способность понимать данную информацию, способность осознавать характер данной ситуации, способность оценивать относящиеся к делу факты, способность осуществлять выбор, способность использовать понятную информацию для принятия реалистичных решений, способность понять последствия согласия или несогласия. Кроме того, по критерию ограничений правоспособности давать согласие на медицинское вмешательство выделяют «категории субъектов». Среди последних различают следующие группы: лица, которые пока еще не в состоянии принимать самостоятельные решения; лица, которые уже не могут принимать самостоятельные решения; лица, которые временно не в состоянии принимать самостоятельные решения; лица, которые постоянно не в состоянии принимать самостоятельные решения.

В свою очередь, существуют и «категории обстоятельств», такие как: неблагоприятные экономические условия, неграмотность социально-культурные обстоятельства, подневольные категории лиц (например, заключенные).

Кроме того, правоспособность пациента может быть ограничена по ряду «категорий практики»: клиническое лечение и обследование, эпидемиологическое исследование (н-р, использование ранее собранных данных), общественное здоровье (н-р, вакцинация), чрезвычайные условия (н-р, реанимация).

Список литературы

1. Доника А.Д. Медицинское право: европейские традиции и международные тенденции // Биоэтика. – № 2(10). – 2012. – С.59–62.

2. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика – 2015 – № 1(15) – С.58–60.

РАК ТЕЛА МАТКИ В СТРУКТУРЕ ОНКОПАТОЛОГИИ НА СЕВЕРО-ЗАПАДЕ РОССИИ

[1]Хорева О.В., [2]Казаков А.В., [1]Казакова С.А., [1]Ирхина И.Е., [1]Капустин Е.О., [1]Османова Г.Ш.

[1]Северный государственный медицинский университет, Архангельск, e-mail: khoreva69@mail.ru;
[2]ООО «Медицинский центр «ДИАМЕД», Архангельск

В структуре онкологической патологии у женщин рак матки занимает четвертое место по распространенности, уступая раку молочной железы, толстой кишки и легких, и седьмое место среди причин смерти от злокачественных опухолей. Ежегодно в мире выявляют примерно 500 000 новых случаев рака тела матки, из них 15000 – в России. На долю этого заболевания в среднем приходится 4,4% в развитых странах, 5,2% в РФ и до 15% в развивающихся государствах. В странах Европы заболеваемость раком матки составляет от 13 до 24 случаев на 100 000 женщин, а смертность – 4–5.

За последние 10 лет прирост заболеваемости раком тела матки в России составляет 23,83%, а среднегодовой темп прироста 2,11%; смертность – 5 на 100 000 населения, что значительно ниже, чем в Мексике (17) и выше, чем в Финляндии (1). За последние 10 лет прирост смертности от рака тела матки составил 7,22%, среднегодовой прирост – 0,69%.

Примерно 30% новых случаев заболевания диагностируются на последних стадиях развития, поэтому показатели летальности на первом году после постановки диагноза неутешительны.

Нами была проанализирована медицинская документация (истории болезни, амбулаторные карты) 1082 женщины с новообразованиями в матке, проживающие в различных районах Архангельской области и в областном центре: 868 из числа городских и 214 из числа сельских жителей, что соответственно составило 80% и 20%. Средний возраст пациенток, обратившихся за медицинской помощью – 50–70 лет, что составляет 32–34%. Злокачественные новообразования тела матки составляют 45%. При жизни, впервые было взято на учет 95% жительниц; 86% пациенток обратились в ЛПУ самостоятельно, у остальных 14% онкопатология была выявлена при других обстоятельствах (диспансеризация, профосмотр и др.).

97% диагнозов было подтверждено гистологически (трепан-биопсия), 2% – эхоскопически (УЗИ). Наиболее распространенными гистологическими формами рака тела матки были эндометриоидная карцинома и аденокарцинома (63,5% и 18,6% соответственно). Остальные 17,9% составили аденосквамозная карцинома, лейомиосаркома и другие морфологические варианты опухолей.

В 58,8% диагностировалась 1 стадия опухоли, в 15,5% – 2 стадия, в 18,4% – 3 стадия, в 4,2% – 4 стадия. Невыраженная картина стадийности онкопатологии, составила 3.1%. Следует отметить, что частота первичной диагностики опухоли, соответствующей 1 и 2 стадиям мало чем отличалась у пациенток из районов Архангельской области, однако, значительно чаще первичный диагноз опухоли 3 стадии (22,9% против 15,6%) и 4 стадии (5,7% против 3,1%) отмечен у жительниц сельской местности относительно городских пациенток. Это указывает на несвоевременность обращения сельских жительниц за медицинской помощью.

Отдаленные метастазы имели 7,6% городских пациенток и 8% пациенток из районов Архангельской области. Наиболее частой локализацией отдаленных метастазов были легкие и плевра (19,2%), печень (15,6%), яичники (8,4%), множественные метастазы (19,2%). Следует отметить, что множественные метастазы наблюдались значительно чаще у пациенток

из районов Архангельской области (29,4%), чем у жительниц областного центра (16,6%).

Анализ выживаемости пациенток после диагностики и лечения онкопатологии тела матки показывает, что в течение года 27% больных умерли от основного заболевания (злокачественное новообразование), 5% умерли от других заболеваний и 68% живы. Это еще раз показывает, что летальность от рака тела матки остается достаточно высокой. Однако, при своевременном обращении в лечебное учреждение, ранней диагностике опухоли можно повысить качество жизни и среднюю выживаемость пациенток со злокачественными новообразованиями матки.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ РАЗЛИЧНОЙ ИНТЕСИВНОСТИ НА УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ У СТУДЕНТОВ

Хорева О.В., Хорева Е.А.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, e-mail: khoreva69@mail.ru

Целью нашей работы было определение колебаний уровня гликемии у студентов при психоэмоциональной нагрузке различной интенсивности. В эксперименте принимали участие 9 студентов – 8 девушек и 1 юноша в возрасте от 19 до 22 лет.

Для выявления групп риска развития сахарного диабета был проведен тест толерантности к глюкозе. Исследование проводилось утром натощак с помощью глюкометра «Accu-Chek Active». Определялся базальный уровень гликемии, после чего делалась сахарная нагрузка (50 г глюкозы, разведенной в 250 мл воды) и определялся уровень содержания глюкозы в крови через 30, 60, 90, 120 и 180 минут. Производилась оценка гликемической кривой каждого студента посредством расчета коэффициента толерантности и коэффициента Бодуена. В целях определения типа вегетативной нервной системы оценивался индекс Кердо (вегетативный индекс). Для определения нервно-эмоционального состояния студентам был предложен психологический тест, на основании которого выявлялся риск развития психоэмоционального напряжения (в баллах). Для выявления влияния умственной и эмоциональной нагрузки на уровень сахара в крови оценивались показатели гликемии перед началом и по окончании обычного занятия, зачетного занятия и экзамена. Оценка достоверности полученных результатов проводилась с использованием критерия Стьюдента.

У всех обследуемых показатели гликемической кривой были в пределах нормы. Базальный уровень гликемии в среднем составлял 5,0±0,08 ммоль/л. Через 30 минут наблюдался максимальный уровень содержания глюкозы в крови 6,9±ммоль/л в среднем. К концу третьего часа после сахарной нагрузки уровень гликемии у всех обследуемых вернулся к исходному. Однако 2 студента из 9 составили группу риска развития сахарного диабета (коэффициент толерантности к глюкозе >15). Коэффициент Бодуена в среднем по обследуемой группе составил 39,0±5,96%, что соответствует норме. Однако надо отметить, что у четырех студентов коэффициент Бодуена был выше 50%, что указывает на повышенную вегетативную возбудимость. У этих же студентов статистически достоверно ($p<0,003$) наблюдался наибольший скачок уровня гликемии через 30 минут после сахарной нагрузки (на 2,6, 2,9, 2,9, 2,8 ммоль/л) по сравнению с имеющими значение коэффициента Бодуена, соответствующее норме. В среднем по этой группе он составил 7,8±0,04 ммоль/л. У группы, в которой коэффициент Бодуена был ниже 50%, уровень гликемии в первые 30 минут не превышал исходного более чем на 2,0 ммоль/л. В среднем уровень сахара в крови в этой группе составил 6,2±0,26 ммоль/л.

При расчете индекса Кердо (ИК) было выявлено, что у 5 человек из 9 (61,1%) преобладает тонус симпатической нервной системы (ИК>0). Индекс Кердо в этой группе составил от 3 до 32. У остальных студентов (38,9%) ИК <0 (от –2,9 до -7) преобладает тонус парасимпатической нервной системы. У студентов с симпатотонией наблюдался наибольший скачок гликемии через 30 минут после сахарной нагрузки ($p<0,001$). Максимальный уровень гликемии в среднем в этой группе составил 7,6±0,18 ммоль/л, а у студентов с ваготонией – 6,0±0,23 ммоль/л.

При оценке показателей уровня гликемии в условиях обычного занятия было выявлено, что уровень содержания глюкозы в крови несколько повысился у всех студентов по окончании практического занятия (5,4±0,16 ммоль/л в среднем), тогда как перед началом занятия уровень гликемии составлял 4,9±0,10 ммоль/л. У студентов с симпатотонией уровень сахара в крови после занятия был несколько выше, чем у студентов с ваготонией (5,6±0,22 и 5,2±0,19 ммоль/л соответственно). Во время занятия было опрошено устно 6 студентов. Именно эти студенты имели наибольший скачок уровня содержания глюкозы к концу занятия. В среднем к концу занятия уровень гликемии у опрошенных студентов составил 5,6±0,22 ммоль/л. У студентов, не подвергшихся устному опросу, уровень глюкозы в крови в среднем соответствовал 5,1±0,03ммоль/л. У лиц с симпатотонией содержание глюкозы в крови после устного опроса было несколько выше, чем у лиц с ваготонией – 6,0±0,07 ммоль/л и 5,1±0,27 ммоль/л соответственно.

При определении уровня гликемии до и после зачетного занятия наблюдалась другая картина. В этом случае максимальный уровень гликемии определялся перед началом зачета и соответствовал 6,5±0,16 ммоль/л, а после за-