

**ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ
ЗНАЧИМОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
СПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ
БЕРЕМЕННОСТИ
В ДИАГНОСТИКЕ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА
ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК**

Абдуллаева Н.А.

НИИ акушерства и гинекологии,

Баку,

e-mail: gulnaramz@gmail.com

Среди проблем современного акушерства одно из ведущих мест занимает такое осложнение родов, как преждевременный разрыв плодных оболочек. При этом, для диагностики состояния матери и плода важным является количественное определение специфических белков беременности, к которым относятся трофобластический β_1 -гликопротеин (ТБГ) и плацентарный лактоген (ПЛ), что позволяет объективно оценить функцию фетоплацентарной системы на всех этапах развития беременности.

Под наблюдением находились 100 женщин, у которых беременность осложнилась разрывом плодного пузыря до начала родовой деятельности, а также женщины с угрозой несвоевременного излития околоплодных вод.

Оценка показателей ТБГ в зависимости от течения и исхода беременности показала, что наиболее неблагоприятным показателем при преждевременном излитии околоплодных вод является снижение его концентрации в 4,3 раза ниже нормы ($12,2 \pm 2,2$ мкг/мл против $52,4 \pm 2,3$ мкг/мл при физиологической беременности, $p < 0,01$). В течение 16-36 недель беременности у женщин с несвоевременным излитием околоплодных вод концентрация ТБГ была снижена на 75-85% по сравнению с контролем ($p < 0,01$). Анализ содержания ТБГ в крови беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек позволяет определить правильную тактику их ведения. В целом полученные результаты показывают, что уровень концентрации ТБГ в сыворотке крови беременной женщины отражает и быстро реагирует на любые изменения или нарушения, происходящие в ее организме.

Изучение концентрации ПЛ также выявило достоверное его падение в сроки 29-36 недель беременности, что является объективным маркером истощения белоксинтезирующей функции плаценты. Так, у беременных с несвоевремен-

ным излитием околоплодных вод уровень ПЛ в крови в сроки 29-36 недель был ниже гестационной нормы и составил в среднем $13,12 \pm 1,1$ мкг/мл против $26,33 \pm 1,98$ мкг/мл среди женщин с физиологической беременностью ($p < 0,01$).

Таким образом, определение в сыворотке крови беременных женщин ТБГ и ПЛЧ является необходимым с целью возможности их использования в диагностике преждевременного разрыва плодных оболочек.

**ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ
ПАРАМЕТРЫ ПРИОБРЕТЕННОГО
УКОРОЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА
ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО
ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ**

Волчкова И.С., Оспанов О.Б.

АО «Медицинский университет

Астана», Астана,

e-mail: VolchkovaIS@mail.ru

Цель исследования: определение наиболее значимых дооперационных диагностических параметров, указывающих на большую вероятность наличия приобретенного короткого пищевода при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.

Материал и методы

Проанализированы дооперационные и послеоперационные данные по 25 больным, которым во время лапароскопической операции по поводу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни было установлено наличие укорочения пищевода. Из них у 21 пациента установлена 1 степень укорочения, а у 4 – вторая степень укорочения. Всем пациентам в предоперационном периоде проведены рентгенологические, эндоскопические исследования. При эндоскопическом исследовании, наряду с определением степени эзофагита, измеряли по меткам эндоскопа расстояние от контуров хиатусных ножек (хиатальное сужение желудка) до пищеводно-желудочного перехода (Z-линии). По показаниям проводилось морфологическое изучение биоптатов из слизистой оболочки пищевода.

Результаты исследования

Эндоскопически выявлено, что, как правило, до операции расстояние между хиатальным сужением и Z-линией составляло значение более 2,5 см. Данный эндоскопический признак грыжи находил подтверждение во время опе-

рации, когда у всех пациентов с укорочением пищевода имелось значительное расширение пищеводного хиатусного отверстия. Из них у 3 пациентов выявлено расширение хиатуса от 3 до 5 см, у 15 больных – от 5 до 8 см, а у 14 оперированных установлено расширение хиатуса более 8 см.

Эзофагит III и IV степени выявлен до операции у 23 (92%) больных. При этом среди пациентов с коротким пищеводом выявлено 9 (36%) случаев пищевода Барретта.

Выводы: наиболее важными дооперационными критериями укорочения пищевода являются выраженное расширение хиатусного отверстия и эзофагит III и IV степени, особенно при наличии пищевода Барретта.

РАЗРАБОТКА СТРУКТУРЫ АЛГОРИТМА ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ НЕЙРОБИОУПРАВЛЕНИЯ

Макконен К.Ф., Пятакович Ф.А.

*Белгородский государственный
университет, Белгород,
e-mail: piatakovich@mail.ru*

По данным литературы [1] поведение всех пациентов с любыми аддикциями носит отчетливо деструктивный характер, оно стереотипно и жестко детерминировано. Существует мнение, что родственники и врачи не в состоянии контролировать поведение таких пациентов. Во всех известных случаях пристрастий поведение пациентов всегда направлено на достижение максимально возможного уровня внутреннего комфорта. Считают, что все аддиктивные синдромы объединены одним патогенетическим механизмом, обусловленным снижением уровня альфа-активности головного мозга.

Для направленной коррекции аддиктивных расстройств разработаны методы биоуправляемого альфа-тренинга [4].

При этом существует проблема выбора адекватного метода биоуправления и способа его реализации.

Работа выполнена при поддержке проекта РНПВШ.2.2.3.3/4307 и в соответствии с планами проблемной комиссии по хронобиологии и хрономедицине РАМН и научным направлением медицинского факультета БелГУ «Разработка универсальных методологических приемов хронодиагностики и биоуправления на основе биоциклических моделей и алгоритмов с ис-

пользованием параметров биологической обратной связи».

Цель и задачи исследования: целью является оптимизация диагностических исследований, направленных на выбор методологии биоуправляемого альфа-тренинга.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

– разработать алгоритм выбора метода альфа-тренинга левого или правого полушария мозга.

Методы исследования

Нами использовалось лицензионное программное обеспечение сертифицированной системы БОСЛАБ версии 5.1.5.23 ГУ НИИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ И БИОФИЗИКИ СО РАМН (г. Новосибирск, 2006 для интерфейса БИ-02) [36] для целей записи электроэнцефалограммы левого и правого полушария и последующей ее программной обработки.

Монтаж электродов осуществлялся по системе 10-20, как в клинической электроэнцефалографии. При стимуляции левого полушария используют частоты 7–13 Гц в позиции $F_3 - O_1$, при стимуляции правого полушария в позиции $F_4 - O_2$. Для стимуляции передней лобной доли правого полушария используют частоты 14–26 Гц в позиции $F_4 - C_4$.

Основное содержание работы

По данным литературы уровень пластичности нейродинамической активности мозга определяется соотношением в паттерне ЭЭГ альфа- и тета-активности: чем больше альфа-ритмов в структуре ЭЭГ, тем больше численное отношение альфа- и тета-ритмов.

Это наиболее наглядно видно на графиках спектров при выполнении испытуемым пробы с закрыванием-открыванием глаз.

При этом выделяют три группы с высоким, средним и низким типами адаптивности (пластичности) ЦНС:

I – Нормальная ЭЭГ высоко пластичного типа имеет выраженный альфа-ритм (основной или системообразующий ритм ЭЭГ) при закрытых и открытых глазах;

II – Нормальная ЭЭГ среднепластичного типа – альфа-ритм наблюдается только при закрытых глазах;

III – Нормальная ЭЭГ низкопластичного типа имеет низкий альфа-ритм и при закрытых, и при открытых глазах [2, 3].

Результаты проведенного электроэнцефалографического исследования могут быть проанализированы при помощи таблицы.