

повышения квалификации специалистов практического здравоохранения, как «Инфекционная безопасность и инфекционный контроль» и «Неотложная медицинская помощь и медицина катастроф». В ближайшее время планируется организация дистанционного обучения по модулям «Паллиативная помощь» и «Актуальные вопросы сестринского дела».

Всего с использованием системы дистанционного обучения MOODLE обучилось более 300 специалистов здравоохранения. Данный проект по результатам анкетирования получил высокую оценку: более 90% специалистов расценивают обучение в системе MOODLE как наиболее эффективное, способствующее саморазвитию слушателей, приближенное к реальным производственным ситуациям, способствующее совершенствованию необходимых современных профессиональных качеств и компетенций.

На базе Центра существует «Театр учебных действий», где в режиме реального времени отработываются практические навыки.

Для оптимизации самостоятельной работы слушателей созданы рабочие тетради по тематике модулей образовательных программ, как электронные, так и на бумажных носителях.

В настоящее время нами внедрена и апробирована накопительная (кредитная) система повышения квалификации работников здравоохранения, которая позволяет, шире использовать возможности индивидуальной траектории обучения. Осуществляются услуги и консалтинг в области обучения (услуги общественной интеграции, проектное управление, маркетинг образовательных услуг).

Неотъемлемой частью работы нашего Центра является активное участие в научных исследованиях. Сотрудниками Центра регулярно публикуются научные статьи, издаются монографии, учебные и методические пособия, разрабатываются интерактивные электронные учебники. Большое значение в деятельности образовательной организации играет сетевое взаимодействие, в том числе и с зарубежными партнерами. С 2010 года Центр сотрудничает с ведущими специалистами США, Великобритании, Японии, Италии, Польши в рамках работы Международной ассоциации хосписной и паллиативной помощи. Ежегодно проводятся образовательные международные семинары и конференции.

Современному специалисту здравоохранения, чтобы быть востребованным на рынке труда, необходимы новые знания, умения и профессиональные компетенции. При этом роль ДПО становится особенно актуальной, а сложившаяся система образовательных услуг в полной мере сможет удовлетворять потребностям заказчика только при условии инновационного подхода к последипломной подготовке медицинских кадров. Формирование инновационного характера

развития системы дополнительного профессионального образования сопряжено с необходимостью реального повышения качества обучения, а именно созданием благоприятных условий для нововведений, усилением адаптационных способностей образовательного учреждения к изменениям внешней экономической среды, разработки и реализации генеральной стратегии развития образовательного учреждения в целом и стратегии инноваций, созданием эффективной системы управления научно-исследовательской и инновационной деятельностью.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Нехай Ф.А., Байкова Е.Е., Каде А.Х.,
Потапова А.А., Занин С.А., Левичкин В.Д.,
Трофименко А.И., Туровая А.Ю.

*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения РФ, Краснодар,
e-mail: zanin77@mail.ru*

Целью исследования явилась оценка цитокинового профиля и компонентов стресс-реализующей системы (СРС) у больных ишемическим инсультом (ИИ). Материалы и методы исследования. В работе произведена оценка гормонального профиля и цитокинового статуса (кортизол, адренкортикотропный гормон (АКТГ), интерлейкин (ИЛ) -1 β ,-6,-10) и С-реактивный белок (СРБ) у 20 пациентов с ИИ, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении № 1 МБУЗ «ККБ № 2» города Краснодара. Критерии включения пациентов в исследование: возраст пациентов от 31 года до 52 лет, отсутствие аритмий сердца, отсутствие в анамнезе судорожных состояний, эпилепсии, тиреотоксикоза, добровольное согласие на участие в исследовании. Все 20 пациентов – это больные с ИИ, получающие стандартное лечение заболевания, согласно протоколу, ведения больных с ИИ (2008 г.). Исследования проведены в 1-е сутки (при поступлении пациентов) и в динамике на 4-е, 8-е сутки пребывания в стационаре и при выписке. Статистическую обработку полученных данных осуществляли методами непараметрической статистики с помощью программы «Statistika 6». Данные работы представлены в виде M (средних значений) и m (стандартного отклонения средних величин). Сравнение выборок проведено по непараметрическому критерию Вилкоксона, с установлением уровня значимости $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$.

Результаты исследования и обсуждение. При поступлении уровень АКТГ у пациентов составлял $4,89 \pm 2,18$ пмоль/л (норма $7,6 \pm 4,12$ пмоль/л). На 4 сутки лечения его уровень достоверно не изменялся. На 8 сутки терапии содержание АКТГ достоверно ($p \leq 0,01$) снижалось по от-

ношению к 1 суткам и 4 суткам. При выписке пациентов (14 сутки) уровень АКТГ составил $3,62 \pm 1,12$ пмоль/л, что достоверно ($p \leq 0,01$) ниже (в 1,4 раза) по сравнению к 4 суткам. В те же сроки кортизол, вероятно, по принципу отрицательной обратной связи претерпевает следующую динамику: его уровень при поступлении был $465,44 \pm 297,11$ нмоль/л (норма $250,3 \pm 23,04$ нмоль/л). На 4 сутки содержание кортизола составило $304,89 \pm 136,94$ нмоль/л, что достоверно ($p \leq 0,05$) ниже (в 1,5 раза) по сравнению с 1 сутками. Его уровень продолжал оставаться сниженным весь период лечения. Так на 8 сутки он был $259,35 \pm 97,33$ нмоль/л, что достоверно ($p \leq 0,01$) меньше по отношению к 1 суткам. Этот факт свидетельствует о уровне активности СРС. У пациентов исследовали уровень СРБ, как маркера воспаления. Его динамика такова: при поступлении – $10,63 \pm 6,94$ мг/л (норма $2,5 \pm 0,9$ мг/л), на 4 сутки терапии его уровень достоверно ($p \leq 0,01$) снижался до $4,62 \pm 3,76$ мг/л, что свидетельствует об уменьшении активности синдрома системного воспалительного ответа при ИИ. На 8 сутки его уровень был $8,16 \pm 3,24$ мг/л, и только при выписке (14 сутки) его уровень снижался $3,87 \pm 1,54$ мг/л, что достоверно ($p \leq 0,01$) по отношению к 1 и 8 суткам. Проведено исследование цитокинового профиля пациентов с ИИ. При поступлении уровень ИЛ-1 β составил $0,78 \pm 0,27$ пмоль/л (норма $0,3 \pm 0,02$ пмоль/л). На 4 сутки его уровень достоверно ($p \leq 0,01$) возрастал до $1,03 \pm 0,45$ пмоль/л, что свидетельствовало об активации воспалительного ответа при ИИ даже во время лечения. Необходимо отметить, что на 8 сутки его уровень снижался до $0,87 \pm 0,35$ пмоль/л. Однако это снижение было недостоверным по отношению к 1 и 4 суткам. При выписке пациентов (14 сутки) уровень этого провоспалительного цитокина составил $1,05 \pm 0,56$ пмоль/л. Уровень ИЛ-6 при поступлении составлял $12,02 \pm 3,66$ пмоль/л (норма $1,4 \pm 0,2$ пмоль/л). На 4 сутки он был $7,46 \pm 3,46$ пмоль/л, что достоверно ($p \leq 0,01$) ниже, чем в 1 сутки. На 8 сутки, происходило его дальнейшее снижение до $4,41 \pm 2,53$ пмоль/л, что было достоверно ($p \leq 0,01$) по сравнению с 4 сутками, и при сравнении с 1 сутками его уровень остается достоверно ($p \leq 0,01$) низким. При выписке пациентов его уровень резко возрастает до $19,32 \pm 16,39$ пмоль/л, что достоверно ($p \leq 0,01$) по отношению к 4 и 8 суткам. Таким образом, системный воспалительный ответ имел место весь период лечения. Об угнетении противовоспалительного потенциала свидетельствует динамика ИЛ-10. При поступлении его уровень $6,87 \pm 2,32$ пмоль/л (норма $1,5 \pm 0,2$ пмоль/л), на 4 сутки отмечено достоверное ($p \leq 0,01$) снижение до $5,51 \pm 2,45$ пмоль/л, на 8 сутки терапии по протоколу он составлял $5,29 \pm 1,9$ пмоль/л, что достоверно ($p \leq 0,01$) ниже, чем в 1 сутки. При выписке (14 сутки) его уровень досто-

верно ($p \leq 0,05$) возрастал по отношению к 1, 4 и 8 суткам и составил $10,27 \pm 6,01$ пмоль/л. Это ассоциировалось с активацией системного воспалительного ответа (повышенные уровни ИЛ-1 и ИЛ-10).

Выводы. Таким образом, у пациентов с терапией ИИ по протоколу мы не выявили снижения основных провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и 6. Это сопровождалось ростом ИЛ-10, как основного противовоспалительного цитокина. Указанная динамика свидетельствует о необходимости поиска новых дополнительных подходов к лечению этой нозологии, чтобы предупредить повреждающее действие провоспалительных цитокинов. К таким методам относится ТЭС-терапия. Как отмечается в многочисленных исследованиях, при применении ТЭС-терапии, изменения в активности про- и противовоспалительных цитокинов более благоприятны [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Список литературы

1. Апсаламова, С.О. Влияние ТЭС-терапии на показатели про- и противовоспалительных цитокинов при экспериментальном инфаркте миокарда у крыс / С.О. Апсаламова, А.Х. Каде, Н.В. Колесникова [и соавт.] // Фундаментал. исслед. – 2013. – №6. – С. 337 – 340.
2. Борисенко, В.Г. Повышение устойчивости миокарда к ишемии методом ТЭС-терапии: Автореф. дис... канд. мед. наук. Краснодар, 2009. – 22 с.
3. Вусик, И.Ф. Изменение содержания норадреналина в сыворотке крови под воздействием ТЭС-терапии при патологическом прелиминарном периоде / И.Ф. Вусик, А.Х. Каде, И.И. Куценко [и соавт.] // Фундаментал. исслед. – 2013. – №2 – С. 47-50.
4. Вчерашнюк, С.П. Влияние ТЭС-терапии на гормональный гомеостаз и микроциркуляцию у беременных с гестозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Краснодар., 2011. – 23 с.
5. Губарева, Е.А. Влияние ТЭС-терапии на показатели прооксидантно-антиоксидантной системы при остром инфаркте миокарда: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Краснодар., 2009. – 22 с.
6. Тиликин, В.С. ТЭС-терапия в комплексном лечении острого пиелонефрита : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2012. – 24 с.

ОЧЕРКИ О ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОРФОЛОГИИ ЛИМФОУЗЛА. СООБЩЕНИЕ III. ПЕЧЕНОЧНЫЕ ДОЛЬКИ И НОДАЛЬНЫЕ СЕГМЕНТЫ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА – МОДЕЛИРОВАНИЕ РАБОТЫ ОРГАНОВ- БИОФИЛЬТРОВ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург,

e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Печень и лимфоузел (ЛУ) представляют собой биофильтры на путях оттока венозной крови и лимфы. Формально ЛУ плацентарного млечного питающего по своему устройству тождественен портальной дольке печени, принципиальные отличия: печень – венозный биофильтр, ЛУ – лимфатический; ветви артерии печени идут вместе с афферентными венами (ветви воротной вены), а ветви (воротной) артерии ЛУ – с эфферентными лимфатическими сосудами (ЛС). ЛУ