

секретом и слущенным эпителием, инфильтрация межальвеолярных перегородок сегментоядерными лейкоцитами, обширные очаги эмфиземы [2]. В этот период аспирации крови могут также появляться эритрофаги. Эритрофагоцитоз проявляется в виде цитоплазматических включений, содержащих нативные или в форме клеток-«теней» эритроциты. Можно также наблюдать адгезию макрофагов и эритроцитов, которая проявляется образованием множественных структур в виде «розеток». Указанные изменения могут быть особенно выражены при аспирации ацидопепсина (при моделировании аспирации желудочного содержимого) за счет ожога слизистой оболочки дыхательных путей. Кроме того, аспирация ацидопепсина приводит к повреждению альвеолярного эпителия. В связи с этими процессами возрастает проницаемость альвеолярно-капиллярной мембраны, что способствует развитию и прогрессированию отека легких [4]. К компенсаторно-приспособительным процессам в этот период можно отнести расширение альвеол без признаков компрессии сосудов микроциркуляторного русла, расширение лимфатических сосудов в целях отведения внесосудистой жидкости, приток сегментоядерных лейкоцитов и макрофагов, как фактор клеточной защиты, полнокровие капилляров без развития агрегации эритроцитов и стазов. Однако, эти изменения носят кратковременный характер [3].

Через 3 часа после аспирации крови в просвете многих альвеол нарастает лейкоцитарная и макрофагальная инфильтрация, усиливаются нарушения кровообращения: наблюдается выраженное полнокровие капилляров, развитие сладжей [2]. Через 6 часов возрастает площадь ателектазов и дистелектазов в результате закрытия просвета бронхиол.

Через 17-20 часов наблюдения в гистологической картине начинают появляться такие элементы как гемолиз эритроцитов, их фрагментация в цитоплазматических фагоцитарных вакуолях эритрофагов, внутриклеточные отложения зерен гемосидерина, появление гемосидерофагов.

В последующие 24 часа возрастает объем «мертвого» пространства, усиливаются расстройства микроциркуляции, наблюдается сгущение крови, что усугубляет гипоксическое состояние организма и способствует увеличению расстояния между клетками эндотелия, повышению проницаемости сосудов с развитием интерстициального и интраальвеолярного отека. В этот период большинство межальвеолярных перегородок утолщены, выражена инфильтрация, достоверно уменьшается диаметр альвеол [3].

На 2-е сутки выявляется некроз альвеолярных стенок. Если кровь находится в альвеолах продолжительное время, то можно наблюдать эффект «инкрустации» эластических мембран мелких сосудов, также известный как «минерализация». Инкрустированные эластические волокна становятся хрупкими и могут фрагментироваться, иногда провоцируя формирование гигантских клеток инородных тел [4]. Экспериментально установлено, что в случае выживания организма после гемаспирации кровь из просвета альвеол исчезает в течение нескольких дней.

Таким образом, выявляя динамику морфологических изменений в легких при гемаспирации на фоне развития компенсаторных реакций и патологических процессов, можно активно воздействовать на звенья патогенеза с целью достижения благоприятного исхода аспирации крови. Четкие хронологические рамки морфологических изменений в легких при гемаспирации позволяют с наибольшей вероятностью установить давность, «прижизненность» процесса, выявить возможность рецидивов, избежать ошибок в диагностике и лечении больных с данной патологией.

Список литературы

1. Городовикова Ю.А. Роль аспирации в развитии острого повреждения легких у больных с изолированной черепно-мозговой травмой: автореферат дис. ... кандидата мед. наук / Ю.А.Городовикова; ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН на базе ГУ ГКБ имени С.П.Боткина Департамента Здравоохранения г. Москвы. М., 2009. 24 с.
2. Морфологические признаки острого повреждения легких различной этиологии (экспериментальное исследование) / В.В.Мороз [и др.] // Общая реаниматология. 2010. Т. VI, № 3. С. 29-34
3. Шамаев П. Судебно-медицинская оценка динамики морфологических изменений дыхательной системы при аспирации желудочного содержимого и крови: автореферат дис. ... кандидата мед. наук / П.Шамаев; Российский университет дружбы народов Федерального агентства по образованию РФ. М., 2011. 22 с
4. <http://andreas-zarus.livejournal.com/71363.html>

ПРОБЛЕМЫ ЭПОНИМОВ В ПАТОФИЗИОЛОГИИ

Пархоменко Н. В., Зубенко И.В., Гребенникова И.В.

ГОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия,
nicolayppp@gmail.com

Изучение эволюции клинического мышления, диагностики, истории и развития клиники, медицины невозможно без знания клинической терминологической эпонимии. Изучение эпонимических терминов способствует раскрытию клинических дисциплин, диагностического процесса мышления, а также формированию терминологической компетенции у студентов-медиков, овладению ими языком специальности [2].

Цель данной работы состоит в том, чтобы представить читателям ряд широко употребляемых терминов в патофизиологии – эпонимов, а также раскрыть проблемное поле их применения в настоящее время.

Эпонимам посвящено множество трудов, как лингвистов, так и представителей самых разных областей знания, в том числе медицины. «Эпоним» в переводе с греческого - «имя дающий». Лингвистический термин «эпонимия» означает - образование новых слов на основе имен собственных. Первое упоминание слова «эпоним» восходит к ранней истории. В Древнем Египте по имени бога, правителя или какого-либо героя называли города и поселения. А в Древнем Риме и Греции эпонимом называли лицо, от которого происходило название народа или местности.

Сейчас трудно найти ту область медицины, где бы ни применялись эпонимы. Наряду с классическими терминами, вошедшими в употребление в XVI – XIX веках, появляются все новые, отражающие этапы развития медицины. В таких областях, как, например, анатомия, патофизиология, психология эпонимы употребляются давно и постоянно. Так, например, в патофизиологии до сих пор широко используют следующие эпонимы: стресс-реакция Селье (син.: адаптационный синдром), индекс Брока (син.: индекс массы тела), Хвостека симптом (син.: лицевой феномен), синдром Шедьяка-Хигаси (тяжелый комбинированный иммунодефицит) и др.

В настоящее время издано большое количество словарей медицинских терминов-эпонимов, причём часто для каждой медицинской специальности отдельно. Так патофизиологи используют следующие издания: толковый словарь избранных медицинских терминов (эпонимы и образные выражения), под редакцией Л.П. Чурилова с соавт. [5], словарь медицинских терминов, автор Литвицкий П.Ф. [4], энциклопедический словарь медицинских терминов, под редакцией. Б.В.Петровского [6] и др.

Чем же объясняется такая популярность «незаконных» эпонимических терминов у практикующих врачей? Эпонимы улучшают запоминание многих медицинских терминов, в связи с тем, что они вызывают ассоциации с внешним видом больного, его поведением, с его статусом в обществе. Например, синдром

Отелло ассоциируется с бредом ревности, а термин Баваризм – смешение грез с реальностью, представление человека себя иным, чем он есть на самом деле. К эпонимам часто прибегают, если не удаётся подобрать удовлетворительного (например, компактного, простого для запоминания) и квалификационного термина, чтобы отобразить признак сложного феномена.

Профессор Judith A Whitworth считает, что эпонимы крайне полезны. Автор приводит в качестве примера синдром Туретта. Если отказаться от эпонимичного синонима, то его (синдром) придется назвать «сочетанием тикообразных подергиваний мышц лица, шеи и плечевого пояса, произвольных движений губ и языка с частым покашливанием, сплевыванием и копролалией» [7].

При всех положительных качествах эпонимов следует упомянуть и их недостатки. В последние годы эпонимизация подвергается вполне обоснованной критике. Прежде всего, это трудности отнесения эпонимов к конкретным лицам, имя которых хочет увековечить автор эпонима. Так, например, aroneurosis peritoneoperinealis (брюшинно-промежностная фасция (апоневроз), впервые описанная Денонвиллье) называется некоторыми зарубежными авторами как фасция Терелла, а отечественными – как апоневроз Салищева.

В британском медицинском журнале несколько экспертов высказались против использования эпонимов в медицинской терминологии. В частности, A. Woywodt и E. Matteson считают, что их следует заменить на более понятные термины. Считается, что «именные» названия облегчают запоминание. Но в одном исследовании из 92 хирургов-ортопедов лишь десять смогли объяснить, что такое проба Финкельштейна [8].

При изучении эпонимов необходимо помнить, что, представляя индивидуальные наименования объектов и процессов в жизни общества, в том числе, научной жизни, эпонимы во многих случаях теряют качества таких индивидуальных обозначений – язык забывает первоначальное имя собственное. Вряд ли кому-нибудь придет в голову вспомнить имя римской богини весны и садов, любви и красоты Венеры, когда применяют эвфемизмы венерические болезни, венерология, вендиспансер [3].

К тому же, нередко несколько различных симптомов называются по имени одного и того же автора (известно более 10 симптомов и рефлексов Бехтерева, 4 менингеальных симптома Брудзинского, 5 симптомов Бабинского). Чтобы прекратить путаницу в современных условиях, эпонимические термины рекомендуется заменять на более квалификативные. Исключение должны составить термины, прочно вошедшие в медицинскую терминологию и имеющие производные слова. Например, tuba auditiva (слуховая труба) или tuba Eustachii (Евстахиева труба) дает название клиническому термину eustachiiit (евстахиит – воспалительный процесс острого или хронического типа, локализованный в слуховой трубе); sinus maxillaris (верхнечелюстная пазуха) или sinus Highmori (Гайморова пазуха) - higmoritis (гайморит – воспаление верхнечелюстной придаточной пазухи) [1].

И все же нет сомнения, что многословные неудобные термины не смогут вытеснить из медицинской терминологии нейтральные эпонимические синонимы.

В свете всего сказанного можно резюмировать, что применение терминов-эпонимов способствует лучшему запоминанию, адаптации в многообразии медицинских понятий, как в клинической практике, так и в теоретических науках. Так же это объясняется

и стремлением современных патофизиологов рассматривать новые факты с позиции истории медицины, развивать новые идеи на базе классической медицины, углублять сложившиеся представления об особенностях развития и становления болезни.

Список литературы

1. Актуальные вопросы упорядочения медицинской терминологии / под ред. И.П. Лидова. М.: Советская энциклопедия, 1981. 110 с.
2. Лаптева Е.А. / Функционирование эпонимических терминов в энциклопедических статьях медицинского характера / Е.А. Лаптева // Филологические науки. Вопросы теории и практики. Тамбов: Грамота. 2014. № 12 (42): в 3-х ч. Ч. II. С. 106-108.
3. Лейчик В.М. Обсуждение проблем эпонимии в современной науке [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.ling-expert.ru/conference/langlaw/leitchik_epomym.html
4. Литвицкий П.Ф. / Словарь медицинских терминов // П.Ф. Литвицкий. М.: Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова. 2004. 252 с.
5. Толковый словарь избранных медицинских терминов (эпонимы и образные выражения) / под ред. Л.П. Чурилова, А.В. Колобова, Ю.И. Строева. Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб, 2010. 336 с.
6. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Под ред. Б.В.Петровского. М.: Советская энциклопедия. Т. 1-3. 1983.
7. Whitworth Judit A. Should eponyms be abandoned? No / Judith A Whitworth // BMJ. 2007 Sep 1. - 335(7617). P. 425.
8. Woywodt Alexander Should eponyms be abandoned? Yes / Alexander Woywodt, Eric Matteson // BMJ. 2007 Sep 1. 335(7617). P. 424.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАСТРОЙСТВ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ ПОЖАРОТУШЕНИЯ

Полохов Е.В., Попов К.В., Попова И.А., Долгих В.Э., Склярова Т.П., Дорохов Е.В., Лидохова О.В.

Воронежский государственный медицинский университет, Воронеж, Россия, poluhigor@rambler.ru

По данным статистики МЧС России на 2014 год количество пожаров в Воронежской области составило 2233, 168 человек погибло. Эти цифры делают пожары одними из самых распространенных ЧС в нашем регионе. Неслучайно состояние физического и особенно психического здоровья ликвидаторов данных происшествий имеет особенное значение.

Посттравматическое стрессовое расстройство (посттравматический стрессовый синдром) – психологическое состояние, которое возникает в результате психотравмирующих ситуаций, выходящих за пределы обычного человеческого опыта и угрожающих физической целостности субъекта или других людей. Формирование такого синдрома негативно сказывается на жизни человека, приводит к множественным нарушениям функционирования физиологических систем (расстройства сна, церебрального, психопатологические нарушения), приводящим к снижению работоспособности, что в случае с работниками МЧС может привести к последствиям фатальным как для самих пожарных, так и для терпящих бедствия людей.

Цель работы: Выявление посттравматических стрессовых расстройств у участников пожаротушения для последующей коррекции данных состояний.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 50 пожарных из двух частей г. Воронеж и 10 студентов ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (контрольная группа). Были проведены исследования с помощью прибора УПФТ – 1/30 «Психофизиолог» (вариационная кардиоинтервалометрия с активной ортостатической пробой, тест Спилбергера), тест Ландольта, Люшера, тестирование по опроснику травматического стресса (И.О. Котенёв).

Результаты и их обсуждение

По результатам тестирования по опроснику посттравматического стресса (ПТСР) в 56 % случаев были выявлены отдельные, незначительные симптомы нарушения социальной и профессиональной адаптации. У 36% группы отмечены незначительные симптомы, выраженные в трудности засыпания, повышенной