

Средние значения информационных характеристик признаков синдрома холестаза

Группа	<i>H</i> (бит)	<i>S</i> (бит)	<i>R</i> (%)	<i>D</i> (%)
Контрольная группа	1,135 ± 0,020	0,450 ± 0,020	28,367 ± 1,251	-
ХАГ	1,177 ± 0,033	0,408 ± 0,033	25,753 ± 2,114	2,614 ± 2,114
ХПГ	1,126 ± 0,037	0,459 ± 0,037	28,943 ± 2,343	-0,576 ± 2,343
Цирроз печени	1,197 ± 0,086	0,388 ± 0,086	24,478 ± 5,408	3,889 ± 5,408
Алкогольное поражение печени	1,110 ± 0,040	0,475 ± 0,040	29,977 ± 2,503	-1,610 ± 2,503
Микросфероцитарная гемолитическая анемия	1,205 ± 0,034	0,380 ± 0,034	23,955 ± 2,156	4,412 ± 2,156

В исследовании был также проведен сравнительный корреляционный анализ для информационных характеристик признаков синдрома холестаза и продолжительности заболевания во всех рассмотренных выше группах. При этом получены очень низкие коэффициенты корреляции между информационными характеристиками признаков синдрома холестаза и продолжительностью заболевания, что указывает на слабую линейную зависимость между этими показателями для всех групп больных.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о переходе функциональной системы к устойчивому состоянию при патологии. Наименьшие значения информационной энтропии, наибольшие значения коэффициента относительной организации системы и наименьшие отрицательные значения информационной эквивокации наблюдаются в группах с тяжелыми патологическими изменениями, что указывает на стремление системы к равновесному состоянию в условиях патологического процесса.

#### Список литературы

- Исаева Н.М., Савин Е.И., Субботина Т.И. Исследование биохимических и иммунологических показателей крови при патологии печени с позиции теории информации // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 10-2. – С. 279-280.
- Исаева Н.М., Савин Е.И., Субботина Т.И., Яшин А.А. Биоинформационный анализ биохимических и иммунологических показателей крови при хроническом вирусном поражении печени // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 10-3. – С. 505-507.
- Исаева Н.М., Субботина Т.И. Анализ информационных характеристик признаков синдрома холестаза при желчнокаменной болезни // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 12-5. – С. 650-651.
- Исаева Н.М., Субботина Т.И. Изменение информационных характеристик признаков синдрома холестаза при различных патологических процессах // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 12-5. – С. 654-655.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Новичков Д.А., Хворостухина Н.Ф.,  
Чернова Н.А., Романовская А.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ  
им. В.И. Разумовского Минздрава РФ», Саратов,  
e-mail: khvorostukhina-nf@yandex.ru

Кесарево сечение является самой распространенной операцией в акушерстве. Ежегод-

но во всех странах мира, в том числе и в России, частота абдоминального родоразрешения увеличивается на 1%. Такая тенденция объясняется перинатальной направленностью современного акушерства, которая зачастую склоняет врача к составлению оперативного плана родоразрешения в силу высокой частоты осложнений беременности, наличия экстрагенитальных заболеваний, отягченного акушерско-гинекологического анамнеза. В то же время, по данным литературы, удельный вес инфекционных осложнений после кесарева сечения в 5-20 раз превышает таковой после естественных родов. Кроме того, зарубежные литературные источники утверждают, что частота эндометрита после оперативных родов в плановом порядке достигает 24%, а при экстренном хирургическом вмешательстве – 60%.

Предупреждение гнойно-септических инфекций (ГСИ) и сохранение репродуктивной функции является одной из приоритетных задач здравоохранения. Существует два подхода к предупреждению развития ГСИ: антибактериальная (АБ) терапия и АБ профилактика. В настоящее время доказана необходимость применения перед операцией кесарева сечения антимикробных препаратов с профилактической целью (Клинические рекомендации «Акушерство и гинекология», под ред. Л.В. Адамян, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, О.С. Филиппова; Москва, 2015). Однако даже в одной стране между медицинскими учреждениями существуют значительные различия в стратегии назначения антибиотиков. У ряда акушеров-гинекологов сформировано неверное представление об АБ профилактике. С другой стороны, результаты исследований показывают, что почти в 50% случаев длительное назначение антибактериальных препаратов (5-7 дней после операции) не оправдано, при этом расходы на антибиотики поглощают 30% от всех затрат на медикаменты.

Цель работы: провести сравнительный анализ эффективности применения АБ профилактики и терапии при операции кесарева сечения (КС).

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 109 беременных, родоразрешенных путем операции КС на базе Перинатального центра ГУЗ СГКБ № 8. Ос-

новную группу (n = 45) составили пациентки, у которых за 30 мин до операции проводилась АБ профилактика, в группе сравнения (n = 64) после КС назначались АБ в течение 5 дней. В качестве АБ препарата использовали ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксциллин/клавуланат). Обследование беременных и родильниц включало комплекс стандартных диагностических мероприятий, согласно Приказа МЗ РФ № 572н от 12.11.2012 г.

Результаты исследования: Возраст беременных в обеих группах варьировал от 17 до 39 лет. В плановом порядке КС выполнена у 33 женщин основной группы (73,3%) и у 49 – в группе сравнения (76,6%). Основными показаниями к операции являлись в основной группе: рубец на матке – 51,1% (n = 23), биологическая неготовность родовых путей – 11,1% (n = 5), преэклампсия тяжелой степени – 4,4% (n = 2). В группе сравнения удельный вес этих показаний составил, соответственно: 50% (n = 32), 12,7% (n = 8) и 6,3% (n = 4).

Анализ течения послеоперационного периода в обеих группах показал отсутствие тяжелых гнойно-септических осложнений. В группе сравнения у 4 родильниц (6,3%) на 3-5 сутки после КС отмечена гипертермия, лохиометра по данным УЗИ выявлена у 2 (3,2%). В основной группе была диагностирована только лохиометра (n = 2; 4,5%). Результаты проведенного анализа позволили нам констатировать практически одинаковую клиническую эффективность проводимой АБ терапии и профилактики при операции КС.

Дополнительно нами был произведен расчет коэффициента экономической эффективности затрат в сфере медицинского обслуживания по формуле:  $K_i = C_i + E_n \times K_i \rightarrow \min$ , где:

- $K_i$  – коэффициент;
- $C_i$  – текущие расходы по каждому варианту;
- $E_n$  – нормативный коэффициент эффективности лечения;
- $K_i$  – стоимость лечения 1 больной в календарный день.

Результаты математического анализа позволили установить, что в основной группе средне взвешенное количество затрат на проведение АБ профилактики составило 340 руб. 16 коп. В группе сравнения, где использовалась АБ терапия, общая стоимость затрат достигала 5484 руб. 78 коп. Таким образом, проведение АБ профилактики снижает затраты на лечение в 16,13 раз, а чистая экономия материальных средств составляет 5144 руб. 62 коп.

Заключение: Использование АБ профилактики является не только эффективным и безопасным, как для матери, так и для плода при оперативном родоразрешении, но и экономически выгодным применением лекарственных препаратов для акушерских стационаров.

## ЭМБРИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ СЕЛЕЗЕНОЧНЫХ СОСУДОВ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург,

e-mail: [deptanatomy@hotmail.com](mailto:deptanatomy@hotmail.com)

Начальные этапы развития селезеночных сосудов человека в литературе не описаны, хотя с ними связано органоспецифичное формирование паренхимы селезенки. Принято считать, что кровеносные сосуды вырастают в закладку селезенки у плодов 9-10 нед (Хлыстова З.С., 1987) или формируются на месте, из сети мезенхимных щелей, они даже на 3-м мес еще не полностью эндотелизированы (Lewis P.L., 1959). Я провел исследование на серийных срезах 30 эмбрионов человека 5-30 мм длины (4-8 нед) толщиной 5-7 мкм, окрашенных гематоксилином и эозином, смесью Маллори, альциановым и толуидиновым синими, пикрофуксином, импрегнированных нитратом серебра, ставилась ШИК-реакция.

У эмбриона 4 нед веретенообразная закладка желудка по линии прикрепления дорсальной брыжейки растет быстрее и становится большей кривизной. Вентральный мезогастрий заполняет бурно растущая печень, сдерживая рост малой кривизны желудка. Дорсальная аорта имеет тонкую адвентициальную оболочку, отдает вентральные ветви с эндотелиальными стенками – чревный ствол, верхняя и нижняя брыжеечные артерии. Уже в начале 5-й нед они приобретают очень тонкую адвентициальную оболочку. Чревный ствол дает ветви к желудку: правая становится общей печеночной артерией, краниальная – левой желудочной артерией, левая (поджелудочная) артерия, идет к дорсальному зачатку поджелудочной железы. В конце 5-й нед на гонадной стороне дорсального мезогастрия возникает очаг интенсивной пролиферации клеток – закладка селезенки. Она пронизана протокапиллярами, связанными с поджелудочной артерией, которая становится селезеночной, хотя более очевидным это оканчивается у эмбрионов 7-8 нед, когда селезенка превращается в довольно крупный, обособленный орган. В связи с ростом дорсального зачатка поджелудочной железы и закладкой селезенки мелкие вены дорсального мезогастрия расширяются и сливаются в селезеночную вену на 6-й нед. Она проходит на желудочной стороне брыжейки, ближе к селезенке, чем одноименная артерия, впадает в воротную вену печени (общий ствол брыжеечных вен). Растущий дорсальный зачаток поджелудочной железы, сдавливающий вены с эндотелиальными стенками, и уплотнение мезенхимы в дорсальном мезогастрии обуславливают, видимо, очень неравномерное расширение протокапилляров на протяжении. Так могут возникать венозные синусоиды селезенки.