

*Гомеостаз и эндоэкология***ВОЗМОЖНОСТИ ТЕПЛОВИЗИОННОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ СПАЕК**

Воробьев А.А., Поройский С.В., Засыпкина О.А.,
Дворецкая Ю.А., Алифанов С.А.

*Волгоградский Государственный Медицинский
Университет, Волгоград, Россия*

Зачастую в клинической практике хирург сталкивается уже с осложнениями спаечной природы, что несомненно сказывается на результате хирургических вмешательств. В свою очередь успех лечения зависит от ранней диагностики и своевременно начатого лечения. Цель: дать экспериментальное обоснование возможностей тепловизионного метода в диагностике послеоперационных спаек брюшной полости. Эксперимент был проведен на 15 взрослых беспородных котах весом от 2,5 до 4 кг. Животные были разделены на 2 группы: в 1 группе (7 животных) - животные не подвергались хирургическому воздействию, во 2 группе (8 животных) - осуществлялось моделирование стандартной операционной травмы. Тепловизионное обследование выполнялись трижды: перед нанесением стандартной операционной травмы, на 10 и 30 сутки после нее. После последнего тепловизионного исследования выполнялась релапаротомия, идентификацией образовавшихся сращений, взятие ткани сращений для проведения гистологического исследования. Термограммы передней поверхности области живота в 1 группе характеризовались вариабельностью тепловизионной картины, связанной с физиологической асимметрией. Температурный градиент между областями не превышал 1,3 С°. В опытной группе регистрировались участки гипертермии различные по размерам и интенсивности. Преимущественным расположением зон гипертермии во всех случаях являлась область послеоперационного рубца. Термоасимметрия составила от 0,9 до 1,3 С°. При релапаротомии во 2 группе было обнаружено соответствие зон термоасимметрии расположению и протяженности мест фиксации висцеро-лапаротомных спаек. Гистологически в спайках удельный объем соединительной ткани составил 0,8±0,06 мкм³/мкм³, ее основной объем был образован плотной соединительной тканью 0,6±0,08 мкм³/мкм³. В спайках преобладала распространенная очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация, обнаружено умеренное количество артериол. Таким образом, тепловизионный метод эффективен в диагностике послеоперационных спаек брюшной полости. Визуализация спаек связана с протекающими в них неоангиогенезом и воспалительным процессом, принимающего характер хронического.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСРЕГУЛЯЦИЯ БРЮШИНЫ ПРИ ОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЕ РАЗЛИЧНОГО ОБЪЁМА

Воробьев А.А., Поройский С.В., Максимова И.А.,
Засыпкина О.А., Дворецкая Ю.А.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоградский научный центр РАМН и
Администрации Волгоградской области Волгоград, Россия*

Введение: Влияние операционной травмы на функциональную способность брюшины до настоящего времени остаётся недостаточно изученным вопросом

Цель: определить влияние объема операционной травмы на резорбцию брюшины.

Материалы и методы: разработана, запатентована и применена новая экспериментальная модель, позволяющая оценить резорбционную способность брюшины. В эксперименте 90 половозрелых самок крыс линии Wistar. Для оценки физиологической резорбции брюшины интактным животным в течение 4 дней внутрибрюшинно вводилась стандартная доза раствора этиминала (40 мг/кг). На 4 сутки всем животным проводилось оперативное вмешательство: 1 группа - стандартная операционная травма, 2 группа - ампутация матки и 3 группа-ампутация матки с яичниками. Резорбционная функция брюшины в течении 7 суток оценивалась опосредованно, путем внутрибрюшинного введения этиминала и измерения временного промежутка, необходимого для вхождения животного в стадию хирургического сна.

Результаты: применение экспериментальной модели исследования резорбционной функции брюшины определило, что у интактных животных время физиологической резорбции составило 5,15±0,89 мин. Резорбция при операционной травме различной интенсивности составила: в **1 группе:** 1сут-9,8±0,5; 2сут-8,2±0,7; 3сут-7,1±0,7; 4сут-5,8±0,7; **5сут-5,2±0,5;** 6сут-5,1±0,7; 7сут-5,1±0,5; во **2 группе:** 1сут-10,1±0,6; 2сут-9,0±0,5; 3сут- 7,8±0,6; 4сут-6,8±0,4; 5сут-6,1±0,4; **6сут-5,1±0,4;** 7сут-4,8±0,7; в **3 группе:** 1сут-11,3±1,0; 2сут- 9,3±1,7; 3сут- 8,3±0,7; 4сут- 7,3±0,5; 5сут-6,5±0,5; 6сут- 5,8±0,4; **7сут-5,1±0,4.**

Выводы: таким образом, брюшина реагирует на операционную травму в виде обратимого снижения резорбционной функции брюшины, при этом обнаруживается прямая зависимость степени функциональных нарушений от объема операционной травмы.

ДЕЗАДАПТИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО (МЕДИЦИНСКОГО) ОБРАЗОВАНИЯ

Гордашников В.А., Осин А.Я.

*Владивостокский базовый медицинский колледж
Владивостокский государственный медицинский
университет, Владивосток, Россия*

Процесс дезадаптации личности является полярным адаптации и по своей сущности деструктивным явлением. Процесс дезадаптации - это определенный ход внутриспсихических процессов и поведения, который приводит не к разрешению проблемной ситуации, а к усугублению ее, к усилению трудностей и вызывающих ее неприятных переживаний. Дезадаптация может иметь как патологический, так и непатологический характер. Непатологическая адаптация характеризуется отклонениями в поведении и переживаниями субъекта, связанными с недостаточной социализацией, социально – неприемлемыми установками личности, резкой сменой условий существования, разрывом значимых межличностных отношений и др.

Дезадаптационные состояния и конфликты могут быть истоком глубоких отклонений в поведении субъектов. Конфликт вызывает и усугубляет дезадаптацию или сам порождает дезадаптацию. Выделены объективные и субъективные признаки дезадаптации. К объективным признакам отнесены: изменение поведения субъекта в социальной сфере, несоответствие поведения своим социальным функциям, патологическую трансформацию поведения.

Субъективными признаками являются: психические сдвиги (от негативных переживаний до психопатологи-