

на что указывает их увеличенный коэффициент ($18,5 \pm 0,7$; $p < 0,05$). Соответственно, ниже были показатели РТММ с ФГА и пирогеналом.

Таким образом, отмечается чёткая корреляция между ВАВ аппарата «Витафон» и улучшением иммунологических показателей в очаге воспаления. Вероятно, ВАВ способствует большому выходу иммунцитов в эту зону. Кроме того, возможно прямое позитивное влияние ВАВ на функциональную активность иммунцитов. Полученные результаты могут служить объяснением ряда положительных эффектов виброакустической терапии и обоснованием для более широкого использования этого метода лечения.

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

Парахонский А.П.

*Медицинский центр «Здоровье», Краснодар,
e-mail: para.path@mail.ru*

С экономической точки зрения действующая система организации работы учреждений здравоохранения носит неэффективный характер. Наше общество находится на таком уровне, что не воспринимает как необходимый элемент гигиены и обеспечения трудоспособной жизнедеятельности, осуществление контроля над состоянием здоровья. Многие десятилетия система здравоохранения функционирует практически без чётко отработанных и постоянно действующих связей с социальной службой. Две составляющие здоровья человека – биологическое и социальное – представляют собой систему сложных взаимоотношений и факторов взаимовлияния и взаимодействия. Состояние социальной среды обитания человека, экономическое благополучие общества определяют такие демографические показатели, как рождаемость, смертность, структура заболеваемости населения, инвалидизация и др. Решая сходные проблемы, направленные на улучшение благосостояния общества и конкретного индивидуума, медицина и социальная служба используют различные методологические подходы.

К задачам социальной работы относятся выявление ведущих социальных факторов, оказывающих наиболее существенное влияние на здоровье человека, его адаптацию, генеалогическое происхождение, которое в свою очередь может влиять на состояние здоровья будущих поколений. Очень важно выявить наследственные заболевания или состояния (алкоголизм, наркомания, токсикомания и др.) и по возможности создать такие социально-экономические условия, которые позволили бы максимально снизить потери, как конкретной семьи, так и общества в целом. Проведение широкомасштабной практической профилактической работы невоз-

можно обеспечить только силами учреждений здравоохранения. Дальнейшим реформированием здравоохранения может стать формирование нового сегмента профессиональной деятельности – социальной работы в новом качестве, что обусловлено не только ухудшением здоровья населения, но и назревшей необходимостью эффективного использования средств и всех ресурсов общества.

Медико-социальная работа – важнейшее направление реформирования здравоохранения. Она определяется как интегральный вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера. В практике многих стран существуют два типа медико-социальной работы – патогенетический и профилактический. Патогенетическая медико-социальная работа включает в себя мероприятия по организации медико-социальной помощи, проведение медико-социальной экспертизы, социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения. Профилактическая медико-социальная работа подразумевает проведение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формированию здорового образа жизни, обеспечению социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Важное направление профилактической медико-социальной работы – повышение уровня медицинского образования населения, формирование у него представления о здоровом образе жизни и его значении в предупреждении заболеваний. Вторым значимым направлением является выявление наиболее важных социальных факторов, оказывающих отрицательное влияние на здоровье человека и непосредственное их устранение или уменьшение их влияния на организм: психологическая коррекция состояния, патронаж семей социального риска, оказание помощи клиентам при решении медико-правовых проблем и многое другое.

ЭНЗИМНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Пересыпкин В.В., Зборовский А.Б.,
Мартемьянов В.Ф., Пересыпкин М.В.

*НИИ клинической и экспериментальной
ревматологии РАМН;*

*ГУЗ «Волгоградский областной клинический центр
восстановительной медицины и реабилитации №2»,
Волгоград, e-mail: voccvmr2@mail.ru*

При классических вариантах течения ревматоидного артрита (РА) и анкилозирующего спондилоартрита (АС) особенных затруднений в их дифференциации не возникает, но разграничение РА с хроническим течением, мини-

мальной активностью патологического процесса и периферической формы АС даже для опытных клиницистов представляет нередко значительные сложности в связи с весьма сходными клиническими проявлениями заболеваний. В своей работе мы исследовали возможность облегчения решения этой проблемы с помощью определения активности некоторых энзимов пуринового метаболизма в крови больных РА и АС.

Цель. Повышение качества дифференциальной диагностики РА и АС.

Материалы и методы. Под наблюдением в условиях стационара и поликлиники находились 15 больных РА с I степенью активности ревматоидного процесса и хроническим течением и 15 больных АС с периферической формой заболевания. В лизатах лимфоцитов, эритроцитов, выделенных из венозной крови по методике Voym (1980), и плазме крови определяли активность аденозиндезаминазы (АДА) по методу К. Martinek (1963), АМФ-дезаминазы (АМФДА) – по методу Берто (1984) и адениндезаминазы (АД) – по методу Т. Sakai et al (1978). Активность энзимов выражали в нмоль/мин/мл с пересчетом в лимфоцитах на 1 мл, содержащий $1 \cdot 10^7$ клеток, в эритроцитах – $1 \cdot 10^9$ клеток. Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей.

Результаты. У больных РА с I степенью при поступлении на лечение, по сравнению со здоровыми, в плазме выше активность АДА ($p < 0,001$), ниже АМФДА ($p = 0,006$) и АД ($p = 0,039$); в лизатах эритроцитов ниже активность АД ($p < 0,001$), выше АДА ($p < 0,001$) и незначительно выше активность АМФДА ($p = 0,058$); в лизатах лимфоцитов ниже активность АДА ($p < 0,001$), незначительно ниже АД ($p = 0,163$) и несколько выше активность АМФДА ($p = 0,056$). У больных с периферической формой АС, по сравнению со здоровыми, в плазме выше активность АМФДА ($p = 0,032$) и незначительно выше активность АДА ($p = 0,293$) и АД ($p = 0,142$); в эритроцитах выше активность всех энзимов ($p < 0,001$); в лимфоцитах ниже активности АДА и АД, выше АМФДА (все $p < 0,001$). Сравнительные исследования показали, что у больных РА с I степенью, по сравнению с больными с периферической формой АС, в плазме выше активность АДА ($p < 0,001$), ниже АМФДА ($p < 0,001$) и АД ($p = 0,026$); в эритроцитах ниже активности АМФДА и АД ($p < 0,001$) и несколько выше активность АДА ($p = 0,062$); в лимфоцитах выше активности АДА, АД и ниже АМФДА (все $p < 0,001$).

Анализ выявил также много общего в изменениях активности энзимов в трех биологических средах при РА и АС: при обоих заболеваниях в плазме повышена активность АДА, в эритроцитах – повышены активности АДА и АМФДА, в лимфоцитах – снижены активности АДА и АД. В количественном выражении эти

однонаправленные изменения активности энзимов различаются, но, тем не менее, использование этих показателей в клинической практике для дифференциации АС и РА несколько затруднительно. Более ценную информацию в этом аспекте имеют показатели энзимов, активность которых при РА и АС изменяется в противоположных направлениях. Так, если при РА активности АМФДА в плазме и АД в эритроцитах снижены, то у больных с периферической формой АС активности этих энзимов повышены.

Вывод. При дифференциации РА с I степенью активности процесса и периферической формы АС целесообразно ориентироваться на показатели АМФДА в плазме и АД в эритроцитах, активность которых при этих заболеваниях изменяется в противоположных направлениях.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОГЕНЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У БЕЛОЙ КРЫСЫ

Петренко В.М.

*Международный морфологический центр,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Формирование ободочной кишки (ОбК) у белой крысы не описано в литературе. Между тем крыса является важным лабораторным животным. Я провел исследование на 40 эмбрионах и плодах белой крысы 12-21 сут и 10 ее новорожденных – серийные гистологические срезы в трех основных плоскостях (гематоксилин и эозин, графическая реконструкция) и тотальные препараты (новорожденные).

В пренатальном развитии ОбК белой крысы можно выделить следующие основные стадии, сходные с таковыми у человека:

1) вертикальная задняя кишка находится в целомической полости (13-е сут/4-я нед.);

2) углообразная задняя кишка (ОбК) занимает при формировании физиологической пупочной грыжи сагиттальное положение в целомической полости (14-е сут/5-я нед.). Вентральный конец сагиттального сегмента ОбК упирается в пупочное кольцо и образует короткий каудальный выступ – закладка слепой кишки. Затем она вместе с прилегающим отрезком ОбК (заднее колено пупочной кишечной петли) входит в полость пупочного канатика (15-17-е сут/6-9-я нед.);

3) на 18-е сут (~ 10-я нед.) происходит вправление физиологической пупочной грыжи в брюшную полость плода, неполное у крысы. У плодов человека ОбК переходит во фронтальное положение. Ее вентральная, горизонтальная часть восходит косо (слева направо и вверх) к вертикальной дорсальной части задней кишки, располагаясь на клубке петли подвздошной кишки, кпереди от головки поджелудочной железы и нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Позднее петля удлиняющейся ОбК окружает петли тонкой кишки. У плодов крысы