

щищала канадскую территорию от любого возможного вторжения. В то же время строительство доминионом собственного флота могло быть расценено как угроза американскому господству на Американском континенте. Кроме того, строительство флота требовало огромных финансовых затрат. Существовало несколько способов изыскания средств: поднять налогообложение, сделать заем, увеличивая и без того растущий национальный долг, отозвать часть средств из сферы «общественных работ» или промышленности. Каждый из них был ударом по национальному благосостоянию страны. И, наконец, строительство флота нарушило бы старую и уважаемую традицию пацифизма, укоренившуюся в Североамериканском доминионе с тех пор, когда «тысячи переселенцев выбрали эту страну в качестве убежища от царской и габсбургской воинской повинности»[2].

Имперская конференция 1911 года стала последней в политической карьере Лорье: осенью 1911 года он потерпел поражение на парламентских выборах во многом благодаря непопулярности его морской политики внутри страны. На конференции как никогда стали актуальны военные проблемы, в частности контроль и управление военно-морскими силами доминионов. Канадская делегация высказалась против резолюции британского Адмиралтейства о централизованном контроле имперских военно-морских сил в военное время, принятой на конференции 1909 года. В сложившихся обстоятельствах представители Великобритании вынуждены были пойти на уступку и предоставить военно-морские силы Канады под исключительный контроль правительства доминиона. Однако это не исключало возможность полной или частичной передачи боевых кораблей имперскому правительству в случае войны. Постановление конференции 1911 года формально расширило права канадского правительства в области контроля над флотом, но фактически положение дел не изменилось. Великобритания сохранила полную ответственность за принятие решений. С уходом с поста премьер-министра

либерального министра, официальная позиция по вопросу об участии доминиона в имперской обороне кардинально изменилась. Новый консервативный премьер Роберт Борден начал проводить политику, соответствующую интересам имперских лоялистов. В 1912 году он договорился с Черчиллем о строительстве трех супердредноутов стоимостью 7 миллионов фунтов стерлингов или 35 миллионов канадских долларов для Королевского флота. Подразумевалось, что взамен Канада станет участвовать в имперской внешней политике. Обещая имперскому правительству профинансировать строительство британских судов, Роберт Борден оказался в «политическом тупике», когда канадский Сенат, где большинство мест занимали либералы, отверг это предложение. Тогда канадский премьер предложил Уинстону Черчиллю, чтобы правительство Соединенного Королевства безотлагательно начало строительство кораблей, гарантируя, что новый билль пройдет через канадский парламент. Однако Черчилль посчитал это предложение конституционно неприемлемым.

Таким образом, к началу Первой мировой войны морская политика Канады оказалась безрезультатной с точки зрения практической реализации во многом благодаря оппозиции населения и непоследовательной политикой правительственных кругов доминиона.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Berger C. The Sense of Power Studies in the Ideals of Canadian Imperialism, 1867 – 1914, Toronto: Toronto University Press, 1970. – P. 238.
2. Morton D. A Military History of Canada, Edmonton: Hurting Publisher LTD, 1985. – P. 124.

Работа представлена на научную международную конференцию «Научные исследования высшей школы», 2-12 декабря 2006 г. Испания, Марокко, Тенерифе, Мадера. Поступила в редакцию 11.04.2007 г.

Медицинские науки

ВЛИЯНИЕ ПУТЕЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Баранов А.В.

*Центральная районная больница
Холмск, Россия*

Целью исследования было сопоставление данных клинико-биохимических показателей у групп больных хроническим вирусным гепатитом С с различными путями инфицирования.

Обследованы 440 больных хроническим вирусным гепатитом С (288 мужчин – 65,5% и

152 женщины – 34,5%), средний возраст больных 33,1±1,7 года. Диагноз устанавливался на основании эпидемиологических, клинических, лабораторных данных и подтверждался ИФА, детекцией РНК HCV методом ПЦР, определялось содержание билирубина, активность трансаминаз. Эпидемиологическая база данных формировалась с учетом детального сбора анамнестических данных для выяснения наиболее вероятного пути заражения.

Установлено, что чаще имели место и сочетались клинические проявления в группе потребителей наркотиков, несколько реже, и далее, в порядке убывания выраженности клинической

симптоматики у больных, которые инфицировались при хирургических вмешательствах, гемотрансфузиях, нанесении татуировок, стоматологических манипуляциях, инъекциях, незащищённых половых контактах с больными вирусным гепатитом С, при профессиональном и бытовом контакте. Желтушный синдром достоверно чаще был отмечен у больных, инфицированных при введении наркотиков, инъекциях, гемотрансфузиях и стоматологических манипуляциях ($0,01 > P < 0,05$). Содержание билирубина в остальных группах соответствовало норме и не различалось ($P > 0,05$). Средние показатели содержания АлАТ и АсАТ во всех группах пациентов были выше нормальных, но наиболее высокими у потребителей наркотиков, значительными в группах, где путём инфицирования были татуировки, инъекции, бытовой контакт, гемотрансфузии, наименьшие в группах с передачей путём профессионального и полового контактов, стоматологических и хирургических манипуляций, показатели уровня трансаминаз которых между собой не отличались ($P > 0,05$). В группе больных, в которой фактор передачи инфекции не был установлен, АлАТ и АсАТ были значительно меньше относительно других групп ($0,01 > P < 0,05$), за исключением заражения посредством стоматологических манипуляций и профессионального контакта ($P > 0,05$).

Результаты проведенного анализа клинико-биохимических показателей, в зависимости от факторов риска, показывают, что их выявление позволяет установить различия в течении заболевания у больных с различным эпидемиологическим анамнезом, что определяет их значимость и возможность прогнозирования характера течения заболевания в зависимости от реализованного фактора риска при инфицировании.

Работа представлена на II научную международную конференцию «Фундаментальные исследования в биологии и медицине», Черногория (Бечичи), 8-15 июня 2007 г. Поступила в редакцию 19.05.07 г.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА ПРИ МНОГОКРАТНЫХ РОДАХ

Бегова С.В.

*Дагестанский научный центр РАМН
Махачкала, Россия*

В Дагестане, как и в России в целом, за последние годы отмечается рост частоты гестоза. Несмотря на возможности и успехи современной медицины гестоз до сих пор остаётся одной из главных причин материнской и перинатальной смертности. Высокая частота гестоза у многоплодных женщин объясняется наличием у них различной фоновой патологии.

Целью нашего исследования явилось изучение течения гестоза при многократных родах и влияния предлагаемой превентивной терапии на течение гестоза у многоплодных женщин. Всего было обследовано **108** женщин в III триместре - **основная группа**. Основная группа также была разделена на 2 подгруппы: **1-я подгруппа** – **58** многоплодных беременных, получивших полную пренатальную подготовку соответственно современным причинам лечения гестоза и профилактики его осложнений; **2-я подгруппа** – **50** многоплодных беременных, получивших частичную дородовую подготовку в связи с поздней госпитализацией или началом родовой деятельности, что требовало ускорения родоразрешения. Всем пациенткам предстояли 4-е роды.

Методика пренатальной подготовки многоплодных беременных основной группы включала: вазопротекторы; коллоидные растворы, гипотензивные средства, мембраностабилизаторы, антиагреганты, поливитаминовый комплекс, гипербарическую оксигенацию.

Результаты показали, что у 95% женщин гестоз развился на фоне экстрагенитальной патологии. Первое место занимала ЖДА (82,3%), на втором месте - ожирение различных степеней (54,1%), третье место артериальная гипертензия до беременности (31,6%). Кроме того, ранее начало гестоза (до 30 недель беременности) отмечено у 36 обследованных (33,3%). Характерная для гестоза триада основных симптомов диагностирована у 57 обследованных пациенток (52,7%). Критические формы гестоза были выявлены у 10 многоплодных 2-ой подгруппы (9,3%). Особенности гестоза у многоплодных женщин является стойкость и агрессивность клинических проявлений, резистентность к проводимой терапии.

Результаты нашего исследования показывают, что прогрессирование течения гестоза у многоплодных женщин сопровождается выраженным снижением уровня белков крови с относительным компенсаторным повышением концентрацией α и, в меньшей степени, γ - глобулинов. Нами было отмечено достоверное снижение числа тромбоцитов в венозной крови, повышение уровня гематокрита, укорочение времени свертывания и рекальцификации, возрастание ПТИ и уровня фибриногена. Дефицит ОЦК у пациенток 2-ой подгруппы составил 27,7%, ОЦП-21,2% и ОЦЭ - 9% против 14,8%, 12,2% и 4,1% - в 1-ой подгруппе соответственно. Следовательно, объём и качественный состав проводимой инфузионной терапии у беременных 1-ой подгруппы положительно сказывался на показателях ОЦК, ОЦП, ОЦЭ. На фоне предложенной нами системы лечения у 82,7% беременных 1-ой подгруппы отмечалась клиническая ремиссия гестоза. После проведенного лечения критические формы гестоза, диагностированные у 16% беременных 2-ой подгруппы, отмечались лишь у 5,2% женщин из 1-й