н.К. Витько, Ю.В. Буковская //Вестн. рентгенологии и радиологии. – 2002. – № 2. – С. 34-38.
15. Computerised tomografic assessment of the subtalar joint in calcaneus fractures /I. Lowrie, D. Finlay, I. Brenkel, P. Gregg //Bone Joint Surg. – 1988. – V. 70B, N 2. – P. 247-250.
16. Preoperative and postoperative evaluation of intraarticular fractures of the calcaneus based on computed tomography scanning /K. Song, C. Kang, B. Min, G. Sohn //J. Orthop. Trauma. – 1997. – V. 11, N 6. – P. 435-440.
17. Даниляк, В. Переломы пяточной кости /В. Даниляк //Margo Anterior. – 2000. – № 1-2. – С. 4-8.
18. Руководство по внутреннему остеосинтезу /Мюллер, М.Е., Аллговер М., Шнайдер Д. с соавт. – 1993. – С. 616-618.
19. Некоторые аспекты лечения сложных переломов блока таранной кости /В.Ф. Прозоровский и др. //Ортопедия, травматология. – 2003. – № 4. – С. 67-72.
20. Панков, И.О. Чрескостный остеосинтез при переломах и переломо-вывихах таранной кости /И.О. Панков //Современные аспекты травматологии и ортопедии: Тез. докл. – Казань, 1994. – С. 40-41.
21. Лечение пациентов с последствиями повреждений и заболеваний костей заднего отдела стопы /Р.М. Тихилов, Н.А. Корышков, В.Г. Емельянов, А.М. Привалов //Травматология и ортопедия России. – 2008. – № 2. – С. 138.
22. Особенности лечения повреждений заднего отдела стопы у пострадавших с политравмой /В.А. Соколов, А.П. Федосов с соавт. //Вестник травматологии, ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2008. – № 1. – С. 7-11.
23. Broden, B. Rontgen examination of the subtaloid joint in fractures of the calcanrus /B. Broden //Acta radial. – 1949. – Vol. 31. – P. 85-91.
24. Cohen, M. Surgical management of the acute calcaneal joint depression fracture: the VAMS Miami experience /M. Cohen //The journal of foot and ankle surgery. – 1996. – Vol. 35, N 1. – P. 2-12.
25. Sanders, R. Fractures and fractures-dislocations of the calcaneus /R. Sanders //In «Surgery of the foot Ankle». – St. Louis, Mosby, 1999. – V. 2. – P. 1422-1464.

Максимов С.А., Благовещенская О.П., Вавин Г.В., Зинчук С.Ф.
 Кемеровская государственная медицинская академия,
 ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»,
 г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТВЕРДОЙ ФАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Целью исследования явился анализ изменения ряда параметров основных структур фации сыворотки крови больных сахарным диабетом по сравнению с практически здоровыми лицами. Показано, что фации сыворотки крови больных сахарным диабетом характеризуются увеличением площади отдельностей и конкреций, различной степенью данного увеличения в зависимости от удаленности от центра фации, а также повышением дисперсии средних значений площадей и рядом других особенностей. Кроме того, показано влияние активности, типа и тяжести сахарного диабета на выраженность данных изменений. Обозначены проблемные вопросы, требующие дальнейших исследований.

Ключевые слова: сахарный диабет; метод клиновидной дегидратации; сыворотка крови.

Maksimov S.A., Blagoveshenskaya O.P., Vavin G.V., Zinchuk S.F.
 Kemerovo State Medical Academy,
 Kemerovo Regional Clinical Hospital,
 Kemerovo

FEATURES OF THE STRUCTURAL ORGANIZATION OF A SOLID PHASE OF WHEY OF BLOOD OF PATIENTS WITH A DIABETES

The purpose of research was the analysis of change of some parameters of the basic structures of facies wheys of blood of patients with a diabetes in comparison with practically healthy persons. It is shown, that of facies wheys of blood of patients with a diabetes are characterized by increase of the area of separateness and concretions, a various degree of the given increase depending on remoteness from the centre of facies, and also increase of a dispersion of average values of the areas and a number of other features. Besides influence of activity, type and weight of a diabetes on expressiveness of the given changes is shown. The problem questions demanding the further researches are designated.

Key words: a diabetes; a method of wedge-like dehydration; whey of blood.

В сложной структуре организма человека кровь является интегральной системой, объединяющей различные системы и органы в единое целое, что позволяет использовать ее в качестве одного из важнейших показателей диагностики теку-

щего состояния организма. Существует множество клиничко-лабораторных методов оценки различных параметров крови, позволяющих сделать вывод о ее качественно-количественном составе, но не дающих возможности провести интегральный анализ взаимоотношений элементов, что, собственно говоря, и характеризует кровь в качестве системы [1].

Метод клиновидной дегидратации, предусматривающий перевод высокодинамичной (жидкой) системы в устойчивую (твердую), обеспечивает возможность рассмотрения биологической жидкости, в том числе и крови, в качестве системы, имеющей свою конкретную структуру и организацию [2]. На сегод-

Корреспонденцию адресовать:

Максимов Сергей Алексеевич,
 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
 ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
 медицинская академия»,
 Тел. сот. +7-904-570-82-45.
 E-mail: m1979sa@yandex.ru

нашний день проведено значительное количество исследований, подтверждающих потенциальную диагностическую перспективность анализа твердой фазы биологических жидкостей при различных заболеваниях [1, 3].

С другой стороны, сахарный диабет (СД) является заболеванием, характеризующимся серьезными нарушениями углеводного, жирового и белкового обменов, что отражается на качественно-количественном составе крови. В результате, закономерным является появление патологических связей между компонентами крови, изменение ее физико-химических и кристаллографических свойств, что можно зафиксировать при переводе сыворотки крови из динамической (жидкой) системы в твердую (фиксированную) фазу.

Целью настоящего исследования явился анализ изменения ряда параметров основных структур фазы сыворотки крови больных СД по сравнению с практически здоровыми людьми.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для реализации поставленной цели сформированы три исследуемые группы. Первая, основная группа, включила в себя 51 больного СД, отобранных методом случайного отбора и находящихся на плановом лечении в дневном стационаре Областной клинической больницы (средний возраст $51,6 \pm 13,4$ лет). Из данной группы 13 человек имеют СД 1 типа, 38 человек – 2 типа, 27 человек представлены СД средней степени тяжести, 24 человека – тяжелого течения,

всем поставлена стадия декомпенсации СД. Вторая группа включила 20 человек, отобранных методом случайного отбора из числа основной выборки, подлежащих выписке по окончании проводимого лечения (средний возраст $51,0 \pm 13,4$ лет). Третья, контрольная группа, включила 24 практически здоровых человека (средний возраст $30,1 \pm 4,4$ лет). Критериями отбора в данную группу являлись возраст (20-40 лет), отсутствие острых и хронических заболеваний, а также соответствие основных лабораторных показателей крови (сахар, общий белок и ряд других) нормативным данным.

В данных группах стандартной методикой получена сыворотка венозной крови. После перевода 0,01 мл сыворотки крови в твердую фазу методом клиновидной дегидратации [1], полученная фаза фотографировалась (Sony DSC-P93) при 6-кратном увеличении в отраженном свете (МБС-9) и обрабатывалась в графическом редакторе Canvas X Build 885. При анализе полученных структур использовался собственный метод разделения фазы на составные части с последующим нахождением ряда искомых параметров [4]. Оцениваемые показатели представлены в таблице 1.

При оценке уровня статистической значимости различий двух средних использовались критерий Манна-Уитни и критерий Вилкоксона, сила и направленность связи между показателями оценивалась с помощью корреляции Спирмена. Достоверными признавались различия и связь при достижении критического уровня значимости, равном 0,05. Статистические расчеты проведены с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

Таблица 1
Показатели, используемые при анализе фазы

Показатели	Единица измерения	Значение
Sa, Sb, So, Va, Vb, Vo	мкм ²	Площадь отдельностей (S) и конкреций (V), удаленных от центра фазы на расстояние 0,5 Rmin (Sa и Va), 0,9 Rmin (Sb и Vb) и средние значения (So и Vo)
Ssd, Vsd	мкм ²	Разброс значений площадей S и V, являются стандартным отклонением So или Vo
So/sd, Vo/sd	усл. ед.	Отношение So к Ssd (Vo к Vsd)
Sab и Vab, Sa/b и Va/b	усл. ед.	Sab и Vab - кратность большего S и V на меньшее. Sa/b и Va/b - кратность Sa на Sb (Va на Vb), учитывают направленность соотношения
Rmin, Rmed	мкм	Минимальный радиус (Rmin) от центра до края фазы и средний (Rmed), являющийся средним всех радиусов
Na, Nb, No, Na/Nb	-	Количество S на расстоянии 0,5 Rmin (Na), 0,9 Rmin (Nb) и средние значения (No). Na/Nb - соотношение Na к Nb
S/Va, S/Vb, S/Vo, S/Vsd	усл. ед.	Соотношение площадей S и V на расстоянии 0,5 Rmin (S/Va), 0,9 Rmin (S/Vb) и средние значения (S/Vo). S/Vsd - кратность Ssd к Vsd

Сведения об авторах:

Максимов Сергей Алексеевич, канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник ЦНИЛ, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Благовещенская Ольга Петровна, врач-эндокринолог, ГУЗ «КОКБ», г. Кемерово, Россия.

Вавин Григорий Валерьевич, канд. мед. наук, зам. гл. врача по лабораторной службе ГУЗ «КОКБ», г. Кемерово, Россия.

Зинчук Сергей Фадеевич, канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник ЦНИЛ, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно данным таблицы 2, изменения физико-химических свойств крови при СД средней и тяжелой степени в стадии декомпенсации приводят к следующим изменениям структуропостроения твердой фазы сыворотки крови по сравнению с контролем. Увеличивается площадь и, одновременно, снижается количество отдельностей и конкреций (не по всем показателям уровень критической значимости достигает 0,05), причем, в зависимости от удаленности от центра, увеличение выражено в различной степени, о чем свидетельствуют показатели Sab, Vab, а также Na/Nb. Увеличивается разброс значений площадей отдельностей и конкреций (Ssd, So/sd и Vo/sd). Кроме того, в разы увеличивается соотношение площади отдельности к площади конкреции, а также разброс значений данных соотношений (S/Va, S/Vb, S/Vo, S/Vsd). Тем не менее, удельный вес лиц среди больных СД со значениями показателей S/Va, S/Vb, S/Vo, S/Vsd, не выходящими за диапазон значений аналогичных показателей контрольной группы, достигает, соответственно, 51 %, 36 %, 45 % и 66 %. Хотелось бы отметить приближающиеся к статистически значимым (то есть, $0,05 < p < 0,1$) показатели Sa, So и Nb.

Проведен анализ особенностей структуропостроения фазии сыворотки крови больных СД до и после лечения, а также в зависимости от типа и тяжести СД. Обнаружено статистически значимое уменьшение объема фазии после лечения, что следует из снижения значений Rmin и Rmed (табл. 3). Кроме того, если у больных до лечения значения Sa достоверно выше Sb (критерий Вилкоксона $T = 329$, $p = 0,002$), то после лечения показатели Sa достоверно не различаются с Sb ($T = 104$, $p = 0,9$), что отражается показателем Sa/b. При удалении из группы пролежавших лиц с отсутствием эффекта от лечения, к вышеуказанным показателям прибавились Sa и No. Кроме того, по показателям So, Ssd и Nb наблюдаются различия, приближающиеся к статистически

Таблица 2

Показатели структур фазии сыворотки крови больных сахарным диабетом и практически здоровых лиц

Показатель	Группы, M ± SD*		U*	p*
	Больные СД (n = 51)	Группа контроля (n = 24)		
Sa	1271 ± 1136	751 ± 438	458	0,08
Sb	910 ± 647	680 ± 300	505	0,2
So	1005 ± 690	684 ± 340	452	0,07
Ssd	845 ± 916	374 ± 183	362	0,005**
Sab	1,83 ± 1,02	1,28 ± 0,31	318	0,0008**
So/sd	1,44 ± 0,38	1,87 ± 0,41	274	0,0001**
Va	646 ± 965	410 ± 226	495	0,2
Vb	272 ± 472	237 ± 188	373	0,007**
Vo	403 ± 564	313 ± 191	482	0,1
Vsd	521 ± 852	227 ± 127	567	0,7
Vab	4,27 ± 4,07	2,09 ± 0,87	416	0,03**
Vo/sd	1,09 ± 0,56	1,41 ± 0,32	242	0,00002**
Rmin	3294 ± 300	3061 ± 254	361	0,004**
Rmed	3453 ± 303	3286 ± 286	430	0,04**
Na	20 ± 12	26 ± 10	368	0,006**
Nb	30 ± 7	33 ± 9	524	0,3
No	25 ± 9	29 ± 9	429	0,04**
Na/b	0,66 ± 0,27	0,77 ± 0,13	374	0,007**
S/Va	13,5 ± 23,7	1,9 ± 0,5	437	0,04**
S/Vb	23,3 ± 30,0	3,6 ± 1,3	318	0,0008**
S/Vo	14,8 ± 22,4	2,4 ± 0,7	390	0,01**
S/Vsd	14,1 ± 28,7	1,9 ± 1,0	409	0,02**

Примечание: * M ± SD - среднее значение ± стандартное отклонение, U - критерий Манна-Уитни, p - уровень статистической значимости; ** выделены статистически значимые различия ($p < 0,05$).

значимым ($0,05 < p < 0,1$). Хотелось бы отметить аналогичные тенденции по показателям площади, распределения и соотношения конкреций, которые, тем не менее, не являются статистически значимыми.

Таблица 3

Значения показателей структуры фазии сыворотки крови больных сахарным диабетом до и после лечения

Показатель	Категории больных, M ± SD*			Между 1 и 2 группами		Между 1 и 3 группами	
	До лечения (n = 51 чел.)	После лечения (n = 20 чел.)	После лечения*** (n = 17 чел.)	U*	p*	U*	p*
Sa	1271 ± 1136	884 ± 935	816 ± 986	386	0,1	294	0,04**
Sb	910 ± 647	774 ± 524	707 ± 515	439	0,4	333	0,1
So	1005 ± 690	729 ± 542	664 ± 540	394	0,1	300	0,06
Ssd	845 ± 916	576 ± 615	559 ± 663	399	0,2	314	0,09
Sa/b	1,33 ± 0,73	1,02 ± 0,70	1,00 ± 0,75	346	0,04**	277	0,03**
Rmin	3294 ± 300	3076 ± 324	3059 ± 292	303	0,008**	246	0,008**
Rmed	3452 ± 303	3290 ± 315	3279 ± 300	354	0,04**	293	0,04**
Na	20,4 ± 11,9	23,0 ± 11,7	24,4 ± 12,1	422	0,3	320	0,1
Nb	29,8 ± 7,5	32,9 ± 7,9	33,7 ± 8,3	388	0,1	305	0,07
No	25,1 ± 9,0	27,9 ± 9,0	29,1 ± 9,4	388	0,1	287	0,04**

Примечание: * M ± SD - среднее значение ± стандартное отклонение, U - критерий Манна-Уитни, p - уровень статистической значимости; ** выделены статистически значимые различия; *** в данной группе удалены лица с отсутствием эффекта от проводимого лечения.

Выделены особенности структур фазии сыворотки крови при различных типах СД. В частности, у лиц с СД 2 типа статистически значимо ($Sa: U = 328, p = 0,03$ и $Sb: U = 325, p = 0,03$) больше площадь Sa ($1328 \pm 1181 \text{ мкм}^2$) и So ($1024 \pm 696 \text{ мкм}^2$), чем у лиц с СД 1 типа (соответственно, $708 \pm 614 \text{ мкм}^2$ и $662 \pm 470 \text{ мкм}^2$). Кроме того, если значения Sa/b у лиц с СД 1 типа составляют $0,93 \pm 0,57$, то у лиц с СД 2 типа достигают $1,35 \pm 0,76$ ($U = 340, p = 0,04$). Отрицательно связанные с площадью, показатели количества отдельностей по малому и большому радиусу также различаются ($Na: U = 315, p = 0,02$ и $No: U = 301, p = 0,01$). Так, если у лиц с СД 1 типа Na , соответствующий Sa , составляет $27,0 \pm 15,7$, а No , соответствующий So , — $30,5 \pm 11,2$, то у лиц с СД 2 типа данные показатели снижаются до $18,9 \pm 9,3$ и $24,2 \pm 7,6$. Показатели площадей конкреций статистически достоверно не различаются в зависимости от типа СД, тем не менее, направленность изменений средних значений у лиц с разным типом СД аналогична показателям площадей отдельностей.

По степени тяжести СД статистически значимых различий не выявлено, тем не менее, в группе лиц с тяжелой степенью СД отмечается увеличение средних значений площадей отдельностей и конкреций. Кроме того, выявлены статистически значимые корреляционные связи ряда показателей структуры фазии с количеством осложнений, которые и обуславливают степень тяжести СД. Так, выявлены статистически значимые слабые положительные связи между количеством осложнений и Sa ($r = 0,27, p < 0,05$), Sb ($r = 0,25, p < 0,05$), So ($r = 0,29, p < 0,05$), а также Ssd ($r = 0,25, p < 0,05$). Кроме того, обнаружены отрицательные, слабые по силе, связи между количеством осложнений и Na ($r = -0,28, p < 0,05$), Nb ($r = -0,24, p < 0,05$) и No ($r = -0,29, p < 0,05$).

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об изменениях физико-химических свойств сыворотки крови при СД, проявляющихся характерными изменениями структуропостроения ее твердой фазы. При этом необходимо учитывать активность заболевания и эффективность проводимой терапии,

а также тип и тяжесть СД. Однако, несмотря на выявленные закономерности, возникает ряд вопросов. Во-первых, необходимо провести анализ степени влияния возрастного фактора на наблюдаемые изменения, так как в основной и контрольной группах возраст различается статистически достоверно, а также у больных СД разных типов. При этом очевидна связь количества осложнений СД, коррелирующего с некоторыми исследуемыми показателями, от возраста больного. Во-вторых, хотя характер и направленность различий структуропостроения фазии сыворотки крови свидетельствует об увеличении изменений с увеличением активности и тяжести СД, однако, встает вопрос о степени специфичности. Ведь вполне возможно, что подобные изменения характеризуют не только сахарный диабет, но и любые другие достаточно грубые изменения гомеостаза, связанные с активными патологическими процессами. Для решения данных вопросов необходимы углубленные исследования особенностей структуропостроения твердой фазы сыворотки крови, как среди лиц различного возраста, так и у больных с различными видами патологии, характеризующейся различной степенью активности и тяжести.

ВЫВОДЫ:

1. Обнаружены характерные изменения структуропостроения твердой фазы сыворотки крови больных сахарным диабетом по сравнению с практически здоровыми лицами. Активность, тип и тяжесть сахарного диабета влияют на выраженность данных изменений.
2. Необходимы дальнейшие исследования по определению возможного влияния естественных возрастных изменений физико-химических свойств крови на структуропостроение ее твердой фазы, в том числе в условиях развития сахарного диабета. Кроме того, необходимо определить уровень специфичности выявленных закономерностей в структуропостроении фазии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шабалин, В.Н. Морфология биологических жидкостей в клинической лабораторной диагностике /В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина //Клиническая лабораторная диагностика. – 2002. – № 3. – С. 25-32.
2. Шабалин, В.Н. Принципы аутоволевой самоорганизации биологических жидкостей /В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина //Вестник РАМН. – 2000. – № 3. – С. 45-49.
3. Максимов С.А. Морфология твердой фазы биологических жидкостей как метод диагностики в медицине /С.А. Максимов //Бюллетень Сибирской медицины. – 2007. – Т. 6, № 4. – С. 80-85.
4. Максимов С.А. Алгоритмы анализа структур фазии биологических жидкостей /С.А. Максимов //Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. XIV, № 1. – С. 115-116.

Корнилов А.А., Ухтина Н.В., Селедцов А.М.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,
г. Кемерово*

РЕЗИДУАЛЬНАЯ ОРГАНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У МОЛОДЫХ

В статье, на основании углубленного клинического обследования молодых людей (до 25 лет), находившихся на лечении в отделении неотложных состояний с диагнозом острых алкогольных психозов, установлена патологическая «почва» в виде выраженной резидуальной органической недостаточности головного мозга, проявляющейся во всех сферах психики.

Ключевые слова: *резидуальная органическая психика; алкоголизм; алкогольные психозы.*

Kornilov A.A., Uchtina N.V., Seledtsov A.M.

*Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Clinic,
Kemerovo*

RESIDUAL ORGANIC CEREBRUM UNSOUNDNESS IN CLINICAL PICTURE OF ALCOHOL PSYCHOSIS IN YOUNG ADULT PATIENTS

In the given article on the basis of detailed clinical examination of young adult patients (up to 25 years old), undergoing treatment in the urgent treatment department with the diagnosis «acute alcoholic psychosis» pathologic basis was ascertained. It is clinically apparent residual organic cerebrum unsoundness declaring itself in all spheres of psyche.

Key words: *residual organic psyche; alcoholism; alcoholic psychosis.*

Резидуальная органическая недостаточность головного мозга в молодом возрасте имеет широкий диапазон в клинической симптоматике. В различных сферах психической деятельности человека она проявляется индивидуально по-разному — в аффективной, волевой, когнитивной, интеллектуальной, нравственной, поведенческой; а также в сфере социально-бытовой.

В аффективной сфере эти больные обнаруживают раздражительность, возбудимость, гневливость, злобность. У некоторых, в зависимости от выраженности резидуальной органической недостаточности, наблюдается безразличие, благодушие, скудоумие,

т.е. признаки интеллектуальной неполноценности, обуславливающие их самодовольство. В когнитивной сфере — ограничение познавательных интересов простыми общебытовыми вопросами, не требующими серьезного осмысления средовой ситуации.

Причиной резидуальной психоорганической недостаточности являются пре-, перинатальные и ранние постнатальные повреждения [1-3]. При резидуальной онтогенетической психоорганической недостаточности главное — церебрастения [2-3].

Органический психосиндром [Bleuler E., 1916] и триада Вальтера-Бюэля при нем — это клиника второй трети жизни человека, имеющая прогрессивность на почве сосудистой, травматически-вазопатической патологии [4, 5].

При резидуальной органической недостаточности головного мозга постепенно формируется клиническая симптоматика психопатоподобного состояния, в котором сочетаются поведенческие отклонения на почве безнадзорности, педагогической запущенности, легких/умеренных нарушений памяти и интел-

Корреспонденцию адресовать:

Корнилов Анатолий Алексеевич,
650036, г. Кемерово, ул. Волгоградская, 41,
ГУЗ «Кемеровская областная клиническая
психиатрическая больница»,
Тел. раб. 8 (3842) 54-64-40;
E-mail: bnv@kokpb.org

лекта. На этом фоне наблюдаются и эксплозивность, и астеничность, и эйфоричность [3].

Цель исследования — изучение влияния резидуальной органической недостаточности мозга («почвы») на клинику алкоголизма у молодых больных (до 25 лет), перенесших алкогольные психозы.

Донозологическая типология у больных характеризуется психозадаптационными расстройствами [6] со стабильными поведенческими нарушениями (психопатоподобными). По Н.Е. Буториной [2], стадия ранней алкоголизации представляет бессистемное употребление алкоголя подростками, как эквивалент «бытового пьянства взрослых». Затем отмечается клиническая картина развернутого алкоголизма и его заключительная стадия.

Резидуальная психоорганическая патология формируется исподволь с детства. Если такие дети воспитываются в неблагоприятных микросоциальных условиях, то отрицательные экзогенные факторы постепенно наслаиваются на эту «почву» и утяжеляют симптоматику. Результат — в начале слабая учеба, чуть позже — расстройства поведения с асоциальной, делинквентной, антисоциальной направленностью; раннее курение, алкоголизация. К 15-ти годам пьянство подростков достигает степени бытового.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клинико-психопатологически, сомато-неврологически, психологически, электрофизиологически обследованы 59 больных молодых мужчин (до 25 лет), перенесших алкогольные психозы в отделении неотложных состояний в психиатрии Кемеровской областной клинической психиатрической больницы.

Больные разделены на две подгруппы. В первую подгруппу включены 45 человек, перенесших неоднократно в жизни легкие и средней степени тяжести черепно-мозговые травмы. 41 человек (91 %) всегда были раздражительными, вспыльчивыми, неоднократно попадали в медвытрезвители, не ладили с милицией, часто задерживались ими. В анамнезе 19 чел. (42,2 %) в состоянии алкогольной абстиненции возникали большие судорожные припадки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При психопатологическом обследовании у больных данной подгруппы выявлялись снижение темпа речи, сужение объема внимания, они не могли активно концентрировать внимание при беседе, да-

же при обсуждении состояния их здоровья; легко отвлекались на другое. По ходу беседы способны были высказывать неуместные шутки, не могли вспомнить некоторые события из своей короткой жизни. Обнаруживали конкретность мышления, неспособность обобщать. Совершая неприемлемые поступки, больные затем не испытывают угрызений совести. Интеллектуальный дефицит проявлялся в отсутствии элементарных знаний, умений, а также в «застревании» на бытовых мелочах. Эти больные никогда ничего не читали, не следили за значимыми социальными событиями.

В период пребывания в отделении 28 человек (84,6 %) жаловались на головные боли, непереносимость жары, отмечали в самочувствии метеозависимость. Все больные являются отчаянными курильщиками.

Во второй подгруппе, состоящей из 14 больных, судорожные припадки во время постзапойной абстиненции наблюдались у троих (21,4 %). В отделении жалобы на головные боли предъявляли четверо (28,6 %). Они же отмечали плохую переносимость жары, метеозависимость. При психологическом исследовании выявлялись незначительно выраженные ослабление памяти, истощаемость мыслительной деятельности, снижение уровня обобщений, слабость контрольно-волевых качеств, раздражительность.

При нейрофизиологическом исследовании («Нейровизор») в 45 случаях (76,3 %) на ЭЭГ отмечается резко дезорганизованная по частоте альфа-активность средней или высокой амплитуды. Много или очень много бета-колебаний низкой частоты. Медленные волны тета-, даже дельта-диапазона имели малую или высокую амплитуду. Данные изменения в 37 случаях соответствовали 13 группе ЭЭГ, в 8 случаях — 12 группе ЭЭГ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наркологический и, подчас, криминальный образ жизни семьи обследованных больных, конфликты в семье, нравственная деформация, негативное воспитание к учебе и систематическому труду, заострение черт пубертатной психики, ранняя табачная токсикомания и алкоголизация с расторможением влечений, впоследствии и ранний алкоголизм, и алкогольная анозогнозия, обуславливаются резидуальной органической неполноценностью головного мозга у лиц, переносящих алкогольные психозы в молодом возрасте.

Сведения об авторах:

Корнилов Анатолий Алексеевич, доктор мед. наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медпсихологии, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Ухтина Наталья Владимировна, врач-психиатр-нарколог отделения неотложных состояний, ГУЗ «КОКПБ», г. Кемерово, Россия.

Селедцов Александр Михайлович, доктор мед. наук, профессор, зав.кафедрой психиатрии, наркологии и медпсихологии, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барденштейн, Л.М. Патологическая агрессия подростков /Л.М. Барденштейн, Ю.Б. Можгинский. – М., 2005. – С. 82; 183; 208-209.
2. Буторина, Н.Е. Проблема резидуально-органического психосиндрома в детской психиатрии /Н.Е. Буторина //Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста. – Челябинск, 2008. – С. 29-69.
3. Бычкова, В.В. Эмоционально-волевые расстройства у больных с органическими поражениями головного мозга /В.В. Бычкова, Э.С. Вишневская, А.А. Корнилов //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 2. – С. 24-27.
4. Снежневский, А.В. Общая психопатология /Снежневский, А.В. – М.: МЕД-пресс-информ, 2001. – С. 168-173.
5. Вандыш, В.В. К проблеме нозологической оценки органических психических расстройств /В.В. Вандыш //Матер. общерос. конф. – М., 2008. – С. 138-139.
6. Семке, В.Я. Ранняя диагностика соматогенной и экзогенно-органической патологии /В.Я.Семке //Превентивная психиатрия. – Томск, 1999. – Гл. 11. – С. 129-131; 156-157.



НОЧНЫЕ СМЕНЫ УБИВАЮТ

Группа исследователей Гарвардского университета пришла к выводу, что работа в ночные смены является причиной возникновения целого ряда опасных заболеваний – ожирения, диабета и болезней сердечно-сосудистой системы.

У работающих в ночные смены снижается уровень лептина в крови, что в долгосрочной перспективе повышает риск ожирения. Одновременно, резко увеличивается выработка "гормона стресса" – кортизола и повышается кровяное давление.

Один из руководителей исследования, Франк Шир говорит: "Существуют убедительные доказательства увеличения риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и системы обмена веществ для работающих в ночные смены и по скользящему графику. В то же время, механизм этого явления еще предстоит понять".

Более ранние исследования на животных показали, что "замена дня на ночь" может привести к самым неприятным результатам и даже преждевременной смерти.

Исследования также показали, что ночные смены особенно опасны для женщин. Те из них, кто работают хотя бы три ночи в месяц на протяжении 15 лет, могут заболеть раком прямой кишки, шансы заболевания раком молочной железы также резко увеличиваются.

Ученые дают некоторые советы, которые помогут минимизировать вред, наносимый организму ночным трудом:

- работодатель должен позволить работнику несколько 20-минутных перерывов во время ночной смены, с тем, чтобы он мог подремать и несколько восстановить силы;
- работающим в ночные смены следует предоставлять больше выходных;
- после ночной смены следует спать в затемненном помещении;
- во время ночной смены и перед дневным сном следует избегать обильной еды, алкоголя и кофе.

Источник: MIGnews.com

Маниковская Н.С., Сумбаев Е.А.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «ПАРАЗИТ-ХОЗЯИН» НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ОНТОГЕНЕЗА ГЕПАТОТРЕМАТОД

Описаны морфофункциональные изменения в пищеварительных железах промежуточных и окончательных хозяев двух видов гепатотрематод: *Parafasciolopsis fasciolaemorpha* (Ejmont, 1932) от лося и *Opisthorchis felineus* (Rivolta, 1884) от кошки. Показана преемственность взаимоотношений в системе «паразит-хозяин» на разных стадиях онтогенеза трематод.

Ключевые слова: трематоды; марита; личиночные стадии; адаптации.

Manikovskaya N.S., Sumbaev E.A.

*Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo*

FUNCTIONAL MORPHOLOGY OF MUTUAL RELATIONS IN SYSTEM OF «PARASITE-HOST» AT DIFFERENT STAGES OF INDIVIDUAL DEVELOPMENT HEPATOTREMATODES

Morphofunctional changes in digestive glands of intermediate and definitive hosts of two kinds hepatotrematodes is resulted: *Parafasciolopsis fasciolaemorpha* (Ejmont, 1932) from an elk and *Opisthorchis felineus* (Rivolta, 1884) from a cat. The continuity of mutual relations in system «parasite-host» is shown at different stages of individual development hepatotrematod.

Key words: trematodes; marita; larva stages; adaptations.

При формировании паразитарной системы оба её участника (и паразит, и хозяин) выступают как элементы саморегулирующейся открытой динамической структуры. В силу саморегуляции эта система направлена на сохранение обоих партнеров [1, 2], поэтому необходима их взаимная адаптация (коадаптация).

Вопросы коадаптации паразита и хозяина рассматривались с разных сторон, однако лишь в некоторых работах придается значение тем компенсаторно-приспособительным механизмам, которые обеспечивают объединение двух столь биологически и таксономически отличных организмов.

Первым ученым, обратившим внимание на разнообразие типов паразитарных систем, был В.Н. Бек-

лемишев [3]. Следуя идее, что «понятие паразитарной системы относится не к виду в целом, а всегда только к популяции», он отмечал, что паразитарная система образуется «популяцией паразита вместе со всеми популяциями хозяев, непосредственно поддерживающими ее существование». Используя онтогенетические признаки паразитов и их хозяев (число видов хозяев, необходимых для завершения онтогенеза паразита, степень облигатности паразито-хозяинных связей и т.д.), В.Н. Беклемишев сделал попытку классифицировать паразитарные системы на простые и сложные дву- и трехчленные, а также множественные типы.

В паразитологии понятие «паразитарная система» часто ассоциируется не с числом видов паразитических организмов, её образующих, а с количеством стадий жизненного цикла паразита [4], хотя есть точка зрения, согласно которой эти стадии в рамках паразитарной системы выделяются в подсистемы, а также добавляется подсистема «свободноживущие стадии – внешняя среда» [5].

Целью данной работы было изучение функциональной морфологии взаимоотношений в системе «па-

Корреспонденцию адресовать:

Маниковская Наталья Сергеевна
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел.: раб. 8 (3842) 62-58-76; сот. +7-903-993-53-40.
E-mail: manikovskaya_ns@mail.ru

разит-хозяин» на разных стадиях онтогенеза трематод, паразитирующих в пищеварительных железах промежуточного и окончательного хозяина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для работы были взяты 2 вида трематод, паразитирующих на имагинальной стадии в печени млекопитающих: *Parafasciolopsis fasciolaemorpha* (Ejmont, 1932) от лося и *Opisthorchis felinus* (Rivolta, 1884) от кошки. Согласно морфо-экологической классификации Ошмарина П.Г. [6], их следует именовать гепатотрематодами. Для изучения личиночных стадий этих видов трематод мы взяли брюхоногих моллюсков *Bithynia leachi* (зараженного личинками *O. felinus*) из пресноводных водоёмов Кемеровской области и *Planorbarius corneus* (зараженного личинками *P. fasciolaemorpha*), которых набирали в месте их распространения — Березинском биосферном заповеднике.

Мариты сосальщиков и моллюсков фиксировали в 70°, 80°, 96°-х спиртах, спирт-формалине по Шафферу 1 : 9 и 10 %-ном нейтральном формалине. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином с докраской эозином, по методу Ван-Гизона и основному методу Маллори с докраской ядер литиевым кармином Орта. Для выявления белков применяли метод сулема-бромфеноловый синий (БФС) по Бонхеу. Для определения гликогена и мукопротеидов проводили ШИК-реакцию по Мак-Манусу с докраской ядер гемалауном Майера. Кислые мукополисахариды определяли окраской альциановым синим (АС) по Сидмену и Моури при рН 3,0 и 2,2 и окраской толудиновым синим (ТС) рН 2,0-5,0. Липиды выявляли окраской суданом чёрным В.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Взятые нами виды трематод несколько отличаются по своим жизненным циклам. *O. felinus* является триксенным паразитом, имеющим двух промежуточных (моллюск *Bithynia leachi* и рыбы сем-ва Карповые) и одного окончательного (плотоядные млекопитающие) хозяина. Эта паразитарная система, согласно классификации В.Н. Беклемишева [3], является сложной трехчленной, т.е. создается посредством взаимодействия одного вида паразита с одной или несколькими популяциями разных видов промежуточных, резервуарных и других категорий хозяев (переносчиков).

Трематода *P. fasciolaemorpha* также образует сложную паразитарную систему, однако варианты хозя-

ев у неё не столь разнообразны. На имагинальных стадиях *P. fasciolaemorpha* способен поражать как диких, так и домашних животных (крупный и мелкий рогатый скот), но чаще всего он регистрируется только у лосей (*Alces alces L.*), в популяции которых поражается около 57 % особей [7]. Интенсивность инвазии обычно составляет 3-4 тыс. паразитов в печени одного животного, реже 22-23 тыс., а иногда — до 114800 экземпляров. Согласно А.С. Рыковскому [8], *P. fasciolaemorpha* относится к группе партарельных паразитов, т.е. занимает лишь часть ареала хозяина. Наверное поэтому парафасциолопсис до сих пор не зарегистрирован восточнее Урала при наличии там высокой численности лосей, косули и других, восприимчивых к паразиту, животных хозяев [5].

С другой стороны, распространение парафасциолопсидоза среди копытных ограничивается ареалом его промежуточного хозяина — роговой катушки *Planorbarius corneus*, который встречается на территории Центральной и Восточной Европы.

Результаты исследования показали, что паразитирование имагинальных стадий *P. fasciolaemorpha* и *O. felinus* в печени способствует морфофункциональным перестройкам стенки желчных протоков печени, выраженным преобладанием пролиферативно-метапластических процессов. При этом пролиферация, гиперплазия и метаплазия с развитием фиброза являются показателями хронического течения болезни. В этом случае стенка протока выполняет роль ксенопаразитарного барьера, обеспечивая паразита питанием и осуществляя иммобилизацию паразита, предохраняя разрушение его эндостации в целом. Продуктивно-гиперпластическая активность не ограничивается только стенками желчных протоков печени, но и распространяется на протоки поджелудочной железы, хотя при этом в ней паразиты не располагаются. Это указывает на тканевую реактивность всей гепато-билиарной системы, которая выполняет роль защитного барьера.

При изучении зараженных моллюсков было отмечено, что партениты *P. fasciolaemorpha* и *O. felinus* располагаются в пищеварительной железе своих промежуточных хозяев более или менее равномерно. Инвазия железы *hepatopancreas* личинками трематод вызывает различные патологические изменения. Личинки преимущественно локализируются в соединительной ткани между ацинусами, а реже, при значительной инвазии, — в просвете долек железы моллюсков. В процессе роста личинок происходит увеличение их размеров, что приводит к сдавливанию и распаду соединительной ткани, а также самих ацинусов.

Известно, что на стадии паразитирования в пищеварительной железе моллюсков личинки трематод активно питаются и накапливают вещества (гликоген),

Сведения об авторах:

Маниковская Наталья Сергеевна, канд. биол. наук, ассистент кафедры общей биологии с основами генетики и паразитологии, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

Сумбаев Евгений Александрович, аспирант кафедры общей биологии с основами генетики и паразитологии, ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

которые являются для них источником энергии, используемым на последующих стадиях развития (например, стадии церкария). Однако при интенсивной инвазии количество гликогена в пищеварительной железе моллюска резко снижается, что способствует нарушению обменных процессов в его организме, т.е. развивается углеводная дистрофия.

Некоторыми авторами, одновременно со снижением количества гликогена в пищеварительной железе моллюсков в участках локализации паразитов, наблюдается уменьшение липидов (например, нейтрального жира) – жировая дистрофия.

Результаты исследования функциональной морфологии взаимоотношений в системе «паразит-хозяин» на разных стадиях онтогенеза гепатотрематод показали, что два разных вида, паразитирующие преимущественно в желчных протоках печени на имагинальных стадиях развития, вызывают идентичные пролиферативно-метапластические процессы, как в этом органе, так и в поджелудочной железе. В то же время, нами отмечено, что *P. fasciolaemorpha* и *O. felineus* на личиночных стадиях развития в промежуточном хозяине вызывают изменения в пищеварительной железе, выраженные различными видами дистрофий.

Микроморфологические исследования указывают на то, что в процессе эволюции у трематод на разных стадиях онтогенеза возникают компенсаторно-приспособительные реакции, помогающие им адап-

тироваться к обитанию в одном и том же органе пищеварительной системы как промежуточного, так и окончательного хозяина. При этом прослеживается преемственность, сочетающая уровень паразита и уровень хозяина, т.е. личиночные стадии *P. fasciolaemorpha* и *O. felineus* развиваются в беспозвоночных – брюхоногих моллюсках, а достижение половой зрелости этих трематод происходит в организме высших позвоночных животных и человека.

Устойчивость динамической коадаптации в системе «паразит – хозяин», обуславливается цикличностью жизненно необходимых процессов. Данные Л.В. Начевой [9] и Е.И. Воробьевой [10] свидетельствуют, что принцип циклизации является фактором адаптогенеза паразитарной системы.

ВЫВОДЫ:

1. Взаимоотношения в системе «паразит – хозяин» на разных стадиях онтогенеза трематод характеризуются преемственностью.
2. На личиночной и имагинальной стадиях трематоды паразитируют в одном и том же органе пищеварительной системы таксономически разных хозяев.
3. Все указанные процессы способствуют постепенной адаптации паразита к формированию паразитарной системы в целом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Логачев, Е.Д. Пути развития эволюционной гельминтологии (в порядке постановки проблемы) /Е.Д. Логачев //Работы по гельминтологии. – М.: Наука, 1981. – С. 112-118.
2. Беляков, В.Д. Проблемы саморегуляции паразитарных систем и механизмы развития эпидемического процесса /В.Д. Беляков //Вестник АМН СССР. – 1993. – № 5. – С. 3-9.
3. Беклемишев, В.Н. Биоценологические основы сравнительной паразитологии /В.Н. Беклемишев. – М.: Наука, 1970. – 501 с.
4. Ройтман, В.А. Паразитарные системы: понятия, концепции, структуры, свойства, функции в экосистемах /В.А. Ройтман, С.А. Беэр //Успехи общей паразитологии: тр. Института паразитологии. Т. XLIV. – М.: Наука, 2004. – С. 273-317.
5. Маклакова, Л.П. Динамика территориальных гельминтологических комплексов в условиях интенсивной хозяйственной деятельности /Л.П. Маклакова, А.С. Рыковский /Успехи общей паразитологии: тр. Института паразитологии. Т. XLIV. – М.: Наука, 2004. – С. 203-210.
6. Ошмарин, П.Г. К изучению специфической экологии гельминтов /П.Г. Ошмарин //ДВФил. АН СССР. – Владивосток, 1959. – 111 с.
7. Литвинов, В.Ф. Трематодозы диких копытных Белоруссии: науч.-практ. пособие /В.Ф. Ливанов, Н.Ф. Карасев. – Мн.: Ураджай, 1981. – 63 с.
8. Рыковский, Л.С. Экологические закономерности формирования и динамики гельминтофауны лося /Л.С. Рыковская //IX Совещ. по паразитол. пробл. – М.: АН СССР, 1957. – С. 216-218.
9. Начева, Л.В. Морфоэкологический анализ и эволюционная динамика тканевых систем трематод, реактивность их органов и тканей при действии антигельминтиков /Л.В. Начева: Автореф. дис. ... докт. биол. наук. – М., 1993. – 57 с.
10. Воробьева, Е.И. Эколого-морфологические исследования систем «паразит-хозяин» при паразитировании трематод в разных эндостациях у млекопитающих /Е.И. Воробьева: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алма-Ата, 1992. – 25 с.

Язова М.А., Грачева Т.Ю.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кемеровский областной суд,
г. Кемерово*

ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ УДОСТОВЕРЕНИЯ ЗАВЕЩАНИЙ В БОЛЬНИЦАХ

Имеется проблема реализации законного права пациентов по удостоверению завещания. Авторами изучаются теоретический и практический аспекты проблемы. Предлагается изменение программ обучения по вопросам нотариального и врачебного заверения завещаний в больницах.

Ключевые слова: медицинское право; удостоверение завещания.

Yazova M.A., Grachova T.Y.

*Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo*

PROBLEMATIC ASPECTS OF THE CERTIFICATION OF WILLS IN THE HOSPITALS

There is a problem in realization of patients' legal right of attestation of will. The authors study theoretical and practical aspects of the problem. The work proposes changes in teaching programmes on the questions of notarial and medical attestation of wills.

Key words: medical law; attestation of will.

Представилось актуальным изучить нормативно-правовые акты по сложному вопросу удостоверения завещаний в больнице, а также фактическое положение дел и перспективы обучения врачей в этой области.

В соответствии с п. 1 ч. 1 статьи 1127 Гражданского кодекса Российской Федерации завещания граждан, находящихся на излечении в больницах, госпиталях, других стационарных лечебных учреждениях или проживающих в домах для престарелых и инвалидов, удостоверенные главными врачами, их заместителями по медицинской части или дежурными врачами этих больниц, госпиталей и других стационарных лечебных учреждений, а также начальниками госпиталей, директорами или главными врачами домов для престарелых и инвалидов приравняются к нотариально удостоверенным завещаниям.

Совершение приравненных к нотариальным завещаний имеет особенности. Во-первых, законодатель четко определяет круг лиц, могущих удостоверить завещание гражданина, находящегося на излечении в

больнице. Из смысла приведенной нормы права следует, что завещание граждан, составленное в больнице, может быть удостоверено либо главным врачом, либо его заместителем, либо дежурным врачом, и этими же лицами направлено соответствующему нотариусу.

Следует особо отметить, что право удостоверения завещаний имеют только те должностные лица, которые прямо указаны в законе. Как правило, удостоверяют завещания руководители, то есть главные врачи лечебных учреждений. Следует согласиться с мнением О.Г. Курносковой, что заменить, например, главного врача не может лечащий врач или какой-либо иной врач. Как справедливо отмечается в литературе, исключения составляют ситуации, когда лечащий врач одновременно является дежурным врачом больницы, где гражданин находится на излечении. Однако в лечебных учреждениях, наряду с главным врачом, завещания вправе удостоверить заместители главного врача по медицинской части или дежурные врачи, что связано со спецификой работы указанных заведений. Это право предоставлено им только в отношении находящихся на излечении лиц или лиц, проживающих в домах для престарелых. Между тем, верно отмечает С.П. Гришаев, заместитель главного врача по административно-хозяйственной части не наделен правом удостоверения завещаний. Как правило, главный врач лечебного учреждения имеет заместителей не только по медицинской части, но и по амбулаторно-поликлинической части, по

Корреспонденцию адресовать:

Грачева Татьяна Юрьевна,
650029, Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел. дом.: 8 (3842) 33-15-46.
E-mail: medpravo@bk.ru

ГО и ЧС, по коммерческой работе, по социальной работе, по стоматологии и др. Однако, завещание гражданина, находящегося на излечении в больнице, не может быть подписано ни одним из перечисленных заместителей главного врача, кроме как по медицинской части, так как перечень должностей в законе закрытый. Это означает, что какие-либо иные должностные лица, кроме перечисленных в п. 1 ст. 1127 ГК РФ, не имеют права удостоверять завещания.

Кроме того, данная статья предусматривает, что правом удостоверения завещаний лиц, находящихся на излечении в стационарном лечебном учреждении, наделены дежурные врачи лечебных учреждений. Как правильно отмечает М.Н. Долгова, правом удостоверять завещания граждан, находящихся на стационарном излечении, наделены дежурные врачи непосредственно самих больниц, а не их отделений. Если завещание лица, находящегося на излечении в больнице, было удостоверено дежурным врачом, следует проверять, дежурным врачом больницы или отделения являлось лицо, удостоверившее завещание, так как дежурный врач отделения не наделен правом удостоверения завещаний.

Кроме того, имеет значение в данной ситуации, был ли назначен данный дежурный врач приказом главного врача лечебного учреждения ответственным дежурантом по всему учреждению.

Во-вторых, обращает на себя внимание пункт 4 статьи 1127 ГК РФ, закрепляющий право гражданина, намеревающегося совершить завещание, пригласить для этого нотариуса, если имеется разумная возможность выполнить это желание. Возникает вопрос, нет ли противоречия, когда в пункте 1 статьи 1127 ГК РФ закреплено, что удостоверяет завещание главный врач, а в пункте 4 этой же статьи – нотариус. Думается, что нет.

Безусловно, обращение к нотариусу обеспечивает завещателю более грамотное оформление завещания, что и учтено в п. 4 настоящей статьи, предусматривающем приглашение нотариуса для удостоверения завещания в больницы, госпитали и другие стационарные лечебные учреждения.

Однако закон говорит о желании, а не об обязанности гражданина. Не всегда представляется возможным и реализовать такое желание гражданина, в силу различных причин. Например, в случае отдаленности нахождения нотариуса от больницы, где находится на излечении гражданин, либо в случае ночного времени суток. Поэтому, вероятно, не всегда возможно применение п. 4 ст. 1127 ГК РФ на практике, когда желание гражданина пригласить нотариуса имеется, но удостоверит завещание все-таки не нотариус, а управомоченное на это лицо медицинского учреждения.

В третьих, удостоверение завещаний, в том числе должностными лицами лечебных учреждений, предполагает их надлежащее оформление и порядок их удостоверения.

К завещаниям, приравненным к нотариальным, применяются те же правила, что и к нотариально удостоверенным завещаниям (ст. 1124, 1125).

Должностные лица лечебного учреждения должны оказывать содействие гражданам, находящимся на излечении в этих учреждениях или проживающим в домах для престарелых и инвалидов и желающим удостоверить завещание.

В этих целях, согласно Инструкции о порядке удостоверения завещаний главными врачами, их заместителями по медицинской части или дежурными врачами больниц, других стационарных лечебно-профилактических учреждений, санаториев, а также директорами и главными врачами домов для престарелых и инвалидов, утвержденной Министерством юстиции СССР 20 июля 1974 года, согласованной с Министерством здравоохранения СССР, министерствами социального обеспечения союзных республик и действующей до сих пор, должностное лицо, в частности:

- разъясняет им их права и обязанности, вытекающие из завещания (пп. 14, 21, 22, 23);
- предупреждает о последствиях, возникающих в связи с удостоверением завещаний;
- разъясняет порядок изменения завещания, отмены завещания; в необходимых случаях по просьбе граждан составляет проекты завещаний.

В этой связи возникает вопрос: чтобы лицо, удостоверяющее завещание, должным образом выполнило возложенные на него обязанности, оно, по крайней мере, должно знать правила и порядок его оформления. Врач должен обладать достаточными юридическими знаниями для того, чтобы правильно составить документ, удостоверить завещание, соблюсти процедуру и т.д. Практика показывает, что случаи удостоверения завещаний должностными лицами лечебных учреждений встречаются крайне редко. Нами был предпринят опрос 28 врачей некоторых лечебных учреждений г. Кемерово: Областной клинический госпиталь для ветеранов войн, Кемеровская областная клиническая больница, НУЗ «Отделенческая больница на станции Кемерово» ОАО РЖД. Выявлено, что за весь период существования Областного клинического госпиталя для ветеранов войн и НУЗ ОБ на ст. Кемерово не было ни одного такого случая. В Кемеровской областной клинической больнице за 12 последних лет подобных случаев также не встречалось.

В Кемеровской государственной медицинской академии (КемГМА) студентам лечебного факультета читают курс лекций по правведению, в который не входят вопросы, касающиеся наследственного пра-

Сведения об авторах:

Язова Маргарита Александровна, соискатель Томского государственного университета, помощник судьи Кемеровского областного суда, г. Кемерово, Россия.

Грачева Татьяна Юрьевна, доктор мед. наук, зав. кафедрой медицинского права ГОУ ВПО «КемГМА Росздрави», г. Кемерово, Россия.

ва. Предмет «медицинское право» в КемГМА существует всего полтора года. Этот курс медицинского права читается интернам, клиническим ординаторам и врачам на циклах тематического усовершенствования, первичной переподготовки, сертификационных циклах по окончании шестилетнего периода обучения в академии. Данный курс предусматривает наследственное право в рамках лекций «Права пациента», в которые не входят вопросы об удостоверении завещаний должностными лицами лечебных учреждений. И только цикл Тематическое усовершенствование «Вопросы медицинского права для руководителей медицинских учреждений» предусматривает изучение правил удостоверения завещаний в соответствии со ст. 1127 ГК РФ. Между тем, любой из врачей больницы может быть назначен ответственным дежурным врачом, уполномоченным на удостоверение завещаний в соответствии с п. 1 ст. 1127 ГК РФ. Вероятно, что было бы неплохо читать лекции об удостоверении завещаний должностными лицами лечебных учреждений не только руководителям таких учреждений, но и всем врачам стационарных лечебных учреждений.

Нами также был проведен опрос нотариусов г. Кемерово по исследуемому вопросу. Выборочно взяты данные у нотариуса одного из крупных нотариальных участков Заводского района г. Кемерово, из которых видно, что не было ни одного случая, чтобы из больницы поступало завещание, удостоверенное врачом. Это связано, на наш взгляд, не только с тем, что граждане боятся, что завещание в последующем в судебном порядке может быть признано недействительным, но и с тем, что сами врачи стараются избегать заверения завещаний.

К сожалению, при удостоверении завещаний другими лицами, то есть не нотариусами, довольно часто допускаются нарушения. Поэтому граждане, находящиеся на излечении в больницах и желающие совершить завещание, обычно на практике приглашают для этого нотариуса.

Таким образом, при изучении данного вопроса выявлена правовая лакуна; имеется серьезная необходимость в повышении правовых знаний практических врачей и юристов для реализации законных прав пациентов по надлежащему удостоверению завещаний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гришаев С.П. Комментарий к законодательству о наследовании. / Подготовлен для системы КонсультантПлюс. 2009.
2. Долгова М.Н. Споры о наследстве: как выиграть дело в суде? / ГроссМедиа, «РОСБУХ», 2008.
3. Курноскина О.Г. Как грамотно составить завещание. / Феникс. 2006.
4. Раскостова Р. Формы завещаний и условия их действительности // Наследственное право, 2008. № 2. С.15-17.
5. Слободян С.А. О форме завещания в соответствии с гражданским законодательством РФ // Нотариус, 2009. № 3. С. 15-22.

ЖИТЬ ПО СОСЕДСТВУ С БОГАТЫМИ И УДАЧЛИВЫМИ ВРЕДНО ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Жить в соседстве или дружить с состоятельным и удачливым человеком, который не скрывает своего достатка и успехов, не безопасно для здоровья. Этот факт установили ученые из американского Чикагского университета. Отчеты об их исследованиях опубликовала лондонская газета "Дейли Мейл".

Как оказалось, постоянные свидетельства богатства соседа создают у обладателя небольшого банковского счета устойчивый стресс, который ведет к общему ослаблению иммунной системы человека. В результате более бедного соседа начинают беспокоить постоянные болезни. В первую очередь, страдает сердечно-сосудистая система, обнаружили американские специалисты. Зависть к чужому успеху и богатству также ведет к развитию диабета.

В этих условиях ученые советуют либо поменять район проживания, либо изменить стиль жизни, который исключит постоянные мысли о богатстве и успехах других.

Источник: Ami-tass.ru

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ В ЖУРНАЛ «МЕДИЦИНА В КУЗБАССЕ»

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Журнал «Медицина в Кузбассе» является рецензируемым, периодическим (выходит 4 раза в год) печатным изданием, публикующим наиболее важные научные и научно-практические достижения, краткие научные сообщения, дискуссии, письма читателей, нормативно-правовую и рекламную информацию в области медицины, медицинского образования и здравоохранения.

Представляемые в редакцию материалы должны отличаться четкой и ясной формой изложения, доступной для широкого круга специалистов медицинского профиля.

Принятые к рассмотрению рукописи направляются на рецензирование внешним рецензентам. Окончательное решение о публикации статьи принимается редакционной коллегией на основании мнения рецензентов. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать материалы статьи.

Статьи, опубликованные ранее или направленные в другие журналы, присылать нельзя. Научные статьи, оформленные не в соответствии с правилами, не рассматриваются и не рецензируются.

Статьи, представляемые в журналы авторами, печатаются бесплатно, за исключением материалов, содержащих рекламу.

Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ РУКОПИСИ

Общие правила. Рукопись должна быть представлена в редакцию в двух экземплярах, подписанных всеми авторами. На первой странице — виза руководителя учреждения, заверенная печатью. К работе прилагается письмо-сопровождение, подтверждающее передачу прав на публикацию, с указанием, что данный материал не был опубликован в других изданиях, и направление к публикации с экспертным заключением руководителя учреждения об отсутствии в материале сведений, не подлежащих опубликованию.

К публикации принимаются статьи только при соблюдении следующих условий. Если в статье имеется описание исследований с участием людей, необходимо указать, соответствовали ли они этическим стандартам биоэтического комитета (входящего в состав учреждения, в котором выполнялась работа), разработанными в соответствии с Хельсинской декла-

рацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266. Все лица, участвующие в исследовании, должны дать информированное согласие на участие в исследовании. В статьях, описывающих эксперименты на животных, необходимо указать, что они проводились в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных» (Приложение к приказу Министерства здравоохранения СССР от 12.08.1977 г. № 755). Копии всех материалов хранятся у авторов.

Формат. Печатать текст и остальные компоненты статьи следует на белой бумаге формата А4 с размером полей не менее 2,5 см справа, слева, сверху и снизу, на одной стороне листа через 1 междустрочный интервал, используя шрифт Times New Roman, размер 14 пунктов. Страницы должны быть пронумерованы арабскими цифрами в верхнем или нижнем правом углу, начиная с титульной. Общий объем оригинальной статьи не должен превышать 10, обзорной работы — 14, кратких сообщений — 4 страниц машинописного текста.

Титульный лист содержит название статьи, фамилии, имена и отчества авторов, их ученые степени и звания, должности, полное название учреждения(й), где выполнялась работа, на русском и английском языках; фамилию и ученое звание руководителя; фамилию, ученую степень и звание, должность, почтовый и электронный адрес, телефон, должность автора, ответственного за переписку с редакцией.

Авторство. Данные об авторах указываются в последовательности, которая определяется их совместным решением и подтверждается подписями на титульном листе. В обязательном порядке указываются: фамилия, имя, отчество всех авторов полностью (на русском и английском языке); должность, звание, ученая степень; полное название организации — место работы каждого автора в именительном падеже, страна, город (на русском и английском языке); адрес электронной почты для каждого автора; корреспондентский почтовый адрес и телефон для контактов с авторами статьи (один на всех авторов).

Иные лица, внесшие вклад в выполнение работы, недостаточный для признания авторства (не могущие принять на себя ответственность за содержание работы, но оказавшие техническую, финансовую, интеллектуальную помощь), должны быть перечислены (с их письменного согласия) в разделе «Выражение признательности» после текста статьи.

Резюме и ключевые слова (на русском и английском языках). В резюме объемом не более 250 слов должны быть отражены предмет исследования (наблюдения), цель, методы, основные результаты, область их применения и выводы. Далее следуют 5-8 ключевых слов.

Рубрикация. Оригинальная статья обычно имеет следующую композицию: введение, методы (материал и методы), результаты, обсуждение, заключение (выводы). В больших статьях главы «Результаты» и «Обсуждение» могут иметь подзаголовки. В обзорах, описаниях случаев возможна другая структура текста.

Библиографические ссылки должны быть сверены с оригиналами и приведены под заголовком «Литература» на отдельном листе в порядке цитирования, либо в алфавитном порядке для обзоров литературы. В тексте ссылки нумеруются в квадратных скобках: [1], [3-6], [8, 9]. Библиографическое описание выполняется на основе ГОСТ Р 7.0.5-2008 («Библиографическая запись. Библиографическое описание»). Использовать не более 15 литературных источников последних 10 лет (до 50 источников в обзорах).

Иллюстрации. Рисунки, графики, схемы, фотографии представляются в конверте в двух экземплярах, нумеруются и подписываются с указанием «верх», фамилией первого автора и началом названия статьи на приклеенном на обороте ярлычке. Подписи к иллюстрациям прилагаются на отдельном листе с нумерацией рисунка. В тексте и на левом поле страницы указываются ссылки на каждый рисунок в соответствии с первым упоминанием в тексте. Иллюстрации должны быть четкими, пригодными для воспроизведения, их количество, включая а, б и т.д., — не более восьми. Для ранее опубликованных иллюстра-

ций необходимо указать оригинальный источник и представить письменное разрешение на воспроизведение от их автора (владельца).

Таблицы нумеруются, если их число более одной, и последовательно цитируются в тексте (применяемо не больше пяти). Каждый столбец должен иметь краткий заголовок, пропуски в строках (за отсутствием данных) обозначаются знаком тире. На данные из других источников необходима ссылка. Дублирование одних и тех же сведений в тексте, графиках, таблицах недопустимо.

Сокращения. Следует ограничиться общепринятыми сокращениями (ГОСТ 7.12-93 для русского и ГОСТ 7.11-78 для иностранных европейских языков), избегая новых без достаточных на то оснований. Аббревиатуры расшифровываются при первом использовании терминов и остаются неизменными по всему тексту. Сокращения, аббревиатуры в таблице разъясняются в примечании.

ЭЛЕКТРОННАЯ ВЕРСИЯ

К рукописи, принятой для публикации, должен быть приложен окончательный электронный вариант статьи и иллюстративного материала на CD-диске 200 МВ или 700 МВ (высокого качества). Текстовая информация предоставляется в редакторе Word for Windows; таблицы и графики — в Microsoft Excel; фотографии и рисунки — в формате TIF с разрешением 300 точек, векторные изображения — в EPS, EMF, CDR. Размер изображения должен быть не менее 4,5 × 4,5 см, по площади занимать не более 100 см². Диск должен быть четко подписан (автор, название статьи и журнала, программы обработки текстов).



СМЕЯТЬСЯ НЕ МЕНЬШЕ 30 РАЗ В ДЕНЬ СОВЕДУЮТ БРИТАНСКИЕ МЕДИКИ

Смех помогает человеку сохранять здоровье, укрепляет его иммунную систему, а также позволяет чувствовать себя счастливым. Таков вывод опроса общественного мнения, который провела в Великобритании компания «Мальтезрс».

В ходе исследований 81 % респондентов заявили, что смех помогает им "быть счастливыми", а для 50 % веселая шутка — отличный способ снять стресс.

В свою очередь, британские медики советуют человеку смеяться не менее 30 раз в сутки. Это позволит поддерживать здоровье, лучше работать и сохранять хорошие личные отношения с близкими и знакомыми.

Для того, чтобы поддерживать хорошую "смеховую форму", они советуют постоянно искать в житейских ситуациях веселую сторону, а также как можно больше улыбаться жизни.

Источник: Ami-tass.ru



ИЗ НОВЫХ ПОСТУПЛЕНИЙ В КЕМЕРОВСКУЮ ОБЛАСТНУЮ НАУЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ БИБЛИОТЕКУ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Беларусь: обзор системы здравоохранения /Э. Ричардсон, В. Бурма, И. Малахова и др. – Б.м.: ВОЗ, 2008. – 157 с. – (Системы здравоохранения: время перемен; Том 10 № 6/2008). (Шифр ОНМБ 614.2(476) Б43).
2. Кульжанов, Максут. Казахстан: обзор системы здравоохранения /М. Кульжанов, Б. Речел. – Б.м.: ВОЗ, 2008. – 207 с. – (Системы здравоохранения: время перемен; Том 9 № 7/2007). (Шифр ОНМБ 614.2(574) К90).
3. Медик, В.А. Статистика здоровья населения и здравоохранения: учебное пособие /В.А. Медик, М.С. Токмачев. – М.: Финансы и статистика, 2009. – 368 с. (Шифр ОНМБ 614.2:311(075) М42).
4. Медицинская профилактика. Современные подходы: руководство /под ред. А.И. Вялков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 232 с. (Шифр ОНМБ 614.2(035) М42).
5. Менеджмент в здравоохранении /Н.Г. Петрова, Н.И. Вишняков, Е.Н. Пенюгина, И.В. Додонова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 256 с. (Шифр ОНМБ 614.2:65.01 М50).
6. Молдова: обзор системы здравоохранения /Р. Антун, Э. Ричардсон, С. Шишкин и др. – Б.м.: ВОЗ, 2008. – 185 с. – (Системы здравоохранения: время перемен; Том 10 № 5/2008). (Шифр ОНМБ 614.2(478) М75).
7. Мониторинг законодательства, регулирующего оплату труда в медицинских организациях. – М.: Медиздат, 2009. – 88 с. – (Б-ка гл. врача; Прил. к журн. «ГлавВрач» № 7/2009). (Шифр ОНМБ 614.2:331.22 М77).
8. Пирогов, М.В. Автоматизация процесса разработки медицинских стандартов. Программный комплекс «Клинико-экономический и фармакологический интерфейс» /М.В. Пирогов. – М.: Медиздат, 2009. – 101 с. – (Б-ка гл. врача; Прил. к журн. «ГлавВрач» № 9/2009). (Шифр ОНМБ 614.2:338 П33).
9. Применение клинической информационной системы ДОКА+: сб. ст. /сост., ред. Е.И. Шульман, Г.З. Рот. – Новосибирск, 2009. – 115 с. (Шифр ОНМБ 614.2:004 П76).
10. Старовойтова, И.М. Медицинская экспертиза: экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная, военно-врачебная /И.М. Старовойтова, К.А. Саркисов, Н.П. Потехин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 606 с. (Шифр ОНМБ 616-036.865 С77).

МЕДИЦИНСКАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ

11. Воротынцева, Н.С. Рентгенопульмонология. Стратегия и тактика получения и анализа рентгеновского изображения в пульмонологии: учебное пособие /Н.С. Воротынцева, С.С. Гольев. – М.: МИА, 2009. – 280 с. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM). (Шифр ОНМБ 616.24-073.75 В75).
12. Кассар-Пулличино, В.Н. Спинальная травма в свете диагностических изображений /В.Н. Кассар-Пулличино, Х. Имхоф. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 264 с. (Шифр ОНМБ 616.711-001.5 К28).
13. Кулезнева, Ю.В. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении острого аппендицита /Ю.В. Кулезнева, Р.Е. Израйлов, З.А. Лемешко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 72 с. – (Актуальные вопр. медицины). (Шифр ОНМБ 616.346.2-002 К90).
14. Лучевая диагностика в педиатрии: национальное руководство /под ред. А.Ю. Васильева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 368 с. – (Национальный проект «Здоровье»). (Шифр ОНМБ 616-053.2-073.75 Л87).
15. Лучевая диагностика в стоматологии: национальное руководство /под ред. А.Ю. Васильева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с. – (Национальный проект «Здоровье»). (Шифр ОНМБ 616.31-073.75 Л87).
16. Неотложная радиология: в 2-х частях. Часть 1. Травматические неотложные состояния /под ред. Б. Маринчека. – М.: Видар, 2008. – 342 с.; Часть 2. Нетравматические неотложные состояния /под ред. Б. Маринчека. – М.: Видар, 2009. – 401 с. (Шифр ОНМБ 616-073.432.19 Н52).
17. Озерская, И.А. Хроническая тазовая боль у женщин репродуктивного возраста. Ультразвуковая диагностика /И.А. Озерская, М.И. Агеева. – М.: Видар, 2009. – 299 с. (Шифр ОНМБ 618.13-009.7 О-46).
18. Фишер, Уве. Маммография. 100 клинических случаев: руководство: пер. с англ. /У. Фишер, Ф. Баум. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 368 с. (Шифр ОНМБ 618.19-073.75 Ф68).

ХИРУРГИЯ. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

19. Браун, Д.Л. Атлас регионарной анестезии /Д.Л. Браун; под ред. В.К. Гостищева. – М.: Рид Элсивер, 2009. – 464 с. (Шифр ОНМБ 617-089.5(084.4) Б87).
20. Казарезов, М.В. Пластическая хирургия /М.В. Казарезов, А.М. Королева, А.В. Домников. – Новосибирск: ЛОНЦ, 2009. – 380 с. (Шифр ОНМБ 617-089.844(035) К14).
21. Самодай, В.Г. Нестандартная хирургия критической ишемии нижних конечностей /В.Г. Самодай, Ю.А. Пархисенко, А.А. Иванов. – М.: МИА, 2009. – 240 с. (Шифр ОНМБ 616.13-002.18 С17).
22. Скандалакис, Дж. Оперативная хирургия /Дж. Скандалакис, Л. Скандалакис. – М.: Практика, 2009. – 704 с. – (Зарубеж. практ. руководства по медицине; № 15). (Шифр ОНМБ 617-089 С42).
23. Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы 18 Рос. симпозиума с междунар. участием, 9-11 сент. 2009 г., Ижевск. – Ижевск, 2009. – 376 с. (Шифр ОНМБ 616.43-089 С56).
24. Федоров, И.В. Эндоскопическая хирургия: практ. руководство /И.В. Федоров, Е.И. Сигал, Л.Е. Славин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 544 с. – (Б-ка врача-специалиста). (Шифр ОНМБ 617-089-072.1 Ф33).

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

25. Бровкина, А.Ф. Болезни орбиты: руководство для врачей /А.Ф. Бровкина. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2008. – 256 с. (Шифр ОНМБ 617.76(035) Б88).
26. Возрастная макулярная дегенерация. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2009. – 84 с. – (Ex libris «Офтальмол. ведомости»). (Шифр ОНМБ 617.735 В64).
27. Избранные лекции по детской офтальмологии /под ред. В.В. Нероева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 184 с. – (Б-ка врача-специалиста). (Шифр ОНМБ 617.7-053.2 И32).
28. Кацнельсон, Л.А. Клинический атлас патологии глазного дна /Л.А. Кацнельсон, В.С. Лысенко, Т.И. Балишанская. – 4-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 120 с. (Шифр ОНМБ 617.735(084.4) К30).
29. Офтальмопатология при общих заболеваниях: руководство для врачей /Х.П. Тахчиди, Н.С. Ярцева, Н.А. Гаврилова и др. – М.: Литтера, 2009. – 240 с. – (Практ. руководства). (Шифр ОНМБ 617.7-06(035) О-91).
30. Пенн, Роберт Б. Окулопластика: [атлас] /Роберт Б. Пенн; пер. с англ. Т.В. Бакаевой; под ред. Я.О. Груши. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 285 [1] с.: цв. ил. – (Атласы по офтальмологии). (Шифр ОНМБ 617.7-089.844 П25).

КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ НАУЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

✉ 650061 г. Кемерово, пр. Октябрьский, 22;
☎ (8-3842) 72-19-91 (директор), 72-89-59 (абонемент),
72-71-91 (информ.-библиогр. отдел); Факс (8-342) 72-19-91;

E-mail: medibibl@kuzdrav.ru
http://www.kuzdrav.ru/medlib
☎ 8-18; суббота – 9-17; выходной день – воскресенье.