

## Литература

1. Человек: медико-биологические данные/Международная комиссия по радиационной защите(публикация №23).- М.: Медицина, 1977
2. Антиангинальные средства: физиологическая и молекулярная фармакология, стратегия и тактика клинического применения под. Ред. П.А. Галенко-Ярошевского.- Краснодар: Просвещение-Юг, 2012. - С.1108-1110.
3. Черноуцкий М.В. Учение о конституции // Частная патология и терапия внутренних болезней / под ред. Г.Ф. Ланга и Д.Д. Плетнева. – М., 1928. – Т.4.
4. Шейх-Заде Ю.Р., Галенко -Ярошевский П.А. Математическая модель площади тела человека. // Бюл. экспер. биол. - 2000. – Т.129. - №3. – 356-357.

Белый Л.Е.<sup>1</sup>, Коньшин И.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета, <sup>2</sup> врач-уролог Ульяновского областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи.

### ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ СНИЖЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ЭПИДИДИМООРХИТЕ

*Аннотация*

На основании новых данных о патогенезе острых эпидидиморхитов разработан и предложен оригинальный алгоритм выбора лечебной тактики при данном заболевании. Результаты могут быть использованы в урологической практике.

**Ключевые слова:** интраскротальная гипертензия, эпидидиморхит, патогенез, гемодинамика, пункция, влагалищная оболочка

Belyi L.E.<sup>1</sup>, Konshin I.I.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doctor of medical sciences, professor, Ulyanovsk State University, <sup>2</sup> urologist, Ulyanovsk clinical center of specialized types of medical care

### PATHOGENETIC JUSTIFICATION OF EXPEDIENCY OF DECREASE IN SURGICAL ACTIVITY AT ACUTE EPIDIDYMOORCHITIS

*Abstract*

On the basis of new data on a pathogenesis acute epididymorchitis the original algorithm of a choice of medical tactics is developed and offered at this disease. Results can be used in urological practice.

**Keywords:** intrascrotal hypertension, epididymorchitis, pathogenesis, hemodynamic, tunica vaginalis

Несмотря на распространенность острого эпидидиморхита, мнения о тактике его лечения весьма противоречивы [1,4,5]. В связи с этим целью настоящего исследования явилась разработка алгоритма диагностики и лечения больных с острым эпидидимитом, сопровождающимся реактивным гидроцеле. Ультрасонографическое исследование мошонки проводилось на ультразвуковом сканере «Philips HD3». Измерение интраскротального давления проводили пункционным способом с помощью водного столба в градуированной трубке с последующим пересчетом в Па. Интенсивность болевого синдрома оценивали с помощью универсальной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). В основу построения предлагаемого алгоритма мы положили наличие синдрома интраскротальной гипертензии [2,3]. Наличие сонографических признаков гнойно-деструктивного процесса являлось показанием для оперативного лечения - ревизии органов мошонки, в ходе которой индивидуально принимается интраоперационное решение об объеме хирургического пособия. При обнаружении реактивного гидроцеле и отсутствии гнойной деструкции выполняли его пункцию с определением уровня гидростатического давления и регистрацией факта его снижения. Пункция реактивного гидроцеле является лечебной процедурой, поскольку наши предыдущие исследования подтвердили факт влияния интраскротальной гипертензии на состояние кровотока в придатке яичка и выраженность воспалительного процесса. Для доказательства целесообразности использования данного алгоритма нами проведено сравнительное исследование клинических данных 2 групп больных. В первую группу было включено 16 больных с острым эпидидимитом (интраскротальное давление  $992,92 \pm 117,99$  Па), которым проведено оперативное вмешательство в объеме скротумтомии на стороне поражения, эвакуации экссудата, ревизии органов мошонки, эпидидимотомии и дренирования полости мошонки. Вторая группа состояла из 13 больных с острым эпидидимитом (интраскротальное давление  $909,23 \pm 88,72$  Па, нет достоверного различия с первой группой), которым вместо скротумтомии выполнена пункция реактивного гидроцеле.

В первой группе больных с острым эпидидимитом, которым выполнялась скротумтомия и ревизия органов мошонки, при поступлении интенсивность болевого синдрома составила  $6,4 \pm 0,7$ , достоверно не отличаясь от аналогичного показателя в первой группе. После выполнения хирургического пособия интенсивность болевого синдрома принципиально не уменьшилась и составила  $5,3 \pm 0,4$  балла. Нужно отметить, что в первые сутки в этой группе после проведенного хирургического пособия части больных вводились наркотические анальгетики. Во второй группе больных (пункция мошонки) при поступлении среднее значение интенсивности болевого синдрома по ВАШ составило  $6,2 \pm 0,4$  балла. После пункции реактивного гидроцеле этот показатель составил  $3,1 \pm 0,7$  балла ( $p < 0,001$ ). Среднее снижение интенсивности болевого синдрома составило  $2,4 \pm 0,2$  балла. В первой группе на 3-и и 5-е сутки интенсивность болевого синдрома составила  $3,7 \pm 0,6$  балла и  $3,4 \pm 0,2$  балла, соответственно. Во второй группе наблюдалась иная картина - на 3-и и 5-е сутки стационарного лечения интенсивность боли по ВАШ составила  $2,7 \pm 0,3$  балла и  $1,3 \pm 0,3$  балла, соответственно. Иными словами, на 5-е сутки произошло существенное уменьшение болевого синдрома и были отмечены достоверные различия интенсивности боли в исследуемых группах. Очевидно, что причиной этому является значительная операционная травма в первой группе больных, усугубляющая интенсивность болевого синдрома. Исследование динамики количества лейкоцитов в периферической крови показало более быстрое купирование воспалительной реакции при применении малоинвазивного лечения. При анализе динамики температурной кривой установлено, что в группе больных с острым эпидидимитом, которым выполнялось скротумтомия и ревизия органов мошонки при поступлении, уровень гипертермии составил  $39,1 \pm 0,6$  °C, достоверно не отличаясь от аналогичного показателя в первой группе. После хирургического пособия гипертермия не уменьшилась. Во второй группе больных при поступлении среднее значение температуры тела составило  $38,6 \pm 0,5$  °C. После пункции этот показатель составил  $37,4 \pm 0,3$  °C ( $p < 0,05$ ). На 3-и и 5-е в первой группе средняя температура тела составила  $37,4 \pm 0,6$  °C и  $37,2 \pm 0,4$  °C, соответственно, а во второй группе -  $36,8 \pm 0,2$  °C и  $37,0 \pm 0,1$  °C. Т.е. на 5-е сутки было отмечено сохранение субфебрилитета, указывающего на продолжение воспалительного процесса.

Таким образом, пункция мошонки является одним из направлений патогенетической терапии острого эпидидимита, заключающемся в снижении интраскротального давления. Применение пункции полости мошонки при остром эпидидимите позволяет снизить количество неоправданных хирургических пособий, уменьшить интенсивность болевого синдрома, ускорить купирование системной воспалительной реакции.

## Литература

1. Арбулиев М. Г. Диагностика и лечение острого эпидидиморхита / М.Г. Арбулиев, К.М. Арбулиев, Д.П. Гаджиев, Б.Х. Абунимех // Урология. – 2008. – №3. – С.9–52.

2. Белый Л.Е. Интраскротальный компартмент-синдром в патогенезе острого эпидидимита / Л.Е. Белый, И.И. Коньшин // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: биология и клиническая медицина. – 2011. – Т.9. – вып.3. – С. 153–155.
3. Белый Л. Е. Интраскротальная гипертензия как фактор отягощения острого эпидидимита /Л.Е. Белый, И.И. Коньшин // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т.IV. – №3. – С.582–583.
4. Белый Л.Е. Острый эпидидимит: этиология, патогенез, диагностика и лечение /Л.Е. Белый // Проблемы репродукции. – 2010. – № 4. – С.66–71.
5. Забиров К.И. Острый и хронический эпидидимит: этиология, клиника, тактика ведения / К.И. Забиров, И.И. Деревянко, И.И. Трачук, С.Е. Разина // Consilium-medicum. – 2004. – Т.6. – №7. – С. 28–34.

**Бобков А.С.**

Аспирант, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального обучения «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России

## **МЕХАНИЗМ ИМПРИНТИНГА В ФОРМИРОВАНИИ ГОМИЦИДНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Аннотация*

*В статье раскрывается влияние механизма импринтинга на поведение больных шизофренией. Установлено, что более ранний возраст запечатления сцены насилия приводит к рецидиву убийства ( $p < 0,01$ ). Полученные данные позволяют наметить потенциальные «мишени» и основные принципы психокоррекционных мероприятий для профилактики летального насилия.*

**Ключевые слова:** шизофрения, импринтинг, рецидив насилия, убийство.

**Bobkov A.S.**

Postgraduate student, State educational institution of higher learning "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of Russia

## **MECHANISM OF IMPRINTING IN FORMATION OF HOMICIDE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS**

*Abstract*

*The effect of imprinting on behavior of schizophrenia patients discloses in this article. Relationship between early age of imprinting scenes of violence and relapse of murder are detected ( $p < 0,01$ ). The data obtained enable to outline potential «targets», general principles of psychological personality correction for prevention of fatal violence.*

**Key words:** schizophrenia, imprinting, relapse of violence, murder.

Изучение факторов, влияющих на агрессивное поведение больных шизофренией, в последние десятилетия привело к пониманию самостоятельного характера данного вопроса, требующего специального подхода и дальнейшего исследования [4], что отразилось в формировании современной отечественной парадигмы о генезе общественно-опасных деяний, как комлементарного действия синдромальных, личностных и ситуационных факторов [5, 8].

Некоторые исследователи видят причину агрессивного поведения в таком базовом механизме как импринтинг [2, 3, 7]. В частности, среди сведений о развитии личности серийных сексуальных убийц важно выделить данные о сексуальных притязаниях и развращающих влияниях в детстве [1]. Более чем у половины подобных лиц в детстве имелись сексуальные притязания в отношении будущего серийного убийцы и приходились они на допубертатный период [2]. При этом сверхпороговой закрепляющей эмоциональной реакцией становилось половое возбуждение [3]. Этот же механизм является альтернативой оперантному научению в инициальном периоде болезни зависимого поведения [3]. Импринтивное переживание при этом вызывает «жгучий» интерес и чувство, близкое к экзальтации, заставляет фиксировать внимание на импринтированном событии и как бы «впитывать и впитывать» его перцептивно [7].

Остается открытым и малоисследованным вопрос вовлеченности импринтивного воздействия на поведение больных шизофренией.

**Цель исследования:** выявить влияние механизма импринтинга на формирование гомицидного поведения у больных шизофренией.

### **Задачи исследования**

1. Доказать вовлеченность импринтивного механизма и степень его влияния на летальное насильственное поведение у больных шизофренией.
2. Определить наиболее восприимчивый возраст для импринта.
3. Выявить особенности импринтинга и его последствий у больных шизофренией.

### **Материал и методы**

Исследование проводилось на базе Новочеркасского филиала ГКУЗ «ПНД» РО, отделения специализированного типа и отделения общего типа, кафедра психиатрии и наркологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «РостГМУ МинЗдрава России». Первая группа исследуемых была сформирована из 36 человек, больных шизофренией и совершивших убийство, причем 6 из них совершали убийство дважды. Вторую группу составили также больные шизофренией, при этом, чтобы исключить случайные факторы, использовались параметры включения: возраст от 18 до 60 лет, мужской пол, отсутствие агрессивных тенденций в анамнезе, всего их было 47 человек. Пациентам обеих групп была предоставлена информация о характере исследования, после чего предлагалось подписать согласие на обследование и обработку персональных данных. Все полученные данные деперсонифицировались и вносились исследователем в оригинальную анкету, состоящую из 20 основных пунктов, включавших информацию о характере и возрасте предполагаемого импринтирования, сопутствующем эмоциональном состоянии в этот момент, об эмоциональном состоянии сразу после убийства, характеристики самого убийства (жертва, способ, особая жестокость, и т.д.), возраст на момент убийства. Полученные данные были перенесены в виде сводной таблицы в компьютер и обработаны с помощью программы «Statistika 6.0». Для оценки полученных данных использовалась непараметрическая статистика: таблицы частот 2x2 (статистики Хи/В/Фи-квадрат), критерий серий Вальда-Вольфовица, U-критерий Манна-Уитни, двухвыборочный критерий Колмогорова-Смирнова. Полученные данные в последующем трактовались клинически.

### **Результаты и их обсуждение**

Возраст импринтирования в нашем исследовании оказался достаточно вариабельным, однако, был выделен пик до десятилетнего возраста, что вполне логично. Обычно в старших возрастных группах, согласно литературе [6], импринтинг является более редким событием, тем более импринтинг, связанный со смертью и убийством. Соответственно сцены насилия после десятилетнего возраста было принято рассматривать не как импринтирующие.

Было выявлено, что в первой группе (больные шизофренией, совершившие убийство) 31 человек испытывали импринтирующую ситуацию до десятилетнего возраста, а в контрольной группе (больные шизофренией, не совершавшие убийство) – 5 человек. Составив таблицу 2x2, был определен хи-квадрат (30,54 при  $df=1$ ), вероятность гипотезы, что импринтинг в дальнейшем не влияет на гомицидное поведение, оказалась минимальной ( $p < 0,001$ ). Точное значение одностороннего критерия Фишера также минимально ( $p < 0,001$ ). Так как в одной из строк сумма частот меньше 40, то была использована поправка Йетса для хи-квадрата, впрочем, это не повлияло на конечный результат. Полученные результаты по хи-квадрату и точному значению