

Выводы. У больных бронхиальной астмой имеет место дисфункция эндотелия различной степени выраженности, зависящая от степени тяжести заболевания.

УРОВЕНЬ ФЛАКСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Садретдинов Р.А., Полунин А.А.,
Сулейманов Р.Д., Полунин А.И.

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный
медицинский университет», Астрахань,
e-mail: irina-nurzhanova@yandex.ru

Цель исследования. Изучить состояние базального кровотока по показателю флакса у больных хроническим простатитом (ХП).

Материалы и методы. Первую группу наблюдения составили 45 пациентов, поступивших на амбулаторное лечение по поводу хронического неспецифического бактериального простатита (БХП). Во вторую группу вошли 45 больных хроническим абактериальным невоспалительным простатитом (АХП). Методом лазерной доплеровской флоуметрии мы оценивали среднее квадратическое отклонение (СКО) амплитуды колебаний кровотока от среднего арифметического значения, СКО характеризует временную изменчивость перфузии, именуемую в микрососудистой семантике как флакс (flux) и отражает среднюю модуляцию кровотока во всех частотных диапазонах. В качестве стандартной зоны исследования использовалась точка проекции простаты на коже живота над лоном.

Результаты исследования. В группе пациентов с АХП уровень флакса (СКО) до лечения был статистически значимо ниже как по сравнению с группой соматически здоровых лиц, так и по сравнению с группой больных БХП, составляя $0,62 \pm 0,19$ прф. ед. против $0,93 \pm 0,18$ и $0,88 \pm 0,30$ прф. ед. соответственно.

После проведенного лечения уровень флакса у больных как неспецифическим бактериальным, так и абактериальным невоспалительным хроническим простатитом имел статистически незначимую ($p > 0,05$) тенденцию к повышению значения: с $0,88 \pm 0,30$ прф. ед. до $0,92 \pm 0,19$ прф. ед. и с $0,62 \pm 0,19$ прф. ед. до $0,69 \pm 0,20$ прф. ед. соответственно.

При этом в группе больных БХП значение СКО после лечения не имело статистически значимых различий по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p > 0,05$), т.е. приближалось к нормальному значению. В группе же больных АХП значение СКО оставалось статистически значимо ниже по сравнению с группой соматически здоровых лиц ($p < 0,001$) и с группой больных БХП ($p < 0,001$).

Выводы. Динамика показателя СКО у пациентов с абактериальным невоспалительным хроническим простатитом указывает на непол-

ное восстановление активных регулирующих механизмов микрокровотока в простате и малом тазу при застойных явлениях после проведенного лечения. Полученный факт является достоверным критерием неблагоприятного прогноза у пациентов с хроническим абактериальным невоспалительным простатитом относительно восстановления функции простаты, отражая значимость застойных процессов в формировании патологического процесса в предстательной железе.

РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА В РАЗВИТИИ БЕСПЛОДИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Садретдинов Р.А., Воронина Л.П.,
Полунин А.А., Мирошников В.М.

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный
медицинский университет», Астрахань,
e-mail: irina-nurzhanova@yandex.ru

Цель исследования. Исследовать активность перекисного окисления липидов, белков и антиоксидантной защиты у бесплодных больных хроническим простатитом (ХП).

Материалы и методы. Обследовано 140 фертильных, 140 бесплодных больных ХП и 50 соматически здоровых мужчин (группа контроля). Интенсивность перекисного окисления липидов сыворотки крови определяли по содержанию малонового диальдегида в составе продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК). О состоянии антиоксидантной защиты судили по активности супероксиддисмутазы (СОД) в сыворотке крови. Исследование металл-катализируемой окислительной модификации белков в сыворотке крови проводили посредством определения уровня карбонильных производных (КП).

Результаты исследования. У бесплодных больных ХП значение активности СОД было статистически значимо ($p < 0,001$) ниже по сравнению как с группой контроля, так и с группой фертильных больных ХП: $10,9 [2,5; 17,85]$ у.е./мл против $21,8 [16,2; 26,2]$ у.е./мл и $15,6 [10,8; 21,4]$ у.е./мл соответственно.

Уровень ТБК-активных продуктов в группе бесплодных больных ХП был статистически значимо ($p < 0,001$) выше по сравнению как с группой контроля, так и с группой фертильных больных ХП: $8,8 [6,25; 11,7]$ мкмоль/л против $2,15 [0,62; 4,22]$ мкмоль/л и $7,4 [4,5; 8,8]$ мкмоль/л соответственно. Уровень КП в группе бесплодных больных ХП был статистически значимо ($p < 0,001$) выше по сравнению как с группой контроля, так и с группой фертильных больных ХП: $16,9 [13,8; 20,5]$ ед. опт. пл./мл против $5,9 [5,6; 6,4]$ ед. опт. пл./мл и $15,1 [11,5; 16,9]$ ед. опт. пл./мл соответственно.

Выводы. Как у бесплодных, так и у фертильных больных хроническим простатитом, наблюдалась активация процессов перекисного

окисления белков, липидов (увеличение уровня ТБК-активных продуктов и КП) и снижение активности антиоксидантной защиты, (снижение активности СОД в сыворотке крови). Причем выраженность данных процессов у бесплодных больных ХП была выше, чем у фертильных пациентов. Этот факт указывает

на роль оксидативного стресса в развитии бесплодия у больных ХП, что подтверждалось наличием корреляционных взаимосвязей между наличием бесплодия и активностью СОД ($r = -0,57$; $p < 0,001$), уровнем ТБК-активных продуктов ($r = 0,59$; $p < 0,001$), уровнем КП ($0,58$; $p < 0,001$).

**«Фундаментальные исследования»,
Чехия (Прага), 10–16 мая 2016 г.**

Медицинские науки

**БИОЭТИКА В ДИСКУРСЕ
СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ**

Доника А.Д.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru*

Традиционная концепция медицинских профессий как социального института и варианта социального взаимодействия определяет направления современных исследований в области междисциплинарных исследований, актуализированных современными социально-экономическими тенденциями, в частности, образования рынка медицинских услуг. Исследованию современной профессиональной роли врача в контексте интерпретации Т. Парсонсом ее социальных характеристик: масштаба, способа получения, уровня эмоциональности, формализации и мотивации, наиболее соответствует категориально-понятийный аппарат социологии медицины, позволяющий раскрыть социально-психологические детерминанты профессионального развития личности в динамике ее социализации.

Поскольку в медицинских науках появляются персонализированная и стратификационная медицина, в междисциплинарном поле медицины, биологии (генетики), химии развиваются биотехнологии лечения социально значимых заболеваний, неизбежно возникают этические конфликты. В связи с этим современным трендом исследований профессионализации в медицине является его биоэтический контент.

Проведенный обзор современных исследований в междисциплинарном поле социологии медицины позволил сделать вывод, что в целом российские исследования в своей методологии основаны на классических представлениях о профессии и сохраняют континентальный (европейский) подход к понятиям профессий и профессионализма, сохраняя предметом исследования профессиональную идентичность, карьерные траектории, профессиональное обучение и общекультурные компетенции (Блюдников С.А., 2011; Рудегко А.Ю., 2012; Леонова В.А., 2013; Карпович А.В., 2015; Айвазян Ш.Г., 2016). Авторами раскрыто содержание таких социально-значимых феноменов профессиона-

лизации медицинских специалистов как, воспроизводство научного потенциала, социально-ориентированный менеджмент в медицине, профессиональные деформации, депрофессионализация. Полученные в инициативных авторских исследованиях результаты позволяют прогнозировать дальнейшее развитие негативной тенденции социальной депривации медицинских специалистов в области биомедицинских наук, и увеличение интереса исследователей к биоэтическим аспектам профессионализации в медицине.

**НАЧАЛЬНЫЕ ЭТАПЫ МОРФОГЕНЕЗА
ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ**

Петренко В.М.

*Российская академия естествознания,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Тонкая кишка образует 12-16 петель, в т.ч. 7 дистальных петель подвздошной кишки. До сих пор этот факт не получил своего объяснения, хотя морфогенез брыжеечной части тонкой кишки подробно описан (Колоколова Е.П., 1964, 1965; Лобко П.И. и др., 1983). Я изучил 200 зародышей человека 4-20 нед., в т.ч. методом препарирования, начиная с эмбриона 5,5 нед.

У эмбриона 4 нед быстро удлиняющаяся средняя кишка образует вентральный изгиб в сагиттальной плоскости. Первичная кишечная петля выходит за пределы целомической полости под давлением печени на 5-й нед, когда ее верхушка входит в полость пупочного стебелька и образует пупочную кишечную петлю (ПКП). У эмбрионов 6,5–7 нед. начинается спирализация нисходящего колена ПКП с образованием первых вторичных кишечных петель. Удлиняющаяся в ограниченном объеме полости пупочного стебелька средняя кишка «складывается» в три треугольные петли справа и ниже слепой кишки. Расширяясь, они приобретают подковообразную форму. У эмбрионов 7–8 нед. определяются сначала 5, а затем и все 7 петель подвздошной кишки. Они находятся целиком в полости пупочного грыжевого мешка на разных этапах морфогенеза и в разных плоскостях. На 8-й нед. печень