

цессе заживления раны был проведен анализ динамики изменений в органе лимфоидной системы – тимусе, в зависимости от фазы заживления.

На 3-и сутки после нанесения экспериментальной травмы у животных, в фазе острого воспаления, морфометрические изменения тимуса характеризовались увеличением площади коркового вещества, что составило  $143,3 \pm 6,3$  усл.ед., отмечалось максимальное снижение площади мозгового вещества  $-76,8 \pm 5,2$  усл.ед. В эти сроки происходит увеличение относительной массы тимуса на 137,1% и составляет  $5,25 \pm 0,96$  мг. Наши данные сопоставимы с исследованиями Захарова А.А. (2008) [5].

Результаты исследования экспериментальных животных на 15-е сутки, характеризующие пролиферативную фазу воспалительного процесса при огнестрельном ранении, показали, что площадь коркового вещества долек тимуса снизилась до  $111,8 \pm 6,4$  усл.ед. Анализ массы тимуса у крыс в динамике выявил снижение, относительно острой фазы, данных показателей, но оставался выше уровня контроля, и составил 106,5%.

На 25 сутки, характеризующие адаптивную фазу воспалительного процесса при огнестрельном ранении, отмечалась нормализация площади коркового и мозгового вещества тимуса, и составила  $105,1 \pm 4,7$  усл.ед. и  $87,7 \pm 4,8$  усл.ед. соответственно. Показатели относительной массы тимуса также не отличались от контрольной группы.

Таким образом, динамика морфологических данных указывает на закономерные изменения органов иммунной системы в зависимости от фазности воспалительного процесса при огнестрельном ранении.

#### Список литературы

1. Кесян Г.А. Вестник травматологии ортопедии. Т.2. – 2001. – С. 30-31.
2. Данилов Р.К. Раневой процесс: гистологические основы. – СПб., 2008. – С.14.
3. Дюсембаева А.Т. Материалы XV Международной научной конференции. – Г. Торремолинос, Испания, 2011. – С. 155.
4. Мурзабаев Х.Х. Морфологические основы посттравматической регенерации тканей органов опорно – двигательного аппарата (экспериментальное исследование): дис. ... д-ра мед. наук. – Уфа, 2002. – С. 73.
5. Захаров А.А. Морфология. – 2008. – Т. 2, №3. – С. 36.

### ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩЬЮ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Масленникова Т.С., Немова И.С.

Поликлиника филиала №2 ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко, Одинцово-10; ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, e-mail: nemova\_irina@bk.ru

Проблемы обеспечения и оценки качества медицинской помощи (МП) являются одними из приоритетных задач системы здравоохране-

ния. Внедрение новых медицинских технологий и моделей организации медицинской помощи должны быть направлены на повышение качества. При внедрении в жизнь мероприятий по улучшению качества МП необходимо учитывать мнение населения, в интересах которого осуществляются реформы.

**Цель исследования:** оценить степень удовлетворенности пациентов стационарной помощью в терапевтическом отделении (ТО) поликлиники.

**Материалы и методы.** Базой исследования явилось поликлиника филиала №2 ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко, (ТО). С целью оценки деятельности медицинского персонала были изучены отчеты за 2009-2010 гг., включающие сведения о пролеченных пациентах. Проанкетировано 402 пациента, из них 54,5 % составляли женщины, а 45 % – мужчины. 201 пациент проходил лечение в стационаре и столько же – в ТО.

Оценка удовлетворенности пациентов осуществлялась с помощью социологического опроса по специально разработанной анонимной «Анкете опроса пациента», содержащей 35 учетных признаков (Бахтина, 2009). В анкету входили социально-демографическая характеристика пациента, оценка комфортности пребывания в стационар, мнения респондентов о профессиональных качествах лечащего врача, медицинских сестер, общей удовлетворенности качеством медицинского обслуживания.

**Результаты.** Проведенный социологический опрос пациентов показал, что качеством оказанной им стационарной помощи полностью удовлетворены две трети (67,2%) опрошенных, 15,2% не вполне удовлетворены, 1,6% не удовлетворены вовсе, а 16,0% пациентов затруднились ответить на этот вопрос.

Установлено, высокое мнение пациентов ТО об отношении к ним лечащего врача: 88,7% считают, что врач всегда внимателен, тактичен; все же каждый десятый респондент заявил, что врач уделяет недостаточно внимания пациентам, хотелось бы больше, а 0,7% считают, что врач всегда спешит, нетактичен и даже откровенно груб. Доля недовольных отношением лечащего врача оказалась выше среди лиц молодого возраста (15,4%) по сравнению с пациентами в возрасте 50 лет и старше (4,2%), а также среди женщин (14,0%) по сравнению с мужчинами (6,1%); уровень образования респондентов значимого влияния на данный параметр не оказывал.

Распределение ответов пациентов на вопрос «Где бы Вы предпочли лечиться, если бы у Вас был выбор?» показало: лечиться где угодно, только не в данной поликлинике составило 1,5% пациентов; 26,7% респондентов оказались безразличны к больнице, им было все равно, где лечиться, а 71,8% пациентов предпочли бы лечиться только в данной больнице.

**Вывод.** Таким образом, в экспериментальном терапевтическом отделении эффективно организована стационарная помощь с опорой на средний медицинский персонал.

### МЕХАНИКА МОРФОГЕНЕЗА БРЫЖЕЕЧНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ У БЕЛОЙ КРЫСЫ

Петренко В.М.

*Международный морфологический центр, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Форма краниальных брыжеечных лимфоузлов (КБЛУ) описана в литературе очень противоречиво. Т.Н. Савицкая (1985) и О.Ю. Смирнова (2002) отмечают, что у плодов крысы зачатки КБЛУ имеют треугольную, лентовидную и неправильную овальную форму, а к моменту рождения – только округлую или овальную форму. К 14-м сут постнатальной жизни форма КБЛУ становится бобовидной (Морозова Е.В., 1990). С.В. Свиринов (2010) в своей диссертации, а вслед за ним и П.В. Пугач (2010,2011) в своих статьях выделяют, причем исключительно на срезах, без реконструкции, следующие формы КБЛУ у новорожденных белой крысы – округлая, овальная, веретеновидная, бобовидная, лентовидная. Морфогенез КБЛУ как таковой, а тем более его механизмы не рассматриваются.

Я провел исследование развития КБЛУ у 40 эмбрионов и плодов 12-21 сут, 10 новорожденных (1-е сут) и 40 белых крыс 1-го мес на серийных гистологических срезах с графической реконструкцией и тотальных препаратах, в т.ч. после инъекции синей массы Герота. У плода 20 сут я обнаружил единую закладку КБЛУ в виде лимфоидного тяжа разной плотности. Он протягивается вдоль краниальной брыжеечной артерии (КБА) до места отхождения подвздошно-ободочной артерии (ПОА), где отдает ветвь влево и краниально, в сторону илеоцекального угла. Тяж имеет неравномерную толщину на протяжении и в целом сужается центрифугально, у плодов 20-21 сут сильно деформируется (на срезах – четки и фрагменты разной длины и формы), окончательно разделяясь на отдельные КБЛУ после рождения. Сужения тяжа определяются в местах давления прилегающих органов (тонкой и ободочной кишки), резкого изгиба общего корня брыжеек тонкой и ободочной кишок (место отхождения ПОА) уже у плодов 20-21 сут, что приводит к разделению КБЛУ, центральных (околоаортальных и межкишечных – проксимальная группа, околоободочных – дистальная группа) и периферических. Важное значение имеют скручивание корня брыжейки пупочной кишечной петли в процессе ее поворота, утолщение и уплотнение соединительнотканых перегородок в местах сужения лимфоидного тяжа и капсул КБЛУ. После рождения процесс дифференциации паренхимы КБЛУ ускоряется

в сочетании с относительным уменьшением и расхождением отдельных КБЛУ («ядер» лимфоидного тяжа, единой закладки КБЛУ вокруг ветвей КБА и ПОА) в удлиняющемся общем корне брыжеек тонкой и ободочной кишок.

### МОРФОГЕНЕЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

*Международный морфологический центр, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Развитие ободочной кишки (ОбК) человека, ее механизмы, описаны в литературе скудно и противоречиво (Пэттен Б.М., 1959; Станек И., 1977; Волкова О.В., Пекарский М.И., 1976; Калсон Б., 1983). Морфогенез ОбК я изучил на трупах 120 эмбрионов и плодов человека 4-36 нед., включая серии гистологических срезов в 3 основных плоскостях и препарирование.

У эмбриона 4 нед. вертикальная задняя кишка и ее дорсальная брыжейка расположены в целомической полости сагиттально. Под давлением быстро увеличивающейся в объеме печени так же быстро удлиняющаяся средняя кишка выходит за пределы целомической полости у эмбрионов 5-й нед. и формирует верхнее колено и верхушечный сегмент пупочной кишечной петли. Ее нижнее колено представлено задней кишкой. Она имеет более плотную и толстую стенку, растет в длину медленнее, сгибается в виде угла, но не участвует в повороте пупочной кишечной петли. С 8-й нед. размеры печени, особенно вертикальный размер ее дорсальных отделов, уменьшаются относительно размеров брюшной полости, укорачивается также корень брыжейки пупочной кишечной петли. Под давлением нижнего края печени она втягивается в брюшную полость у плодов 9-9,5 нед. Правая доля печени крупнее левой. Именно с левой стороны главным образом размещаются первично брюшные петли тонкой (тощей) кишки. Они оттесняют влево от средней линии заднюю кишку с образованием левого изгиба, нисходящего и сигмовидного отделов крючковидной ОбК. Клубок 7 петель подвздошной кишки сразу после репонирования находится примерно по средней линии, под вырезкой круглой связки печени. Затем он вместе с вышележащей поперечной ОбК под давлением нижнего края правой доли печени смещается вправо и дорсально, прилегает к головке поджелудочной железы, а затем и к правой почке. Удлиняющаяся ОбК со слепой кишкой огибают петли тонкой кишки справа и происходит закладка восходящей ОбК (11-12-я нед.). При этом отмечена неполная фиксация брыжеек ОбК к задней брюшной стенке и другим внутренним органам, причем в разных вариантах. Петли тонкой кишки отодвигают кверху поперечную ОбК, растягивают брыжейку пупочной кишечной петли на вентральной поверхности головки