являются мощными факторами воздействия на организм, обусловливающих его экстремальное стрессовое состояние. В зависимости от силы и продолжительности их агрессивного вмешательства, организм больного отвечает на стресс общими однотипными сдвигами параметров гуморального гомеостаза, сопровождающихся развитием выраженной гиповолемии, гипокалемии.

Теоретическая разработка делает возможным обосновать активное воздействие системных ЭМП на гуморальный гомеостаз в норме, выявить основные пути патогенетической направленности транскапиллярного обмена жидкости и вещества в условиях экстремальных состояний организма больных на этапах диагностики и лечения.

Список литературы

1. Хартиг В. Современная инфузионная терапия. Парентеральное питание. – М.: Медицина, 1982. – 494 с.

2. Жданов Д.А. Общая анатомия и физиология лимфатической системы. – Л.: Медгиз, 1952. – 336 с.

3. Селье Т. Очерки об общем адаптивном синдроме: пер. с англ. – М.: Медицина, I960. – 254 с.

4. Горизонтов П.Д. Гомеостаз. – М.: Медицина, 1981. – 576 с.

5. Айнсон Х.Х., Айнсон Э.И. Особенности гормональной регуляции гемолимфоциркуляции белков // Проблемы лимфологии. – Новосибирск, 1987. – С. 4.

6. Малышев В.Д. Интенсивная терапия острых водно-электролитных нарушений. – М.: Медицина, 1985. – 192 с.

7. Ревокатов О.П., Гангардт М.Г., Мурашко В.В., Журавлев А.К. // Биофизика. – 1982. – Т. 27. – Вып. 2. – С. 336–338.

8. Шапот В.С. Биохимические аспекты опухолевого роста. – М.: Медицина, 1975. – С. 304.

9. Talbot H., Waterman T.H. oysterns theory and biology view of a biologist // Systems theory and biology. – New York, 1968. – P. 1–37.

10. Лабори А. Регуляция обменных процессов: пер. с франц. – М.: Медицина, 1970. – 383 с.

11. Filkinstein J.D. Osmoregulatory system audits role in the pathogenesis of edemas // Const.Congr.Internal; SocPathophysiol. – Moskow, 1991. – P. 168.

12. Кнеппо П., Титомир Л.И. Биомагнитные измерения. – М.: Энергоатомиздат, 1989. – 285 с.

13. Линг Г. Физическая теория живой клетки: незамеченная революция. – СПб.: Наука, 2008. – 376 с.

14. Ling G.N. A physical theory of the living state: the association-induction hypothesis. – New York-London, 1962. – 553 p.

15. Месарович М., Мако Д., Такаро И. Теория иерархических многоуровневых систем. – М.: Мир, 1973. – 344 с.

16. Тамм И.Е. Основы теории электричества. – М.: Наука, 1976. – 616 с.

17. Цыб А.Ф., Вапняр В.В. // Вестник лимфологии, – 2007. – № 3 – С. 9–17.

18. Верещагина Г.В. Нарушение тканевой обеспеченности организма больных раком легкого в трийодтиронине // Вопросы онкологии. – 1983. – № 7. – С. 21–24.

19. Лобов Г.И. Механизм действия внутрисосудистого давления на сократительную функцию миоцитов лимфангионов // III Всесоюзн. симпозиум. Тез. докл. Венозное кровообращение и лимфообращение. – Таллин, 1985. – С. 167.

20. Галль Л. В мире сверхслабых. Нелинейная квантовая биоэнергетика: новый взгляд на природу жизни. – СПб., 2009. – 317 с.

21. Ленинджер А. Биохимия. – М., 1976. – 957 с.

22. Дроздов А.В. V Международный конгресс. Слабые и сверхслабые поля и излучения в биологии и медицин // Сб. избранных трудов. – СПб., 2009. – С. 162–169.

СИНДРОМ «ПУСТОГО» ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

Вологина Н.И., Каленич Л.А.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, e-mail: kalenich.lira@yandex.ru

Указанная патология – инвагинация субарахноидального пространства в интраселлярную область – состояние, обусловленное недостаточностью диафрагмы турецкого седла в результате которой мягкая мозговая оболочка и субарахноидальное пространство внедряются в полость седла, сдавливая гипофиз [2].

В центре основания черепа расположена клиновидная кость. Верхняя поверхность её тела – турецкое седло [1]. Турецкое седло в норме у взрослых имеет саггитальный (расстояние между двумя наиболее удалёнными точками передней и задней стенок седла) размер 9–15 мм. Вертикальный размер измеряется по перпендикуляру, восстановленному от самой глубокой точки дна до межклиновидной линии, которая соответствует положению соединительнотканной диафрагмы седла и в норме составляет 7–13 мм. Над седлом натянут отрог твёрдой мозговой оболочки – мембрана седла. В центре седла находится гипофизарная ямка, где лежит гипофиз. Ножка гипофиза (воронка) проходит через отверстие в мембране седла. Если отверстие в диаметре превышает 5 мм, то такая мембрана считается несостоятельной. При этом расширение субарахноидального пространства идёт за счёт интраселлярной области. Седло кажется пустым, распластанный гипофиз в виде тонкого слоя ткани обнаруживается на его дне. Над областью турецкого седла находится частичный перекрест зрительных нервов (хиазма), переходящих в зрительные тракты. Хиазма (длиной 4–10 мм, шириной 9–11 мм. толщиной 5 мм) покрыта мягкой мозговой оболочкой, снизу граничит с диафрагмой турецкого седла, сверху (в заднем отделе) – с дном III желудочка мозга, по бокам – с внутренними сонными артериями, сзади – с воронкой гипофиза. Прикрепление диафрагмы, её толщина и характер отверстия подвержены значительным анатомическим вариациям. Диафрагма может быть недоразвитой, с резко увеличенным отверстием, через которое в полость седла в разной степени пролабирует супраселлярная цистерна. Анатомически диафрагма седла и хиазма тесно связаны, поэтому нарушения хиазмально-гипоталамо-гипофизарной области приводят к расстройствам зрения.

В клинике глазных болезней Кубмедуниверситета наблюдались трое больных с синдромом «пустого» турецкого седла, двое женщин и один мужчина в возрасте 35–49 лет. У двух женщин – вторичный синдром «пустого» турецкого седла: у одной – после операции удаления аденомы

гипофиза, у второй – после облучения новообразования гипофиза. Пациент – мужчина был с первичным синдромом «пустого» турецкого седла.

Первичное «пустое» турецкое седло является результатом врождённой недостаточности диафрагмы седла (которая обнаруживается в 40–50 % наблюдений) и повышения внутричерепного давления, возникшего вследствие различных причин. Обе женщины-пациентки страдали ожирением.

У всех больных отмечены постоянные головные боли, нейроэндокринные и зрительные расстройства, повышение артериального давления, одышка, обморочные состояния, ухудшение памяти. Головные боли не имели чёткой локализации, были различной степени выраженности от лёгкой до нестерпимой, практически постоянной. Дисфункция гипоталамуса выражалась вегетативными синдромами и вегетативными кризами с ознобом, кардиалгиями, чувством страха, болями в животе, в конечностях, подъёмом температуры, обморочными состояниями. Со стороны зрения характерны выпадения полей зрения (гемианопсии и парацентральные скотомы) и сочетание с глаукомой с низким давлением. У одной пациентки вегетативные кризы, характерные для этого синдрома, привели к нарушению кровообращения в центральной артерии сетчатки. В диагностике синдрома эффективна МРТ головы с характерной триадой симптомов. При первичном синдроме «пустого» турецкого седла лечение не требуется, при вторичном синдроме необходима заместительная гормональная терапия или лечение опухоли гипофиза.

Список литературы

1. Анатомия человека / под ред. М.Р. Сапина. – М.: Медицина, 2009. – С. 118–120.

2. Бабарина М.Б., Кадашев Б.А. «Пустое» турецкое седло (ПТС) // Аденомы гипофиза: клиника, диагностика лечение / под ред. проф. Б.А. Кадашева. – М.: ООО Изд-во «Триада», 2007. – С. 173.

3. Деев А.С. О «пустом» турецком седле при доброкачественной внутричерепной гипертензии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991. – № 10. – С. 106–108.

4. Медведев А.А., Савостьянов Т.Г., Деникина О.Э. Синдром сдавления гипофиза в турецком седле, механизмы развития // Архив патологии. – 1997. – № 3. – С. 32–38.

КОНЦЕПЦИЯ СОЗДАНИЯ УРАЛЬСКОГО ИНСТИТУТА КОНФУЦИЯ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ УГМУ КАК ИНТЕГРАЦИОННОГО МЕХАНИЗМА ОБУЧЕНИЯ ЗАПАДНОЙ И КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Гвоздевич В.Д.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, e-mail: vdgvozdevich@mail.ru

Китайская медицина насчитывает более 5000 лет и доказала свою роль в лечении различных патологических состояний.

Современные российские врачи проявляют большой интерес к достижениям китайской медицины – акупунктура, прижигание, электропунктура, акупрессура, массаж, лечебная гимнастика – цигун, китайская фармакология, диетология, лито и металлотерапия.

Однако, китайская медицина не является на сегодня утвержденной медицинской специальностью в России, хотя в США, Великобритании, Франции, Германии и других странах это официально признанная медицинская профессия. Подготовка в Китае, по данной специальности, включает – бакалавриат – 5 лет очного обучения, 2 года – магистратуры и 3 года – докторантуры. В России, для применения в клинической практике одного из элементов китайской медицины-акупунктуры, необходимо получить очное образование по специальности – «лечебное дело» или « педиатрия» – 6 лет, затем ординатура –по «неврологии» – 2 года и 1 год специализация по «иглорефлексотерапии».

Сегодня в России не существует разработанных программ по подготовке врачей всем разделам китайской медицины.

В результате дополнительной подготовки по «китайской медицине» российские врачи, в дополнения к западным методам лечения патологий, получают испытанные веками способы (акупунктура, прижигания, туйна, гуаша, вакуумный массаж, китайская фармация, китайская диетология и т.д.) лечения тяжелых заболеваний – таких как инсульты мозга. наркология, эпилепсия, детский церебральный паралич, ишемическая болезнь сердца, гипертония, неврастения, артриты, радикулиты, парезы лицевого нерва и другие болезни.

В соответствии с программой Свердловского областного общества Российско-Китайской Дружбы в июне 2014 года принято решение создания экспериментальной группы из студентов УГМУ по изучению китайской медицины в виде дополнительного медицинского образования для сочетания параллельной подготовки по западной медицине и китайской медицине, так как многие учебные дисциплины сходны. Предполагается объединенная вечерняя (в России – в вечернее время) и очная форма обучения (в Китае – летняя практика).

Уральский государственный медицинский университет является постоянным членом Ассоциации Российско-Китайских медицинских университетов, созданной под эгидой 1 Московского медицинского университета имени И.М. Сеченова в 2014 году.

На основе рабочей программы Пекинского Университета Китайской медицины, разработана и утверждена Ученым советом Уральского государственного медицинского института учебная рабочая программа подготовки по «традиционной китайской медицине», рассчитанная на 5 лет.