

2009, 2012), сердце белой крысы имеет конусовидную форму, его верхушка смещена в левую сторону, а правое предсердие – вправо, с образованием сердечной вырезки на вентральном крае правого легкого, правое ушко явно крупнее левого ушка и как раз ложится в вырезку.

Сердце дегу – клиновидное: верхушка органа достаточно широкая, чтобы оценить ее как точечную, а форму сердца в целом – как конусовидную. Сердце находится в грудной полости, между легкими, больше смещено влево от средней линии с образованием сердечной вырезки на вентральном крае левого легкого. Правое ушко гораздо крупнее левого ушка. Возможно это связано с тем, что в дорсальную стенку правого предсердия, недалеко от его правого края впадает крупный венечный синус, прямое продолжение передней полой вены, левосторонней у дегу. Ее переход в венечный синус происходит слева от дорсального края левого ушка. Венечный синус отделяет сердце от корня левого легкого и медиальной базальной доли правого легкого. В конечную часть венечного синуса впадает непарная вена. Она огибает корень правого легкого с дорсокраниальной стороны. Корень правого легкого отделяет синус с дугой непарной вены (дорсокраниально) от задней полой вены (вентрокаудально). Правое ушко большей частью выступает на вентральную поверхность сердца из промежутка между апикальной долей правого легкого (латерально) и правым тимусом (медокраниально). Левое ушко находится на левой легочной поверхности сердца и (почти) полностью прикрыто апикальной долей левого легкого и левым тимусом.

КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Потапенко Л.В., Базанов С.В.

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная
медицинская академия» Минздрава России, Иваново,
e-mail: tcmkio@rambler.ru;*

ГКУЗ ИО «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области», Иваново

В состав Ивановской области входит 21 муниципальный район, 6 городских округов (Иваново, Кинешма, Шуя, Вичуга, Кохма и Тейково), 11 городов районного подчинения, 14 поселков городского типа, 149 сельских администраций и 2998 сельских населённых пунктов. Численность населения Ивановской области на 1 января 2015 года составляет 1 036 909 человек (в 2012 году – 1 054 040 человек, в 2013 году – 1 048 961 человек и в 2014 году – 1 043 130 человек), городское население – 81,24%. Скорая медицинская помощь (СМП) в Ивановской области в 2014 году оказывалась населению тремя станциями (города Иваново, Кинешма и Шуя) и 19 отделениями СМП, организованными на

базе центральных районных больниц (ЦРБ). С 1 января 2015 года две станции скорой медицинской помощи городов Кинешма (обслуживаемое население – 107 639 человек) и Шуя (обслуживаемое население – 80 806 человек), имевшие ранее статус самостоятельных юридических лиц, вошли в состав ЦРБ, как отделения. Кадровый состав службы СМП Ивановской области за последние годы претерпел ряд существенных изменений. Имеется тенденция к уменьшению штатных должностей врачебного персонала. В 2014 году количество врачебных ставок уменьшилось на 15,11% с 388,75 до 330,0 ставок, при этом с целью замещения врачебных должностей введено дополнительно 68,25 штатных должности фельдшеров СМП. К сожалению, продолжается уменьшение численности врачебных кадров (физических лиц) с 178 человек в 2012 году до 131 человек в 2014 году. Таким образом, за три года число врачей СМП уменьшилось на 26,4%. Продолжающийся отток врачей СМП связан с низкой оплатой труда, снижением престижа профессии, необходимостью первичной переподготовки в интернатуре или клинической ординатуре. В структуре бригад скорой медицинской помощи усилиями руководителей скорой медицинской помощи сохраняются специализированные бригады. В сутки на дежурство в Ивановской области заступает в среднем 16 специализированных бригад СМП, в том числе 1 анестезиолого-реанимационная, 2 неврологические, 1 психиатрическая, 6 педиатрических и 6 бригад интенсивной терапии. Специализированные бригады СМП организованы в областном центре Ивановской области (обслуживаемое население – 475 708 человек), бригады интенсивной терапии – в городах Шуя и Кинешма, врачебные бригады в Лежневской ЦРБ (обслуживаемое население – 19 088 человек), Фурмановской ЦРБ (обслуживаемое население – 41 478 человек) и Вичугской ЦРБ (обслуживаемое население – 54 447 человек). В ряде районов бригады СМП состоят из одного фельдшера и водителя, что является нарушением Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. N 388н. В 2014 году среднесуточное количества бригад СМП составило 98,75 (в 2013 году – 98,5; в 2012 году – 101,5), в т.ч. врачебных бригад – 11,5 (в 2013 году – 15,75; в 2012 году – 19,75), специализированных – 15,75 (в 2013 году – 14,0; в 2012 году – 14,0). Вместе с тем отмечается увеличение среднесуточного числа фельдшерских бригад до 71,5 (в 2013 году – 68,75; в 2012 году – 67,75). В основном уменьшение среднесуточного количества бригад СМП произошло за счет сокращения врачебных бригад в ОБУЗ «Станция скорой медицинской помощи г. Иваново». По сравнению

с 2012 годом в 2014 году отмечается незначительное уменьшение числа водителей, что связано с невысоким уровнем заработной платой водительского персонала; причем следует учитывать, что по закону водители СМП не могут работать по совместительству по своей специальности. Таким образом, обеспеченность бригадами СМП в Ивановской области составляет 0,95 на 10 тыс. населения, а доля фельдшерских бригад СМП – 72,41%.

**ТИТР IGG К АНТИГЕНАМ
ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ
В ТКАНИ И КРОВИ БОЛЬНЫХ ПРИ
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ
ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ
СИСТЕМЫ**

Франциянц Е.М., Козлова Л.С., Верескунова
М.И., Кучкина Л.П., Ежова М.О.

*ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт» Министерства
здравоохранения России, Ростов-на-Дону,
e-mail: 79094277471@yandex.ru*

По современным представлениям, злокачественные новообразования могут быть индуцированы не только химическими и физическими факторами, но и биологическими агентами. Существует гипотеза о том, что источником экзогенного генетического материала, обладающего онкогенными свойствами, способного интегрироваться в геном клеток и вызывать их злокачественную трансформацию, могут являться не только вирусные онкогены, но и генетические элементы бактерий.

Цель исследования: определение наличия IgG в тканях опухолей и сыворотке крови больных и сопоставление результата с локализацией новообразования.

Материалы и методы исследования. Исследована ткань гиперпластического образования и сыворотка крови 156 больных 45–59 лет, из них: 37 больных раком молочной железы (РМЖ, самостоятельный первичный вариант процесса, $T_{1-3}N_{0-1}M_0$); 25 больных первичным раком тела матки (РТМ, самостоятельный процесс, $T_{1-2}N_1M_0$); 36 больных, имеющих сочетание рака молочной железы с миомой матки (РМЖ+ММ, $T_{1-2}N_1M_0$), 31 больная узловой формой фибринозно-кистозной мастопатии (УФКМ); 27 больных самостоятельной миомой матки (ММ). Большинство больных раком имели II A стадию процесса, распространенность $T_2N_1M_0$ имели 80,6% больных РМЖ и 64,0% РТМ, степень дифференцировки – G1 и G2. Морфологическая структура опухоли больных РМЖ: инфильтрирующий протоковый рак; у больных РТМ: аденокарцинома (21 пациентка, 84% от общего количества больных РТМ) и аденокарцинома с плоскоклеточной метаплазией (4 из 25 человек – 16%). Все пациентки находились в пе-

рименопаузальном и раннем менопаузальном периоде. В 10% цитозольной фракции ткани опухоли (ТО) и сыворотке крови (СК) больных определяли титр антител к антигенам простого вируса герпеса (IgG-г), цитомегаловируса (IgG-ц), а также рода «хламидия» (IgG-х) и «микоплазма» (IgG-м) по содержанию IgG методом ИФА со стандартными тест-наборами. Тест считался положительным при значениях $K > 1,1$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Установлено, что в ткани молочной железы 78,4% больных при самостоятельном варианте развития злокачественного процесса имел место высокий титр IgG-г: $K = 1,3-5,5$. Антитела к IgG-х и IgG-м обнаруживались в единичных случаях у больных указанной группы. При РМЖ + ММ высокий титр IgG-г имели только 11,1% больных, а IgG-х обнаружены у одной трети больных. В УФКМ практически у половины больных выявлен высокий титр IgG-г, а у 25% больных – к IgG-м. При самостоятельных опухолевых процессах в матке, вне зависимости от их природы, в ТО более чем в 70% случаев выявлен высокий титр IgG-г ($K = 1,3-5,1$). В ткани РТМ 16,0% больных он сочетался одновременно с высоким титром IgG-х и IgG-м. В ткани ММ, при самостоятельном процессе, обнаруживался только IgG-г, при РМЖ + ММ в ткани ММ обнаружен только IgG-х. Цифровые значения титров антител к антигенам вируса простого герпеса в ТО в целом коррелировали с аналогичными показателями в СК соответствующих больных. Однако в отношении других исследованных инфекционных агентов имелись определенные различия. В СК при РМЖ высокий титр IgG-х и IgG-м выявлялся у 24,3% и 70,3% больных (против 5,4% и 5,4% в ТО), соответственно. В СК этих же больных был обнаружен высокий титр IgG-ц у 35,1% больных, тогда как он не определялся ни в одном образце ТО РМЖ. По результатам исследования СК число больных, имеющих одновременно высокий титр антител к антигенам нескольких инфекционных агентов, т.е. микс-инфекцию, составило 75,7% для группы РМЖ, тогда как по результатам определения показателей в ТО – 10,8%. Похожая ситуация отмечена и в СК больных УФКМ. Высокий титр IgG-г, IgG-ц и IgG-м определялся у 74,2% больных, IgG-х – у 22,6%. Так называемая микс-инфекция выявлялась у 74,2% больных.

Перечень инфекционных агентов, к которым определялся высокий титр IgG в крови больных РТМ, ММ и РМЖ+ММ соответствовал определяемому в ткани соответствующей доброкачественной или злокачественной опухоли. Специфические IgG-антитела к антигенам указанных инфекционных агентов не являются протективными, но их титр в СК отражает степень активности их размножения. Недавно выявлено, что даже очень низкие уровни специфи-