

*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-

ческих синдромов), состояние психологического тупика, возникающее в результате долгого нахождения личности в конфликте внешнем или внутреннем) и отсутствия необходимых адаптивных механизмов для выхода из этого состояния. Кроме того, выделены три вида дезадаптированности личности: 1) временная, 2) устойчивая и 3) общая устойчивая дезадаптированность. Временная дезадаптированность характеризуется нарушением баланса между личностью и средой порождающим адаптивную активность личности. Устойчивая ситуативная дезадаптированность личности отличается отсутствием механизмов адаптации, наличием желания, но неумением адаптироваться. Общая устойчивая дезадаптированность проявляется состоянием перманентной фрустрированности, активизирующей патологические механизмы и приводящей к развитию неврозов и психозов.

Дезадаптированность, как результат дезадаптации, выступает альтернативой адаптированности. По нашим данным у студентов ВБМК чаще встречается временная (у 54,5%), реже устойчивая ситуативная (у 30,5%) и в отдельных случаях – общая устойчивая (у 15,0%) дезадаптированность.

Следовательно, в процессе среднего профессионального (медицинского) образования у ряда студентов развивается различной степени дезадаптированность, которая требует разработки и применения соответствующих средств коррекции.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ КЛЕТОК И ТКАНЕЙ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

Зозуля Г.Г., Леоненко И.Г., Малышев С.Г.,
Ряднов А.А., Ряднова Т.А., Федоренко И.С.

Волгоградская государственная сельскохозяйственная академия.

Организм, общеизвестно, не остается безучастным к внедрению возбудителя заболевания как «чрезвычайного раздражителя» по И.П. Павлову и реализует свои защитные механизмы для поддержания своего существования и постоянства своей внутренней среды. Таким раздражителем в наших экспериментах оказалась ларвоциста эхинококка.

В настоящее время многие исследователи рассматривают резистентность как более широкое понятие, чем иммунитет. Так, согласно Г. Селье «неспецифическая резистентность представляет собой устойчивость организма скорее к повреждению вообще, чем к какому-либо отдельному повреждающему агенту или группе агентов». Он рассматривал резистентность к патогенному действию различных стрессоров, а Р. Билинг определял резистентность как конституционально обусловленную силу сопротивления против действия живых объектов. На наш взгляд, ларвоциста эхинококка является удобной универсальной моделью для изучения резистентности организмов на тканевом и клеточном уровнях с позиций биоэкологии.

Еще отец русской физиологии И.М. Сеченов, изучая двигательные реакции человека и животных, в своих знаменитых «Рефлексах головного мозга» выделял «темные мышечные чувства», играющие важную роль в осуществлении спинномозговых рефлексов. Получение Нобелевской премии И.П. Павловым (1904 г.) за работы в деятельности пищеварительных желез не только подтвердило гениальность этой «русской мысли», но и дало в руки естествоиспытателей мощный инструмент для изучения различных проявлений жизни. Продолжая работу в этом направлении по морфологии, С.Н. Касаткин и его ученики

разработали классификацию сосудов и анастомозов органов пищеварения.

Ученики и последователи И.П. Павлова К.М. Быков, И.Н. Давыдов, В.Н. Черниговский (1943) и другие в трудные годы для нашей страны изучали интероцептивные рефлексы внутренних органов, кровеносных сосудов и тканей, а основоположник космической физиологии В.В.Парин своей деятельностью и на основе изучения интерорецептивных рефлексов легких и сердца доказал возможность в условиях невесомости проявления интероцептивных рефлексов, то есть жизни животных и человека в космическом пространстве.

В наше экологически востребованное время мы должны не только помнить об учениках В.В. Парина, К.И. Скрябина, В.Н. Черниговского, продолжавших развитие их идей, но и ценить то, что является приоритетом русской, советской, российской науки, непрерывность которых не вызывает сомнений, также как исторический принцип в деятельности ученых.

Материалом для наших исследований служили ларвоцисты эхинококка и прилегающие к ним ткани органов домашних животных (чаще печень и легкие, как места наиболее частой локализации финны в организме промежуточного хозяина), полученные на мясокомбинатах г. Волгограда и области (боевский материал), от больных, оперированных по поводу эхинококкоза в клиниках г. Волгограда, а также от животных из дикой природы во время экспедиции на БАМ (1979 г.) при изучении гельминтофауны этого региона. Использовались как классические гистологические, так и современные гистохимические и электронномикроскопические методики.

Анализ микропрепаратов, а также синтез данных по биорецепции клеток и тканей позволяет заключить, что биорецепция и связанные с этим понятием реципрокные биорецептивные или биоэкологические рефлексы являются главными механизмами резистентности клеток и тканей при эхинококкозе.

РОСТ И РАЗВИТИЕ ОРГАНОВ, ЖЕЛЁЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ У БЫЧКОВ НА РАДИОАКТИВНО ЗАГРЯЗНЁННОЙ ТЕРРИТОРИИ

Коростелёв А.И.

Филиал НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт Брянск, Россия

Умеренное кормление телят и молодняка бычков I-контрольной группы от рождения до 6-месячного возраста способствовало лучшему развитию внутренних органов по сравнению со II-опытной группой содержащейся на территории с содержанием радионуклидов от 15,0 до 40 Ки/км².

Масса внутренних органов при умеренном выращивании выше у I-контрольной группы (табл. 1). Наибольшая разница наблюдается в 1-1,5-суточном возрасте в массе сердца, лёгких, селезёнки и почек. В 6-месячном возрасте наблюдается в массе сердца, печени. В 6-месячном возрасте масса лёгких больше во II-опытной группе - на 159 г.

При интенсивном выращивании существенных различий в массе внутренних органов не наблюдается. Масса их выше в IV-опытной группе, кроме массы печени. Масса печени больше на 40 г в III-контрольной группе, на что повлияло высококонцентратное кормление (в IV-опытной группе, где прослеживается сдвиг в сторону гипертрофии клеток [290]).